

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO

**Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o
enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade
de Terapia Intensiva**

Ribeirão Preto
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO

**Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o
enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade
de Terapia Intensiva**

Tese patrocinada pela CAPES, através do
programa Interinstitucional para Capacitação
de Docentes da Universidade Federal de Mato
Grosso (PICDT/UFMT)

Ribeirão Preto
2005

LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO

Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva

Tese apresentada à banca examinadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Análise crítica da profissão
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora Trevizan
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Araújo, Laura Filomena Santos de

Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva

. Ribeirão Preto, 2005.

235p.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Trevizan, Maria Auxiliadora.

Co-orientadora: Ramos, Flávia Regina Souza.

1. Enfermeiro 2. Experiência de si 3. Unidade de Terapia Intensiva.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laura Filomena Santos de Araújo

Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Análise crítica da profissão

Aprovado em: ____/____/2005

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora Trevisan
Instituição: EERP-USP

Prof^a. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos
Instituição: EERP-USP

Prof. Dr. Reinaldo Furlan
Instituição: FFCLRP-USP

Prof^a. Dr^a. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer
Instituição: UFRGS

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Shinyashiki
Instituição: FEA-USP

Dedico este trabalho

Aos meus filhos, Mariana e Daniel, meus eternos amores e companheiros, e à minha também filhinha Elizabete.

Aos meus pais, esteios de minha vida.

Aos meus irmãos, com saudades de todos.

À minha irmã, gêmea no coração e na minha alma, e sua família.

MEUS AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Maria Auxiliadora Trevizan, pela confiança irrestrita, carinho e apoio no transcurso deste trabalho; com admiração.

À Profª Drª Flávia Regina Souza Ramos, pela disposição em ajudar e pelo modo afetuoso e competente com que orientou este trabalho, sempre grata.

À Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida, pela generosidade com que partilha seu saber e experiência, no ensino e pesquisa em enfermagem; e pelas contribuições na idealização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Reinaldo Furlan e Prof. Dr. Gilberto Tadeu Shinyashiki, pela leitura atenta e contribuições a esta pesquisa.

À Profª Mestre Solange Pires Salomé, pelos bons momentos de amizade e folia em família, assim como pelos momentos sérios de estudo.

Às Profªs Dras Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa e Rosemeyre Capriata, pela amizade, carinho e momentos de estudo conjunto.

À Tércia e Délia, embora longes, sempre minhas amigas; e à Ana, amiga de todo o sempre.

À Fabiana e Maria, pela dedicação à minha casa e família por todo este tempo.

Ao Gilson, mesmo ausente neste momento.

Aos colegas do Doutorado, pelo convívio prazeroso nestes anos de estudo; saudades.

A todas(os) trabalhadoras(es) da unidade de terapia intensiva do Hospital palco desta pesquisa, pelas contribuições a este estudo através da exposição de suas práticas.

Aos Colegas e Amigos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, pela liberação que possibilitou a realização deste trabalho e pelas contribuições a este estudo.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso e CAPES pelo incentivo institucional à viabilização da Pós-Graduação e à realização desta pesquisa.

RESUMO

Araújo, L. F. S. de. **Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva**. 2005. 235p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar os processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva; submetendo-os ao olhar *foucaultiano* sobre os regimes de verdade, através do qual pretendeu-se interrogar as condições nas quais a/o enfermeira/o problematiza o que ela/e é. Nos processos de subjetivação, buscamos indagar das tecnologias do eu - jogos de verdade através dos quais a/o enfermeira/o se dá a pensar seu próprio ser, quando se percebe, se reconhece, se julga como tal. O referencial teórico utilizado foi de Michel Foucault, complementado por estudos de Jorge Larrosa sobre os dispositivos de produção e mediação da experiência de si. O local de pesquisa foi a Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Universitário Júlio Muller da rede pública de serviços do Sistema Único de Saúde do município de Cuiabá e o grupo pesquisado foi formado prioritariamente por enfermeiras/os que aí exerciam atividades de assistência em saúde, pois uma vez que as tecnologias do eu constituem dispositivos de reflexividade, nos interessou a experiência de si mesmo da/o enfermeira/o; entretanto, sempre considerando que outros trabalhadores participam desta construção. Os instrumentos técnicos utilizados buscaram apreender as práticas assistenciais em sua materialidade discursiva e não discursiva, buscando selecionar casos e registros exemplares, assim como casos dissonantes destas práticas. A análise dos dados se deu pela construção de diversas grades de pesquisa, produto do olhar sob a materialidade das práticas, das relações de poder entre os sujeitos, das relações do sujeito consigo mesmo, pois a constituição da experiência de si da/o enfermeira/o - como experiência historicamente singular; relaciona campos de discurso, campos de poder e processos de subjetivação. Os dispositivos de produção e mediação da experiência de ser enfermeira/o mostram sua materialidade nas práticas diárias de leitura e de intervenção sobre o corpo/máquina na UTI nos mecanismos nos quais se desenvolveram (e se desenvolvem) competências em torno da objetividade do corpo da clínica e se produziu (e ainda se produz) a experiência de ser, a(o) enfermeira(o), a extensão do olho e do braço médico; nos mecanismos nos quais se apreendeu (e se apreende cotidianamente) a linguagem clínica e se produziu (e ainda se produz) a experiência de ser, a(o) enfermeira(o), um sujeito do discurso Clínico; e também nos mecanismos nos quais se marcou (e se marca) o lugar de cada um, e se produziu (e se produz diariamente) a experiência do lugar de si mesmo, a(o) enfermeira(o), em relação aos outros agentes das práticas na UTI. Nestes mecanismos, segue-se produzindo um olhar profissional, como olhar mais Clínico que Cuidativo; e uma atuação profissional orientada pela Clínica. Na complexidade desta experiência, e de forma contingente a estes dispositivos e mecanismos, está a indagação das possibilidades de governo de si da/o enfermeira/o nos atuais cenários do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Experiência de si. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Araújo, L. F. S. de. **Processes of subjectivity inscribed in the constitution of the nurse's experience of the self, in the assistance practices of exemplar work scenery – The Unity of Intensive Therapy.** 2005. 235. Thesis (Doctorate) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

This study aimed describing and analyzing the processes of subjectivity inscribed in the constitution of the nurse's experience of the self, in the assistance practices of an exemplar work scenery – the Unity of Intensive Therapy; submitting them to a Foucault's look about the truth regimes, through which the study intended to examine the conditions in which the nurse asks herself/himself what she/he is. In the processes of subjectivity, we try to question the technologies of the self – truth games through which the nurse reflects upon herself/himself, when she/he realizes herself/himself, recognizes herself/himself, judges herself/himself as one. It was used the theoretical referential of Michel Foucault, complemented by studies of Jorge Larrosa about the apparatus of production and mediation of the experience of the self. This research took place at the Unity of Intensive Therapy of the Julio Muller University Hospital, that is a Public Institution of the Unique Health System in Cuiabá. The researched group was constituted, mainly, of nurses who worked with health assistance activities at this University Hospital, once the technologies of the self constitute apparatus of reflexivity, we got interested by the nurse's experience of the self; however, always considering that other workers participate of this construction. The technical instruments used in this study tried to capture the assistance practices in their material discursive sense and also in their material not discursive sense, trying to select exemplar cases and registers, as well as discordant cases of these practices. The data analysis was done through the construction of several research boards, which were a result of the look given to the materiality of the practices, of the subject's power relation, of the subject's relation with herself/himself, once the constitution of the nurse's experience of the self – as experience historically singular - relates speech camps, power camps and processes of subjectivity. The production and mediation apparatus of the experience of being nurse show their materiality in the daily practices of reading and intervention upon the body/machine in the UIT in the mechanisms in which they developed (and still develop) competences around the objectivity of the clinic staff and produced (and still produce) the experience of being, the nurse, the extension of the doctor's eyes and arms; in the mechanisms in which it was captured (and is daily captured) the clinical language and it was produced (and is still produced) the experience of being, the nurse, a subject of the clinical speech; and also in the mechanisms in which it was marked (and is still marked) the place of each one, and it was produced (and is daily produced) the experience of place of herself/himself, the nurse, in relation to the other agents of the practices in the UIT. In these mechanisms, it is observed a production of a professional look, as a look that prefers the clinic instead of the care; and a professional actuation oriented by the clinic. In the complexity of this experience, and in a contingent form to these apparatus and mechanisms, it is the interrogation of the possibilities of the nurse's Govern of the self in the current work sceneries.

KEY WORDS: nurse, experience of the self, Unity of Intensive Therapy.

RESUMEN

Araújo, L. F. S. de. **Procesos de subjetivación inscriptos en la constitución de la experiencia de si de la enfermera / del enfermero, en las prácticas asistenciales de un escenario de trabajo ejemplar – la Unidad de Terapia Intensiva.** 2005. 235p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

El objetivo de este estudio fue describir y analizar los procesos de subjetivación inscriptos en la constitución de experiencia de si de la enfermera/del enfermero, en las prácticas asistenciales de un escenario de trabajo ejemplar – la Unidad de Terapia Intensiva; sometiéndolos a la mirada *foucaultiano* sobre los regímenes de verdad, a través de lo cual deseóse interrogar las condiciones en las cuales la enfermera/el enfermero problematiza lo que ella/él es. En los procesos de subjetivación, investigamos las tecnologías del yo - juegos de verdad a través de los cuales la/el enfermera/o pasa a pensar en su propio ser, cuando se percibe, si reconoce, si juzga como tal. El referencial teórico utilizado fue de Michel Foucault, complementado por estudios de Jorge Larrosa sobre los dispositivos de producción y por medio de la experiencia de si. El lugar de pesquisa fue la Unidad de Tratamiento Intensivo del Hospital Universitario Júlio Muller de la red pública de servicios del Sistema Único de Salud del municipio de Cuiabá y el grupo pesquisado fue formado prioritariamente por enfermeras/os que ahí ejercían actividades de asistencia en salud, pues una vez que las tecnologías del yo constituyen dispositivos de reflexividad, nos interesó la experiencia de si mismo de la/del enfermera/o; sin embargo, siempre considerando que otros trabajadores participan de esta construcción. Los instrumentos técnicos utilizados buscamos aprehender las prácticas asistenciales en su materialidad discursiva y no discursiva, buscando seleccionar casos y registros ejemplares, así como casos disonantes de estas prácticas. El análisis de los datos se dio por la construcción de varias etapas de pesquisa, producto de la mirada bajo la materialidad de las prácticas, de las relaciones de poder entre los sujetos, de las relaciones del sujeto consigo mismo, pues la constitución de la experiencia de si de la/del enfermera/o - como experiencia historicamente singular; relaciona campos de discurso, campos de poder y procesos de subjetivación. Los dispositivos de producción y de la experiencia de ser enfermera/o muestran su materialidad en las prácticas diarias de lectura y de interferencia sobre el cuerpo/máquina en la UTI en los mecanismos a los cuales se desarrollaron (y se desarrollan) competencias con la objetividad del cuerpo de la clínica y se produjo (y aún se produce) la experiencia de ser, la(el) enfermera(o), a extensión del ojo y del brazo médico; en los mecanismos a los cuales se aprehendió (y se aprehende cotidianamente) el lenguaje clínico y se produjo (y aún se produce) la experiencia de ser, la(el) enfermera(o), un sujeto del discurso Clínico; y también en los mecanismos a los cuales se marcó (y se marca) el lugar de cada uno, y se produjo (y se crea diariamente) la experiencia del lugar de si mismo, la(el) enfermera(o), en relación a los otros agentes de las prácticas en la UTI. En estos mecanismos, sigue produciendo una mirada profesional, como una mirada más Clínica que Cuidativa; y una actuación profesional orientada por la Clínica. En la complejidad de esta experiencia, y de forma contingente a estos dispositivos y mecanismos, está la investigación de las posibilidades de gobierno de si de la/del enfermera/o en los actuales escenarios del trabajo.

PALABRAS-CLAVE: Enfermero. Experiencia de si. Unidad de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. O OBJETO E SEU MARCO REFERENCIAL.....	19
REFERENCIAL FOUCAULTIANO DAS TECNOLOGIAS DO EU COMO REGIMES DE VERDADE	19
Bases conceituais.....	24
Sobre o sujeito e as tecnologias do eu	24
Sobre os dispositivos	27
3. O OBJETO NA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA ATUAL	30
4. O OBJETO E SUA SÍNTESE - FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO PARA ESTE ESTUDO.....	40
Conceitos	41
Pressupostos	42
Objetivos.....	43
5. A VIA DE PESQUISA – O CAMINHO METODOLÓGICO FOUCAULTIANO	44
Procedimentos metodológicos.....	47
Exploração do campo e grupo de pesquisa.....	48
Instrumentos técnicos	51
Tratamento e análise do material empírico.....	59
ÉTICA NA PESQUISA	64
6. UNIDADES ANALÍTICAS DE PESQUISA.....	66
ALGUMAS CENAS DO TRABALHO DA(O) ENFERMEIRA(O) NA UTI	66
APRESENTAÇÃO.....	68
6.1. NAS PRÁTICAS DIÁRIAS E SABERES OPERADORES, O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM TORNO DA OBJETIVIDADE DO CORPO (DA CLÍNICA). 73	
6.1.1. PRÁTICAS DE LEITURA DO CORPO NO ESPAÇO E TEMPO DA UTI.....	73
6.1.2. PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO SOBRE O CORPO NO ESPAÇO E TEMPO DA UTI.....	93
6.1.3. NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM TORNO DA OBJETIVIDADE DO CORPO DA CLÍNICA, SE PRODUZ A EXPERIÊNCIA DE SER, A(O) ENFERMEIRA(O), A EXTENSÃO DO OLHO E DO BRAÇO MÉDICO	107
6.2. EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE APREENSÃO DE UMA CERTA LINGUAGEM... ..	118
6.2.1. O DOMÍNIO DA FORMA	122
6.2.1.1. Nos detalhamentos, o exercício de domínio da forma da linguagem.....	122

6.2.1.2. Nas sintetizações, o exercício de domínio da forma da linguagem.....	126
6.2.1.3. Na codificação da linguagem, o exercício de domínio da forma da linguagem.....	128
6.2.2. O DOMÍNIO DO DISCURSO.....	134
6.2.2.1. Operações do discurso: tecendo relações.....	135
6.2.2.2. Operações do discurso: priorizando certos detalhamentos.....	139
6.2.2.3. Operações do discurso: realizando previsões.....	140
6.2.2.4. Operações do discurso: distinguindo regularidade e gravidade.....	141
6.2.3. NOS EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE DOMÍNIO DA LINGUAGEM, SE PRODUZ A EXPERIÊNCIA DE SER, A(O) ENFERMEIRA(O), UM SUJEITO DO DISCURSO CLÍNICO.....	144
6.3. NAS RELAÇÕES (DE PODER) ENTRE OS SUJEITOS DAS PRÁTICAS SE MARCA O LUGAR DE SI MESMO EM RELAÇÃO AO OUTRO.....	145
6.3.1. COMO SE MARCA, SE LIMITA E SE DEFENDE UM TERRITÓRIO?.....	146
6.3.2. COMO SE REALIZA O REFORÇO DO ATO (MÉDICO) ESPECIALIZADO?.....	161
6.3.3. COMO SE EFETIVAM AS CONDUTAS NA UTI?.....	167
6.3.4. COMO SE PERSONALIZAM AS CONDUTAS NA UTI?.....	173
6.3.5. NA DELIMITAÇÃO DE TERRITÓRIO SE PRODUZ A EXPERIÊNCIA DO LUGAR DA(O) ENFERMEIRA(O) EM RELAÇÃO AOS OUTROS SUJEITOS DAS PRÁTICAS.....	176
6.4. NAS PRÁTICAS / SABERES / PODERES / RELAÇÕES, OS DISPOSITIVOS DE PRODUÇÃO E MEDIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO EU PROFISSIONAL DESCREVEM QUE EXPERIÊNCIA DE SI – SER ENFERMEIRA(O), É POSSÍVEL SER PRODUZIDA, E COMO É PRODUZIDA.....	179
7. CONSIDERAÇÕES.....	202
REFERÊNCIAS.....	208
APÊNDICES.....	215

1. INTRODUÇÃO

As idéias iniciais para esta pesquisa de doutorado surgiram de nosso estudo de mestrado¹, cuja preocupação foi compreender o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho e, dentre seus objetivos, analisar elementos do cotidiano que se expressam, ou participam, objetiva e ou subjetivamente desta construção.

Neste estudo evidenciamos alguns processos de subjetivação do enfermeiro: a interiorização do papel e a relação profunda entre o papel e o sujeito que o desempenha nas *exigências interiores* dirigidas ao sujeito - exigências afetivas como gostar da profissão, exigências sensíveis como não ter medo, atributos que devem ser encarnados tais como uma certa postura adequada, iniciativa, visão ampla, jogo de cintura; nas *exigências ao sujeito na realização de seu trabalho* traduzidas em variadas capacidades técnicas e relacionais, dentre as quais de tomada de decisão rápida e de discernimento; e nas *exigências ao sujeito em suas relações* de como saber angariar e manter o respeito dos trabalhadores, ser digno de confiança, saber exigir, pedir e fazer junto - e cada qual em seu devido momento.

Evidenciamos os esforços na integração do sujeito ao seu papel a partir das exigências que são adequadas ao papel: *ao seu exercício* - saber o papel de enfermeiro; *ao exercício do controle* - do espaço e tempo, do sistema de informação, dos problemas, dos trabalhadores; *ao domínio dos instrumentos do trabalho de enfermagem* - da técnica e do conhecimento teórico e prático, especialmente o conhecimento teórico solidificado na prática, valorizado como

¹ NETTO, Laura Filomena Santos de Araújo. **O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

conhecimento global, inter-relacionado com as experiências/vivências adquiridas no cotidiano do trabalho.

É preciso reconhecer os esforços contidos neste nosso primeiro estudo sobre identidade; contudo, o referencial teórico utilizado na aproximação do objeto e na formulação dos conceitos básicos da dissertação – cultura, identidade, trabalho, trabalho em enfermagem e cotidiano; mostrou-se limitado para a análise dos processos de subjetivação que *costuram* a identidade do enfermeiro. Foi, ainda, neste estudo que realizamos uma primeira aproximação do autor Michel Foucault, nas suas formulações sobre o poder - produtivo, relacional e em rede²; e visualizamos, ainda que de forma incipiente, algumas de suas possibilidades.

Em nossa proposta de doutorado, indagamos especialmente dos processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais em um cenário de trabalho exemplar - a Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e, nos processos de subjetivação, analisamos as tecnologias do eu - jogos de verdade através dos quais a/o enfermeira/o se dá a pensar seu próprio ser, quando se percebe, se reconhece, se julga como tal³.

Indagamos destes processos submetendo-os ao olhar *foucaultiano*⁴ sobre os regimes de verdade. Foucault se distanciou da idéia da soberania da consciência ou do sujeito, da origem ou do destino, da trama evolutiva; para ele os mecanismos nos quais se fabricam narrativas deste tipo - do *eu soberano*, são um artifício ordenado, “[...] resultado do jogo de um conjunto de sistemas de submetimento e de dominação”⁵.

A aproximação *foucaultiana* busca problematizar a própria noção de sujeito e consciência - noções centrais nos discursos de identidade; pretende, através da interrogação

² FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Tradução de Raquel Ramallete. 29ª. ed. Petrópolis: VOZES, 2004a. 288p. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18ª. ed. Rio de Janeiro, 2003a. 295p.

³ Com base em formulações de Foucault (2001).

⁴ FOUCAULT, Michel. **Tecnologias del yo**: y otros textos afines. 1ª. ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990a. FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade, 2**: o uso dos prazeres. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 232p.

⁵ LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.35-86. p.72.

dos universais antropológicos em sua constituição histórica, “[...] problematizar as idéias com respeito à autoconsciência, à autonomia ou à autodeterminação, analisando as condições históricas de sua formação na imanência de determinados campos de conhecimento”⁶; e proclamar, assim, o descentramento do sujeito!

Esta é uma via de acesso *foucaultiano* para a análise crítica das técnicas de governo⁷ por meio das quais o indivíduo se objetiva como sujeito. Esse governo está caracterizado como ponto de contato entre a tecnologia política dos indivíduos e as tecnologias de si mesmo, ou entre tecnologias de dominação e tecnologias do eu: governar “[...] é sempre um difícil e versátil equilíbrio, com conflitos e complementaridades, entre as técnicas que asseguram a coerção e os processos através dos quais o eu mesmo é construído e modificado por si mesmo”⁸.

O humano tem sido o componente definidor do ser e tem sido narrado como alguma modalidade de reflexividade da pessoa consigo mesma, normativamente construída. Em nossa pesquisa nos interessou esta reflexividade, ou a interpretação possível de si, por si mesmo, de quem o sujeito é e do que pode fazer consigo mesmo; pressupomos que as tecnologias do eu constroem esta experiência de si, pois constituem dispositivos desta reflexividade⁹.

Em toda sua obra Foucault teve presente a preocupação com as normalizações da vida, com o que é dado, naturalizado de nossa condição. Suas motivações se guiaram pelas possibilidades de liberdade: pensar diferentemente do que se pensa, perceber diferentemente

⁶ Ibid. 2002, p.44.

⁷ Segundo Maia (1995), Foucault nos diz da arte do governo - uma atividade que produz sujeito. Nesta arte, o autor se interessa em saber como os homens governam aos outros e a si mesmos - governo este que pressupõe inscrito em relações de poder e, marcando a transição de seus estudos sobre o governo dos outros e o governo de si, sobre o contingente da ética. In: MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**, São Paulo, v.7, n.1-2, p.83-103, out., 1995.

⁸ Foucault (1980, apud MOREY, 1990). In: MOREY, Miguel. Introdução: La cuestión del método. In: FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo: y otros textos afines**. 1ª. ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990. p.9-44. p.34. FOUCAULT, M. 20 y 21 de octubre de 1980; Howison Lecture. Véase Centre M. Foucault, Documento D-2(1 y 2)/288.1987, classificado reservado. Morey (1990) esclarece que *The technologies of the self* é a transcrição de seis seminários de Foucault, com escassas modificações, na Universidade de Vermont em 1982. Em nosso projeto utilizamos a edição em espanhol, sendo as referências traduzidas por nós.

⁹ LARROSA, 2002.

do que se vê, e saber que isto é possível, até mesmo indispensável, para continuar a olhar ou a refletir¹⁰.

E é justamente com base nesta preocupação de Foucault que nos interessou as práticas que constituem a/o enfermeira/o como experiência historicamente singular - experiência que relaciona campos de discurso, campos de poder e processos de subjetivação; todos estes campos construídos por entre histórias de verdade. Nosso interesse recaiu nas tecnologias do eu que constituem a/o enfermeira/o. Na complexidade desta experiência, e de forma contingente a estas tecnologias, está a indagação das possibilidades de governo de si da/o enfermeira/o nos atuais cenários do trabalho. Nossa proposta foi, seguindo a trilha de Foucault, **interrogar as condições nas quais a/o enfermeira/o problematiza o que ela/e é.**

A tarefa política é, parafraseando Gore (2002)¹¹, a luta contínua para identificar regimes de verdade dos quais nós mesmas fazemos parte; nesta empreitada, não objetivamos propor fórmulas, e sim trazer experiências.

A seguir, apresentamos o relatório da pesquisa, já incorporadas as reformulações a que chegamos ao longo do trajeto investigativo, especialmente no caminho teórico-metodológico.

Dentre as reformulações, merece destaque o redesenho da investigação. Em nosso projeto submetido à qualificação, também nos interessava o tema da relação humano/máquina e, nesta relação, as ressignificações do *ser enfermeiro* no trabalho altamente complexificado pelas tecnologias/máquinas, tal como o trabalho em UTI - local eleito para estudo, pois nele se concentram recursos em tecnologias/máquinas mediadores da prática assistencial em saúde e em enfermagem; também por considerarmos a área de terapia intensiva, como em Vargas (2002)¹², um campo repleto de articulações entre enfermeiras e máquinas no qual se

¹⁰ FOUCAULT, 2001.

¹¹ GORE, Jennifer M. Foucault e educação: fascinantes desafios. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.9-20.

¹² VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Corpus ex machina**: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva. 2002. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

estabelece uma verdadeira guerra de fronteiras; portanto, dada a centralidade da tecnologia máquina na UTI, esta era uma área fértil para discussão das ressignificações do humano em sua relação com a máquina.

Interessava-nos problematizar que nova/os enfermeiras/os estariam sendo produzidas/os nestes novos cenários complexificados pelas tecnologias/máquinas. Questionávamos - o que o objeto operava no modo de ser da/o enfermeira/o?

Tínhamos como referência estudos culturais sobre o contexto das diferentes fronteiras mobilizadas na relação entre o humano e a máquina, permitindo problematizar o próprio sentido do que é designado ser humano¹³; dentre os autores que se propunham a este exercício, utilizávamos Silva (2000a)¹⁴, Meyer (2001, 2002)¹⁵ e Vargas (2002)¹⁶ - todos inspirados em Haraway (2000)¹⁷; que recolocam a máquina na relação com o homem e discutem a própria historicidade e contingencialidade do humano.

Ao longo do trabalho de campo evidenciamos que as tecnologias/máquinas tornam-se, na conexão corpo/máquina da UTI, parte da paisagem do corpo; mas esta conexão é apreendida pelo enfermeiro muito mais a partir da demanda de intervenções adequadas ao seu manuseio e funcionamento; ou seja, o corpo/máquina muito mais como objeto de *operação* dos agentes das práticas. Desta forma, as descrições das práticas da UTI mostraram como o corpo/máquina é operado pelos agentes nas práticas de leitura e de intervenção sobre o mesmo.

¹³ Esta também é uma das versões possíveis de se falar sobre a relação humano-máquina seguida por Vargas (2002) em estudo que buscou analisar as tensões dessa relação em materiais pedagógicos utilizados pela enfermagem em terapia intensiva.

¹⁴ SILVA, Tomaz Tadeu. (Organização e tradução). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000a. 144p. (Coleção Estudos Culturais, 5).

¹⁵ MEYER, Dagmar Estermann. Cuidado e diferença: da integralidade à fragmentação do ser. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.21-38, jul.2001. MEYER, Dagmar Estermann. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.2, p.189-95, mar./abr. 2002.

¹⁶ Op. cit.

¹⁷ HARAWAY, Donna J. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz Tadeu. (Organização e tradução). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 144p. (Coleção Estudos Culturais, 5). p.37-129.

O corpo da UTI mostrou-se um corpo específico, um corpo Clínico, no sentido de apreendido pela Clínica em sua leitura e sua intervenção, sendo que a Clínica potencializa esta apreensão sobre o corpo através de tecnologias/máquinas; desta forma, o corpo da Clínica é um corpo complexificado como Corpo/Máquina. É a Clínica demandando a criação e fabricação das tecnologias/máquinas necessárias para sua apreensão do corpo. Podemos então dizer que, sem um determinado corpo – o Corpo da Clínica, não há máquina na UTI; e sem a máquina, não há corpo na UTI no sentido de que as máquinas fazem parte da paisagem do corpo da UTI, maximizando sua leitura e seu funcionamento. Nesta paisagem, as máquinas são incluídas de forma progressiva, ou retiradas, segundo a determinação pela Clínica da gravidade e complexidade do corpo Clínico.

Nosso trabalho de campo acabou focando e reforçando o sentido instrumental da tecnologia/máquina no contexto da terapia intensiva, diferentemente do trabalho “Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva¹⁸” que buscou, nos referenciais culturais, os novos significados de um corpo que é, cada vez mais, corpo / máquina. Assim sendo, corpo/máquina adquire um sentido mais instrumental que cultural nas práticas diárias da UTI, pois objeto a ser operado sob a lógica de um determinado saber – o saber Clínico.

O corpo/máquina é tratado, nas análises, como uma produção da clínica - um produto tecnológico constituído pela Clínica e operado em suas práticas. Contudo, não sem conseqüências na experiência de ser enfermeiro na UTI, mas esta questão foi re-situada no âmbito de nossas análises.

Além disto, o trabalho de campo permitiu a aproximação de um material empírico considerável frente ao qual a análise exigia e merecia ser densa. Considerando, também, os prazos de execução da pesquisa e as condições pessoais da pesquisadora na produção do texto

¹⁸ VARGAS, 2002.

analítico, reconsideramos o projeto inicial redesenhando-o e concentrando-nos na discussão dos processos de subjetivação, visando dar consistência e profundidade à tese. Neste redimensionamento o trabalho de campo, já começado, manteve-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – como poderia ser realizado, neste redesenho da investigação, em outras unidades onde as práticas do enfermeiro se realizam.

Relativo ao local, ao final desta pesquisa há que se considerar que o Hospital é, historicamente, o templo da Clínica e a UTI é o seu grande mistério de fé – uma produção da Clínica.

A seguir, apresentamos o relatório da pesquisa distribuído nos capítulos: o objeto e seu marco referencial; o objeto na produção bibliográfica atual tendo como objetivo desenhar o mapa de estudos sobre o tema - tecnologias do eu, com ênfase na área de enfermagem; o objeto e sua síntese – formulação e delimitação para este estudo; a via de pesquisa – o caminho metodológico foucaultiano; os resultados da pesquisa em quatro capítulos, as considerações do estudo, o referencial bibliográfico e os diversos apêndices.

2. O OBJETO E SEU MARCO REFERENCIAL

REFERENCIAL FOUCAULTIANO DAS TECNOLOGIAS DO EU COMO REGIMES DE VERDADE

Inicialmente, expomos de forma sucinta as dimensões que formam o todo da obra de Foucault para, nela, situarmos a questão do sujeito. Para Larrosa (2002)¹, é habitual se falar em uma divisão cronológica da obra de Foucault com base em H. Dreyfus e P. Rabinow, mas compartilhada com reservas por G. Deleuze, sendo ela: 1ª. etapa - 1961 a 1969, onde dominam a questão do saber e o método arqueológico; 2ª. etapa - até 1976, voltado para o poder e o método genealógico; 3ª. etapa, baseada nas tecnologias do eu e relacionada com a ética. Opinião também compartilhada por Morey (1990)², sendo que ambos tecem várias considerações sobre os riscos dessa periodização tradicional.

Larrosa (2002)³ avalia, com certa precaução, que a partir de 1976 começa a se produzir um certo deslocamento na obra de Foucault em direção à “interioridade” do sujeito. Supõe, como primeiro elemento desse deslocamento, a análise da *confissão* iniciada no primeiro volume da História da Sexualidade. Nesta análise, discute tanto tecnologias orientadas à objetivação da sexualidade, produção da sexualidade como *objeto* de um conjunto de disciplinas, como “[...] tecnologias orientadas ao próprio trabalho do sujeito sobre si mesmo em relação a tentar estabelecer, em sua própria sexualidade, tanto a verdade de si mesmo quanto a chave de sua própria libertação”⁴.

¹ Op. cit.

² Op. cit.

³ Op. cit.

⁴ FOUCAULT (1976, apud LARROSA, 2002, p.53). FOUCAULT, M. **Histoire de la sexualité**. Vol. I. La volonté de savoir. Paris, Gallimard, 1976.

Larrosa (2002)⁵ avalia, ainda, que a partir de 1978, o binômio saber/poder, anteriormente elaborado em termos de disciplina e de biopoder, começa a ser abordado em termos de governo. Na perspectiva *foucaultiana* a questão do governo está fortemente relacionada com a questão do autogoverno que, por sua vez, relaciona-se claramente com o tema da subjetividade. No Curso 1979/80 no Collège de France, a relação entre governo, autogoverno e subjetivação se estabelece na problematização:

Como ocorreu que, na cultura ocidental cristã, o governo dos homens exige daqueles que são dirigidos, ademais de atos de obediência e submissão, 'atos de verdade' que têm como particularidade o fato de que o sujeito é exigido não somente a dizer a verdade, mas a dizer a verdade a propósito de si mesmo [...] Como se formou um tipo de governo dos homens onde não se é exigido simplesmente a obedecer, mas a manifestar, enunciando-o, o que se é?⁶

A utilização do conceito de **tecnologias do eu**, nesta relação governo, autogoverno e subjetivação, aparece no curso 1980/81 quando Foucault (1989, apud LARROSA 2002, p.54)⁷, afirma que, para uma história das tecnologias do eu, seria útil analisar: "[...] o governo de si por si mesmo (*de soi par soi*) em sua articulação com as relações com os outros (*rappports à autrui*) tal como se encontram na pedagogia, nos conselhos de conduta, na direção espiritual, na prescrição de modelos de vida, etc".

As questões éticas aparecem cada vez mais centrais nas análises de Foucault e é dominante no segundo e terceiro volumes da História da Sexualidade. Nesses livros, tenta uma análise metódica das práticas orientadas à manipulação da existência pessoal e o foco privilegiado é a consideração das diferentes modalidades da construção da relação da pessoa

⁵ Op. cit.

⁶ FOUCAULT (1989 apud LARROSA, 2002, p.53). FOUCAULT, M. Du gouvernement des vivants. **Resumé des Cours**: 1970-1982. Paris: Juilliard, 1989. Esta indagação está colocada. à p.101 na tradução de Daher da obra de Foucault (1997), na forma do sujeito ser *obrigado* a dizer a verdade sobre si mesmo, e não de ser *exigido*, como expressa Larrosa (1997). Entendemos que o primeiro termo se liga mais ao constrangimento relacionado à força do que o segundo, sendo este segundo mais adequado no entendimento das técnicas de si. In: FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France**: 1970-1982. Tradução Andréa Daher, consultoria Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.134p.

⁷ Op. cit. FOUCAULT, M. Subjectivité et vérité. **Resumé des Cours**: 1970-1982. Paris: Juilliard, 1989.

consigo mesma - a hermenêutica do eu, a relação entre verdade e proibição, as formas da experiência de si, dentre outros⁸.

Há em Foucault um esforço de reapropriação de seus trabalhos no contexto das obras subsequentes e, quando ele oferece retrospectivamente uma revisão de seu trabalho, parece que se podem considerar três dimensões: saber, poder e subjetivação; mas essas não podem ser identificadas com divisões cronológicas, pois o próprio autor, em revisões retrospectivas de sua obra, situa as três dimensões sob uma certa unidade de intenção: “[...] o estudo das 'diferentes modalidades de subjetivação', a 'ontologia histórica do presente (ou de nós mesmos)', a 'história da verdade' ou as 'condições de possibilidade da experiência'”⁹.

Morey (1990)¹⁰, é taxativo em afirmar que **o sujeito constitui o tema geral das investigações de Foucault**, e que a finalidade de seu trabalho tem sido buscar produzir uma história dos diferentes modos de subjetivação dos seres humanos em nossa cultura.

Desta forma, para Morey (1990)¹¹, é necessário reexaminar tanto de uma periodização tradicional da obra de Foucault, como da hipótese de uma sucessão de métodos ao longo de seu itinerário intelectual mostrando, ao contrário, as diferentes aberturas de uma mesma tarefa geral - uma **história da emergência dos jogos de verdade**¹² **que constituem os sujeitos**.

A grande empreitada de Foucault foi sempre esta história da verdade sobre o sujeito. A história crítica do pensamento para Foucault é a história da emergência dos jogos de verdade, ou a história das verdades, formas segundo as quais se articulam sobre um domínio de coisas, discursos susceptíveis de serem chamados verdadeiros ou falsos¹³.

A compreensão de Foucault sobre a história das verdades não é a história “[...] do que poderia haver de verdadeiro nos conhecimentos; mas uma análise dos ‘jogos de verdade’, dos

⁸ LARROSA, 2002.

⁹ LARROSA, 2002, p.52. Nota 11 de rodapé. Neste autor é bastante interessante a explicitação do conceito de tecnologias do eu e a sua contextualização em relação à totalidade da obra de Foucault.

¹⁰ Op. cit.

¹¹ Ibid.

¹² Gore (2002, p.17) usa o conceito de *regime de verdade* como uma *tecnologia do eu*, dessa forma, "existe um trabalho desconstrutivo a ser feito tanto no interior de nosso domínio quanto fora dele".

¹³ MOREY, 1990.

jogos entre o verdadeiro e o falso, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, isto é, como podendo e devendo ser pensado"¹⁴.

Desta forma, Foucault estuda estes jogos de verdade em um domínio específico: aquele em que o sujeito é posto como objeto de um saber possível¹⁵. Daí a centralidade do problema do sujeito ao longo de toda sua obra!

Foucault (2001)¹⁶ se dedicou em sua vida a “[...] evidenciar alguns elementos que possam servir para uma história da verdade”. A indagação dos modos de subjetivação e dos modos de objetivação do sujeito é, nada mais, do que a história da emergência dos jogos de verdade. Assim foi em relação aos saberes, em referência às relações de poder e em relação à constituição do sujeito - da qual faz parte o estudo das tecnologias do eu.

Nesta empreitada de uma história da verdade, o autor se guiou analisando as “[...] *problematizações* através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as *práticas* a partir das quais essas problematizações se formam”¹⁷. Dessa forma, seus estudos seguiram problematizando diversas experiências - da loucura e da doença; da vida, da linguagem e do trabalho; do crime e do comportamento criminoso; todas a partir de certas práticas discursivas e normativas - práticas, estas, que suscitam preocupação moral e que constituem um campo moral.

Exemplar dessa história da verdade é a problematização do autor do fenômeno da sexualidade, entendendo-o como experiência historicamente singular; experiência compreendida como correlação entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade. Desta forma, relaciona o fenômeno da sexualidade ao: desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos - os discursos; instauração de um conjunto de regras e normas - as práticas institucionalizadas; modo pelo qual os indivíduos se constituem como

¹⁴ FOUCAULT, 2001, p.12.

¹⁵ MOREY, 1990.

¹⁶ Op. cit, p.12.

¹⁷ FOUCAULT, 2001, p.15.

sujeitos, como são “[...] levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos”¹⁸.

Foucault indica que instrumentos são susceptíveis de analisar, em seu próprio caráter e em suas correlações, os eixos que constituem a experiência da sexualidade: a análise das práticas discursivas permite seguir a formação dos saberes; a análise das relações de poder e de suas tecnologias permite seguir os sistemas de poder que regulam sua prática; a análise das “[...] formas e modalidades da relação consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito”¹⁹ permite compreender as formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos dessa sexualidade.

Em síntese, **a ontologia histórica de nós mesmos marca todo o trabalho de Foucault**, segundo Morey (1990)²⁰. É o ponto de partida, pergunta radical e objetivo de seu trabalho, e ordena sua obra em três eixos principais que se correlacionam: em relação à verdade que nos constitui como sujeitos de conhecimento; nas relações de poder que nos constituem como sujeitos atuantes sobre os demais; na relação ética por meio da qual nos constituímos como sujeitos de ação moral.

Desta forma, o que Foucault (1990a)²¹ tem estudado tem sido três problemas tradicionais: quais são as relações que temos com a verdade através do conhecimento científico, com esses jogos de verdade, tão importantes na civilização e nos quais somos, a uma só vez, sujeito e objeto; quais são as relações que entabulamos com os demais, através dessas estranhas estratégias e relações de poder; e quais são as relações entre verdade, poder e indivíduo.

¹⁸ FOUCAULT, 2001, p.9.

¹⁹ Ibid., p.11.

²⁰ Op. cit.

²¹ Op. cit.

Bases conceituais

Sobre o sujeito e as tecnologias do eu

Ao analisar o que é designado como *o sujeito*, Foucault (2001)²² refuta a noção do sujeito iluminista e centra seus estudos nos “[...] jogos de verdade na relação de si para si e a constituição de si mesmo como sujeito [...]”.

Para Larrosa (2002)²³, o que Foucault estuda não são idéias nem comportamentos, mas “[...] algo que pode ser separado analiticamente de ambos e que, ao mesmo tempo, os torna possíveis: a experiência de si. E isso, a experiência de si, também é algo histórica e culturalmente contingente, na medida em que sua produção adota formas 'singulares”.

[...] a própria experiência de si não é senão o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. É a própria experiência de si que se constitui historicamente como aquilo que pode e deve ser pensado. A experiência de si, historicamente constituída, é aquilo a respeito do qual o sujeito se oferece seu próprio ser quando se observa, se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo, etc. E esse ser próprio sempre se produz com relação a certas problematizações e no interior de certas práticas²⁴.

Em Foucault, **o tema do sujeito** (ou relação entre verdade, poder e indivíduo) acentua-se no estudo sobre a sexualidade, desenvolvido posteriormente aos seus estudos sobre saber e poder. A problematização das atividades e prazeres sexuais se deu através de um conjunto de práticas que se poderiam chamar artes da existência, técnicas de si, tecnologias de si, estéticas da existência; ou, simplesmente, práticas de si, em que se põe em jogo os critérios de uma estética da existência.

²² Op. cit, p.11.

²³ Op. cit, p.42.

²⁴ LARROSA, 2002, p.43. Entendemos que este é um processo de produção muito mais profundo que meramente a relação dialética entre sujeito e objeto. Na dialética existem dois pólos que se relacionam, se opõem e trocam entre si - mas cada um constituído por elementos próprios; nesta relação em que se produz o duplo existe um movimento de tessitura que compõe tecidos.

O autor entende como artes da existência:

[...] práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo²⁵.

Propõe-se, o autor, à análise de:

[...] práticas pelas quais os indivíduos foram levados a prestar atenção a eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer e se confessar como sujeitos de desejo, estabelecendo de si para consigo uma certa relação que lhes permite descobrir, no desejo, a verdade de seu ser [...] ²⁶.

Neste momento, Foucault recentra todo seu estudo sobre a hermenêutica de si, ou a genealogia do homem de desejo. Para a análise do homem de desejo se guiou por uma *arqueologia* das problematizações e uma *genealogia* das práticas de si; e construiu uma história das problematizações éticas a partir destas práticas de si²⁷.

Contudo, como é lembrado por Foucault (2001)²⁸, estas técnicas de si perderam certa parte de sua força e autonomia quando integradas no exercício de um poder pastoral, com o cristianismo e, mais tarde, “[...] em práticas de tipo educativo, médico ou psicológico”; ou seja, práticas que se prestam ao governo dos indivíduos, práticas de governabilidade.

Os homens usam técnicas específicas para entender a si mesmos. Estas técnicas quase nunca funcionam de modo separado, cada uma delas representa uma matriz da razão prática e está associada com algum tipo particular de dominação²⁹.

São quatro os tipos principais destas tecnologias: tecnologias de produção - nos permitem produzir, transformar e manipular coisas; tecnologias de sistemas de signos - nos permitem utilizar signos, sentidos, símbolos e significações; tecnologias de poder -

²⁵ FOUCAULT, 2001, p.15.

²⁶ Ibid, p.11.

²⁷ Nesta empreitada, utilizou-se de textos prescritivos - que têm como objetivo propor regras de conduta. FOUCAULT, 2001.

²⁸ Op. cit, p.15.

²⁹ FOUCAULT, 1990.

determinam a conduta dos indivíduos, os submetem a certo tipo de fins e de dominação, e consistem em uma objetivação do sujeito; e **tecnologias do eu**:

[...] permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos e conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmo, com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade³⁰.

Foucault afirma que tem buscado elaborar uma história da organização do saber a respeito da dominação e do sujeito. As tecnologias de poder e as tecnologias do eu, são as que mais requerem a sua atenção e nos lembra que os sujeitos se constituem na interseção destas tecnologias. O contato entre as tecnologias de poder e as referidas ao eu, é o que denomina governabilidade. Interessa-se pela tecnologia da dominação e poder, e está cada vez mais interessado na interação entre o eu mesmo e os demais, assim como pelas tecnologias de dominação individual - a história do modo como o indivíduo atua sobre si mesmo, denominadas tecnologias do eu³¹.

As tecnologias do eu são estudadas em dois contextos históricos³²: na filosofia greco-romana, onde se desenvolvem centradas em práticas de temperança, ou seja, no *bom uso dos prazeres* no qual se busca um equilíbrio entre prazeres e desejos; e na espiritualidade cristã, onde se desenvolvem centradas em práticas de *negação de si*. Afirma que a passagem para a modernidade traz o desenvolvimento de tecnologias do eu centradas em processos de individuação; contudo, não desenvolveu pesquisas neste contexto devido sua morte. Desta forma, fazemos uso de seu referencial assim como de autores que se apropriam do mesmo para indagações das tecnologias do eu no mundo contemporâneo.

³⁰ Ibid, p.48.

³¹ FOUCAULT, 1990.

³² FOUCAULT, 2001.

Sobre os dispositivos

Os regimes de verdade que constituem a experiência de si se constroem através de dispositivos. Para a compreensão destes, trazemos os dispositivos denominados pedagógicos desenvolvidos por Larrosa (2002)³³ no campo da educação.

Bujes (2003)³⁴ entende que as estratégias e táticas de poder do aparato pedagógico não têm no corpo o seu alvo preferencial, e sim a consciência; desta forma, afirma que as práticas educativas estão repletas de tecnologias do eu. Da mesma forma, para Larrosa (2002)³⁵ as práticas educativas incluem técnicas ou mecanismos - de autovigilância, de auto-avaliação, de autonarração ou confissão, dentre outros; que têm como efeitos, especialmente, a construção e transformação da consciência de si, reafirmando que a área de educação é repleta de repertórios de modos de experiência de si.

Larrosa (2002)³⁶ estuda práticas pedagógicas nas quais se elabora ou reelabora a forma de relação reflexiva do educando consigo mesmo. Observa que há algo comum nestas práticas, algo muito simples quando observada a forma básica do dispositivo, ou o *como* do seu funcionamento. Desta forma, busca estudar a lógica geral dos dispositivos pedagógicos que constroem e medeiam a relação do sujeito consigo mesmo.

Os dispositivos pedagógicos são aqueles nos quais se constrói e se medeia a experiência de si, no qual a experiência de si pode ser analisada como resultado do entrecruzamento “[...] de tecnologias óticas de auto-reflexão, formas discursivas (basicamente narrativas) de auto-expressão, mecanismos jurídicos de auto-avaliação, e ações práticas de autocontrole e auto-transformação”.³⁷

³³ Op. cit.

³⁴ BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Governando a subjetividade**: a constituição do sujeito infantil no RCN/EI. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~cee0a6/tbujes.PDF>>. Acesso em: 13 jun. 2003.

³⁵ Op. cit.

³⁶ Ibid.

³⁷ LARROSA, 2002, p.38.

Tomar os dispositivos pedagógicos como constitutivos da subjetividade é adotar um ponto de vista pragmático sobre a experiência de si. Reconhecer a contingência e historicidade desses mesmos dispositivos é adotar um ponto de vista genealógico. Dessa perspectiva, a pedagogia [pode ser vista] como produzindo formas de experiência de si nas quais os indivíduos podem se tornar sujeitos de um modo particular³⁸.

Existem práticas em que são muito evidentes os dispositivos que constroem e medeiam a relação do sujeito consigo mesmo; são práticas repletas de conteúdos educativos, onde a linguagem é bastante significativa e reificada, articulada por tecnologias de informação e comunicação, potentes e regulares.

Desta forma, e como apontado na nossa pesquisa bibliográfica, diversos estudos na área da educação e comunicação se apropriam das tecnologias do eu - elaboradas por Foucault; e dos dispositivos pedagógicos - elaborados por Larrosa; como referencial teórico para compreensão dos processos de constituição do sujeito.

Para Larrosa (2002)³⁹, os dispositivos pedagógicos têm formas complexas, variáveis, contingentes, às vezes contraditórias; e distingue cinco dimensões fundamentais que constituem os dispositivos pedagógicos de produção e mediação da experiência de si: ótica, discursiva, narrativa, jurídica e prática. Estas dimensões se efetivam através de modalidades concretas de mecanismos óticos, procedimentos discursivos, políticas de autonarração, aparatos jurídicos e práticos.

Os dispositivos pedagógicos que constroem e medeiam a experiência de si são conjuntos de operações de divisões, orientadas à construção de um duplo, e de operações de relações, para a captura desse eu duplicado.

Esse duplo está construído pela composição do eu que vejo quando me observo a mim mesmo, do eu que expresso quando me digo a mim mesmo, do eu que narro quando construo temporalmente minha própria identidade, do eu que julgo quando me aplico um critério, do eu que domino quando me governo⁴⁰.

³⁸ Ibid., p.57.

³⁹ Op. cit.

⁴⁰ LARROSA, 2002, p.80.

Os dispositivos pedagógicos podem descrever que duplo produzem e como o produzem; descrever aquilo que esse duplo captura e como captura a si mesmo. "As dimensões do dispositivo não são senão a materialidade e a forma de realização dessas operações de fabricação e de captura do duplo"⁴¹.

Que é o duplo?

Mas esse duplo não é a projeção espontânea do eu em uma espécie de reflexividade natural; antes, ele está constituído pela colocação em funcionamento de uma série de mecanismos de divisão e relação: os mecanismos óticos que determinam o que posso ver de mim mesmo e como posso vê-lo, os mecanismos discursivos que estabelecem o que posso dizer de mim mesmo e como posso dizê-lo, os mecanismos jurídicos que produzem com respeito a que e como posso julgar-me, as ações que constroem o que de mim pode ser afetado por mim mesmo e a forma desse afetar. O foco para a análise da construção do duplo não está nem no sujeito, nem no objeto [...] O importante são os procedimentos de desdobramento ou de fabricação e captura do duplo⁴².

⁴¹ Ibid., p.80.

⁴² Ibid., p.80.

3. O OBJETO NA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA ATUAL

O objetivo desta pesquisa bibliográfica foi de desenhar o mapa de estudos sobre o tema - tecnologias do eu, com ênfase na área de enfermagem; salientamos, de antemão, que todos os achados apresentam Foucault como referência teórica básica, demonstrando que este é um tema essencialmente *foucautiano*.

Contudo, nossa busca inicial foi abrangente, por **meio eletrônico**, por estarmos interessadas em saber como as demais áreas do conhecimento estão abordando este tema.

A busca foi realizada em setembro de 2003. Os descritores utilizados foram tecnologias do eu; tecnologias do eu *and* enfermagem; Foucault *and* enfermagem. Acrescentamos, também nesta pesquisa, o descritor *ciborgue*, pois constatamos no decorrer de nossos estudos este termo relacionado às tecnologias do eu. E, também pelo mesmo motivo, realizamos buscas complementares com os descritores tecnologias do eu *and ciborgue*; *ciborgue and* Tomaz Tadeu da Silva¹; e tecnologias.

Os bancos de dados e períodos pesquisados foram:

- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)², período 1993 a 2003, através do qual acessamos as Bases de Dados Bibliográficas: Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF), e MÉD-CARIBE.

¹ A *essencialidade e unidade* do sujeito e a *humanização* de sua subjetividade é colocada em questão no confronto com ciborgues, clones e outros híbridos tecnoculturais; e, dentre os autores que estudam os ciborgues no Brasil, destaca-se Tomaz Tadeu da Silva: “[...] atualmente fascinado com o potencial de criaturas estranhas como monstros, ciborgues e... humanos”. In: SILVA, 2000a, p.142.

² CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Bases de Dados Bibliográficas LILACS, BDENF e MÉD-CARIBE. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: setembro 2003.

- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³, no qual consultamos o Banco de Teses e Dissertações - período 1987 a 2003; com objetivo de conhecer os estudos sobre o tema no âmbito da pós-graduação em nossas universidades.
- Banco de Teses do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPen/ABEn), no qual consultamos o Índice por Assunto do catálogo⁴ Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem - período 1979 a 2002; com objetivo de complementar a busca acima, pois seu histórico é anterior ao da CAPES catalogando sistematicamente, desde 1979, teses e dissertações produzidas por Enfermeiros vinculados aos Programas/Cursos de Pós-Graduação brasileira, especialmente em Enfermagem.
- Scientific Electronic Library Online - Biblioteca Eletrônica SCIELO Brasil⁵, no qual pesquisamos os periódicos brasileiros Ciência & Saúde Coletiva⁶ e Caderno de Saúde Pública⁷, devido seus artigos serem integralmente disponibilizados em meio eletrônico. E relativo à produção da área de enfermagem, salientamos que

³ COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: setembro 2003.

⁴ Através de CD Rom que resgata todos os volumes do Catálogo, editados no período 1979-2000, registrando e documentando mais de 2.000 títulos. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. Brasília, 2001. 1 CD-ROM. Volumes publicados: v. 1-18, 1979-2000. E mais, o volume XX do Catálogo que resgata dissertações e teses defendidas em sua maioria no ano de 2001 nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, bem como produções de enfermeiros em áreas afins. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. Brasília, 1979-2002. v.22, 1º. Semestre, 2002.

⁵ SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. Biblioteca Eletrônica SCIELO Brasil. Apresenta periódicos científicos brasileiros. Disponível em: <<http://www.scielo.br/revistas>>. Acesso em: setembro 2003.

⁶ CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2001-. Quadrimestral. ISSN 1413-8123 versão impressa. Números disponíveis em meio eletrônico: 2001:6(1) a 2002:7(3). Busca restrita aos números disponíveis em meio eletrônico.

⁷ CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ, 1996-. ISSN 0102-311x versão impressa. Números disponíveis em meio eletrônico: 1996:6 a 2003:19(1). Busca restrita aos números disponíveis em meio eletrônico.

somente a Revista Latino Americana de Enfermagem (RLAEnf)⁸ tem seus artigos com o texto integral em meio eletrônico SCIELO⁹.

Na busca nas bases científicas em meio eletrônico¹⁰ encontramos um total de 43 produções de 34 autores diferentes. Salientamos que encontramos na enfermagem, e através do descritor tecnologias do eu, somente as teses de Lunardi (1999)¹¹ e Nietzsche (2000)¹².

Apresentamos nossos achados na tabela 1.

Tabela 1 - Número de produções por área, descritor e tipo de publicação, encontradas nas bases científicas em meio eletrônico LILACS, BDENF, MÉD-CARIBE / BIREME; CAPES; CEPEn/ABEn; e nos periódicos eletrônicos Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública e Revista Latino Americana de Enfermagem. Setembro de 2003

Número de produções	Área	Descritor de pesquisa	Tipo de publicação
1	Antropologia	Foucault and enfermagem	1 Dissertação
2	Comunicação	Ciborgue	2 Teses
2	Educação	Tecnologias do eu	1 Tese
			1 Dissertação
1	Linguística aplicada	Tecnologias do eu	1 Tese
2	Psicologia	Tecnologias do eu	1 Tese de Livre-Docência
			1 Dissertação
3	Saúde Coletiva	Tecnologias	2 Artigos
		O olhar do sujeito	1 Artigo
33	Enfermagem	Tecnologias do eu	2 Teses
		Ciborgue	1 Artigo
		Foucault and enfermagem	1 Livro
			10 Teses
			7 Dissertações
			10 Artigos
		Tecnologia	1 Artigo
Total: 43 produções			

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Bases de Dados Bibliográficas LILACS, BDENF e MÉD-CARIBE. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>; COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília, 2001. 1 CD-ROM. Volumes publicados: v.1-18, 1979-2000; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília, 1979-2002. v.22, 1º. Semestre, 2002; SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. Biblioteca Eletrônica SCIELO Brasil. Apresenta periódicos científicos brasileiros. Disponível em: <<http://www.scielo.br/revistas>>.

⁸ REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM. Ribeirão Preto: EERP-USP, 1993-. Bimestral. ISSN 0104-1169.

⁹ Busca restrita aos números disponíveis em meio eletrônico: período 2001 (v.9, n.3) a 2003 (v.11, n.3).

¹⁰ Ver Apêndice A.

¹¹ LUNARDI, Valéria Lerch. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária, 1999.

¹² NIETSCHE, Elisabeta A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí: ed. UNIJUÍ, 2000.

Frente aos poucos achados sobre tecnologias do eu, realizamos **busca manual** na qual selecionamos 3 periódicos brasileiros da área de enfermagem com importância reconhecida na comunidade de enfermeiras/os. O corte histórico variou segundo disponibilidade dos periódicos em biblioteca particular, sendo eles: RLAEnf¹³ - ano 1996 e período 2001 a 2003; Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)¹⁴ - período 2000 a 2002; e Texto & Contexto em Enfermagem¹⁵ - períodos de 1993 a 1994, e de 1997 a 2003.

Nestes periódicos nossa busca abrangeu todo corpo do artigo, mas o tema tecnologias do eu não foi encontrado; desta forma, reorientamos nossa busca atentos à utilização do referencial *foucaultiano*, especialmente os temas poder, saber e processos de subjetivação.

O número de achados em cada revista foi: (2) RLAEnf, (11) REBEn; (15) Texto & Contexto em Enfermagem. Acrescentamos, ainda, 3 artigos publicados pela Revista Gaúcha de Enfermagem¹⁶, somando 31 artigos¹⁷.

Do total de artigos, 14 discutem o tema do poder segundo formulações encontradas nas duas primeiras fases de produção *foucaultiana*¹⁸: (7) poder pastoral, (3) poder e corpo, (4) poder/saber; e 8 trazem temas da terceira e última fase de produção de Foucault: (4) o cuidado de si/tecnologias do cuidado de si, (2) tecnologias emancipatórias, (2) governabilidade; e (1) artigo discorre sobre o próprio Foucault.

Encontramos, ainda, 8 produções com discussões diversas sobre (3) autonomia, (1) subjetividade, (1) poder, (1) *ciborgue*, (1) fragmentação de identidade e (1) constituição de

¹³ Edições consultadas: 1996, v.4; 2001, v.9, n.4-6; 2002, v.10, n.1-6; 2003, v.11, n.1-3.

¹⁴ REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro: ABEn, 1948-. Bimestral. ISSN 0034-7167. Edições consultadas: 2000, v.53, n.1-4; 2001, v.54, n.1-4; 2002, v.55, n.1-6.

¹⁵ TEXTO & CONTEXTO EM ENFERMAGEM. Florianópolis: UFSC/PEN, 1992-. Quadrimestral. ISSN 0104-0707. Edições consultadas: 1993, v.2, n.2; 1994, v.3, n.2; 1997, v.6, n.3; 1998, v.7, n.1; 1999, v.8, n.1-3 e volume especial; 2000, v.9, n.1-3; 2001, v.10, n.1-3; 2002, v.11, n.1-3; 2003, v.12, n.1-2.

¹⁶ REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM. Porto Alegre: UFRS / Escola de Enfermagem, 1976-. Semestral. ISSN 0102-6933.

¹⁷ Ver Apêndice B. Salientamos que, deste total de artigos, somente 4 aparecem também na busca em meio eletrônico, demonstrando a pouca utilização deste meio de divulgação pela enfermagem.

¹⁸ Sobre a periodização da obra de Foucault, ver discussão no capítulo que apresenta o Objeto e seu Marco Referencial.

sujeito, que podem também contribuir em nossas discussões. O autor com maior número de produções utilizando referencial *foucaultiano* foi Lunardi, com 8 obras.

Completando nossa pesquisa documental, consultamos o *site* de buscas **Google**¹⁹ utilizando os mesmos descritores acima apresentados. O período pesquisado foi os últimos 10 anos e a busca foi realizada em setembro de 2003. Apresentamos na tabela 2 nossos achados.

Tabela 2 - Número de produções por descritor encontradas no *site* de buscas Google. Setembro de 2003

Descritor de pesquisa	Número de produções
Tecnologias do eu	25
Tecnologias do eu and enfermagem	3
Foucault and enfermagem	319
Tecnologias do eu and ciborgue	1
Ciborgue and Tomaz Tadeu da Silva	7

GOOGLE. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>.

Encontramos 25 produções com o descritor tecnologias do eu²⁰, sendo a maioria da área da educação (14), seguida das áreas de comunicação (4), filosofia (2), sociologia (2), ciências sociais (1) e história (1). Apenas em 1 estudo não foi possível identificar a área. Todos os achados com este descritor têm Foucault como referencial teórico, constituindo-se em estudos *foucaultianos*, e nos fornecem orientações preciosas para investigações na enfermagem.

Encontramos somente 3 produções com o descritor tecnologias do eu and enfermagem, todas de autoras enfermeiras²¹. Frente a estes pouquíssimos achados, realizamos nova busca da utilização do referencial foucaultiano por enfermeiras/os brasileiras/os através do descritor Foucault *and* enfermagem e encontramos 319 páginas; ao refinarmos esta mesma busca, encontramos quase a totalidade das páginas (316) com o descritor poder e somente 3 produções com o descritor tecnologias do eu, as mesmas produções referidas no descritor acima.

¹⁹ GOOGLE. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: setembro 2003.

²⁰ Ver Apêndice C.

²¹ Destas, duas também constam nos achados da busca nas bases científicas em meio eletrônico anteriormente apresentada, sendo as produções de Lunardi (1999) e Nietzsche (2000). A terceira produção é de Maria Juracy Toneli Siqueira, autora que estuda os temas gênero e identidade no contexto contemporâneo.

Encontramos, ainda, produções relacionando tecnologias do eu *and ciborgue* (1) e *ciborgue and Tomaz Tadeu da Silva* (7). Estas 8 produções²² se distribuem nas áreas: (2) comunicação, (2) educação, (1) artes plásticas/educação artística, (2) interdisciplinares comunicação/educação; e a área não foi explicitada em 1 produção.

No todo de nossa busca, relativo à produção brasileira em enfermagem, constatamos que Foucault é referência importante em estudos sobre poder, disciplina, corpo e saber; sendo estes temas abordados através da arqueologia do saber e da genealogia do poder.

Na área de saúde e enfermagem, Azevedo e Ramos (2003a)²³ consideram que os estudos *foucaultianos* abrem perspectivas diversas de análises, pois sua base teórica permite apreender a rede de relações de poder e interesses operantes nas práticas estabelecidas, problematizar o que fazemos, responsabilizarmo-nos pelo que construímos em nossa história como sujeitos, dentre outros.

Ainda nesta produção em enfermagem, não encontramos estudos específicos sobre tecnologias do eu; contudo, este tema *foucaultiano* é abordado por alguns poucos autores, dentre os quais salientamos Lunardi (1999)²⁴ em tese de doutoramento sobre governabilidade na enfermagem, na qual focaliza as fronteiras entre o poder pastoral e o cuidado de si como tecnologia do eu própria do pensamento grego; e Nietzsche (2000)²⁵ em tese de doutoramento sobre tecnologia emancipatória, na qual teve como objetivos caracterizar o saber produzido pela enfermagem, evidenciando suas possibilidades emancipatórias, e construir indicadores de avaliação das tecnologias de enfermagem, de modo que evidenciem suas potencialidades emancipatórias. Esta segunda autora utiliza a tipologia das tecnologias de Foucault para a

²² Ver Apêndice D.

²³ AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flávia Regina Souza. A arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.3, p. 288-291, 2003a. Em seu estudo, as autoras citam vários trabalhos na enfermagem que ilustram exemplarmente a produtividade da contribuição do referencial foucaultiano para análise de objetos de estudo no campo da saúde; estes trabalhos foram identificados a partir do catálogo ABEn/CENPEEn 2001. Apontam, ainda, temáticas que se apresentam como possibilidades de investigação apropriadas ao uso do referencial foucaultiano.

²⁴ Op. cit.

²⁵ Op. cit.

classificação das tecnologias de enfermagem e também para considerar, numa perspectiva ética, aspectos da própria produção do sujeito.

Estas autoras fazem, na construção de suas obras, uma mesma distinção: entre cuidado de si, como uma tecnologia do eu estratégica na tematização da ética, pois constitui possibilidade de liberdade e de autonomia dos sujeitos; e poder pastoral, como uma tecnologia de poder que objetifica o ser humano e o sujeita a determinados fins ou dominações.

Em nosso estudo, esta distinção entre tecnologias de poder e tecnologias do eu é relativizada, pois **priorizamos a forma-sujeito** e os processos de subjetivação, sendo o sujeito um constructo dessas tecnologias, uma forma que se constitui na intersecção das mesmas. Ou seja, priorizamos o estudo sobre **a subjetividade como modo no qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade no qual está em relação consigo mesmo.**

Ainda nesta produção em enfermagem e utilizando o referencial *foucaultiano*, o tema do sujeito é debatido por Meyer (2001, 2002)²⁶, autora de estudos feministas e culturais que, estabelecendo um diálogo crítico com o pós-estruturalismo, pensa o ser “[...] como um processo incessante de produção, rupturas e deslocamentos”²⁷.

Constatamos, ainda, que Foucault tem sido referência importante na área da educação. Dentre os autores no Brasil, salientamos Silva (2000b, 2002a, 2002b²⁸) que, numa perspectiva *foucaultiana*, tem desenvolvido pesquisas sobre a constituição do sujeito da educação *por entre jogos entre o verdadeiro e o falso*; assim, seus estudos também fornecem orientações para nossa discussão.

²⁶ Op. cit.

²⁷ MEYER, 2001, p.35.

²⁸ SILVA, Tomaz Tadeu. A produção social da identidade e da diferença. In: _____. (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes, 2000b. 133p. p.73-102. SILVA, Tomaz Tadeu. (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a. 258p. SILVA, Tomaz Tadeu. O Adeus às metanarrativas educacionais. In: _____. (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002b. p.247-58.

Em colaboração com Silva (2002)²⁹ e também realizando análises *foucaultianas* no campo da educação, autores estrangeiros como Gore (2002)³⁰ e Deacon e Parker (2002)³¹ têm realizado indagações sobre a genealogia do sujeito ocidental e tecido severas críticas ao tema do sujeito e às pretensões de emancipação dos discursos e práticas ditas - *críticas e libertadoras*. Salientamos, ainda, a apreensão de Larrosa (2002)³² do referencial teórico de Foucault à sua problemática, da qual inferimos sugestões para a enfermagem; nesta obra, a produção pedagógica do sujeito é analisada não somente do ponto de vista da objetivação mas, fundamentalmente, do ponto de vista da subjetivação. Problematiza como as práticas pedagógicas constituem e medeiam certas relações determinadas da pessoa consigo mesma; em suas análises os sujeitos são posicionados como sujeitos falantes, como sujeitos confessantes, e em relação a uma verdade sobre si mesmos que, eles mesmos, devem ativamente contribuir para produzir.

Finalmente, realizamos busca no MEDLINE / PubMed³³ com objetivo de conhecer a produção da área de enfermagem no meio internacional, sendo que a língua definida foi a inglesa. Os descritores utilizados foram: Nursing and Foucault; Nursing and Self and Foucault; Nursing and Technologies and Foucault; e Nursing And Technologies and Self.

Encontramos 41 produções³⁴, sendo sua distribuição por autor/país: (14) Austrália, (8) Inglaterra, (1) Escócia, (6) Canadá, (3) Brasil, (3) Estados Unidos, (2) Nova Zelândia, (1) Alemanha e (1) Dinamarca. Não identificamos o país de origem em 2 produções.

A distribuição por periódico foi: (14) Journal of Advanced Nursing / J Adv Nurs. e (12) Nursing Inquiry / Nurs Inq.; os demais periódicos somam 15 publicações. O primeiro

²⁹ Op. cit.

³⁰ Op. cit.

³¹ DEACON, Roger; PARKER, Ben. Educação como sujeição e como recusa. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.97-110.

³² Op. cit.

³³ COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Portal Periódicos. PubMed. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: outubro 2003. Também disponível através do MEDLINE: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>.

³⁴ Ver Apêndice E.

periódico citado é inglês e o segundo australiano. Os achados por período/ano foram: 29 nos últimos 5 anos e 12 nos demais anos (período 1989 a 1997).

Encontramos os seguintes achados por Descritores relacionados: (33) Nursing and Foucault; (3) Nursing and Self and Foucault; (1) Nursing and Technologies and Foucault; e (4) Nursing And Technologies and Self.

Austrália e Inglaterra foram os países que mais produziram estudos com referencial foucaultiano e observamos um crescimento desta produção nos últimos 5 anos, o que indica a possibilidade deste referencial nas pesquisas em enfermagem. Em geral, são estudos baseados na primeira e segunda fase da produção de Foucault; mas, a partir do ano 2000, encontramos alguns estudos relativos à sua terceira fase, através dos descritores Nursing and Self and Foucault/Nursing and Technologies and Self.

Estes dados internacionais, respeitadas suas especificidades, pouco diferem dos achados na literatura brasileira em enfermagem; contudo, mesmo reconhecendo a qualidade de nossa produção, salientamos sua pouca visibilidade, pois encontramos apenas 3 produções brasileiras no MEDLINE/PubMed.

Finalmente, o olhar *foucaultiano* sobre os regimes de verdade, através do qual pretendemos conduzir nossa pesquisa, pode ser inscrito com base em Larrosa (2002)³⁵ na corrente epistemológica desconstrutivista, mesmo sendo Foucault avesso a qualquer tipo de categorização. Segundo Ramos e Silva (2001)³⁶, em estudo que avaliou teses de doutorado em enfermagem nos últimos dez anos, a linha epistemológica desconstrutivista representa cerca de 0,7% do total dos estudos qualitativos; nesta linha, por sua vez, a abordagem pós-estrutural

³⁵ Op. cit.

³⁶ RAMOS, Flávia Regina Souza; SILVA, Alcione Leite. As linhas epistemológicas do conhecimento científico. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2001, Belém. **Anais...** Belém: ABEn-PA, 2001. As autoras deste estudo comentam que o enfoque na linha epistemológica desconstrutivista é o questionamento radical das formas de conhecer, dos saberes científicos e de seus estatutos de verdade, propondo alternativas de desconstrução destes saberes. Desta forma, toma todo conhecimento como construção humana interessada e politicamente objetivada; preocupa-se em examinar as verdades normativas e desconstruir o que está posto, buscando novos níveis de consciência crítica e de possibilidades de relações autonomizantes do humano com suas instituições sociais. Seu referencial teórico é o historicismo - pós-moderno, pós-paradigmático, pós-estrutural; e seu referencial metodológico é a cartografia e a genealogia.

está presente em apenas 0,5% dos estudos qualitativos de enfermagem. Como um dos desafios para a pesquisa em nossa área, as autoras evidenciam que a linha desconstrutivista, assim como a emancipatória, precisam ser mais desenvolvidas, apesar de já se mostrarem importantes e reconhecidas.

O processo de pesquisa bibliográfica se mostrou não apenas acessório a estudos como este, que pretendem uma problematização aprofundada numa vertente teórica ainda pouco explorada em nossa área, mas, importante também como um resultado que pode contribuir com: a experiência e o relato metodológico que destaca a importância desta etapa da pesquisa (revisão de literatura) que é, em si, uma pesquisa; demonstrar fragilidades e potencialidades nesta produção; destacar novos problemas de pesquisa, estimulando a curiosidade científica em nosso meio acadêmico; situar nossa produção no cenário internacional. Concluindo, nosso desafio foi trazer contribuições à análise de nosso objeto, tendo como base a teoria e o método *foucaultiano* e, talvez, contribuir para a formação de pesquisadoras/es foucaultianas/os na enfermagem brasileira.

4. O OBJETO E SUA SÍNTESE - FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO PARA ESTE ESTUDO

O Problema

Nosso **cenário** foi composto pela complexidade do trabalho no campo da saúde. Deste cenário, nosso **recorte** foram as práticas assistenciais¹ realizadas por enfermeira/o, especialmente configuradas num cenário de trabalho exemplar – a UTI, e nosso **tema** foi a constituição da/o enfermeira/o neste contexto.

O domínio de análise da experiência de si são as práticas, pois o ser mesmo do sujeito - sua ontologia, é histórica e culturalmente contingente; e é singularmente constituída².

A experiência de si é algo que deve ser transmitido e aprendido através de um certo repertório cultural: "uma cultura inclui os dispositivos para formação de seus membros como sujeitos [...] 'sujeito', como seres dotados de certas modalidades de experiência de si"³.

Esses recursos são muito mais amplos que os contidos nas instituições de ensino; estão presentes nas práticas sociais, nas quais se aprende a participar e se aprende, ao mesmo tempo, o que significa ser um participante: "aprendendo as regras e o significado do jogo, a pessoa aprende ao mesmo tempo a ser um jogador e o que ser um jogador significa"⁴.

O jogo aqui considerado é a prática assistencial, na qual se indaga sobre a forma-sujeito enfermeira/o.

Tendo como **objeto** esta forma-sujeito enfermeira/o, nosso **problema** se centra nos processos de subjetivação (as tecnologias do eu e seus dispositivos) no trabalho em UTI.

¹ Nos cenários do trabalho em saúde considera-se o emprego de práticas e saberes assistenciais, gerenciais e de ensino em enfermagem. Nosso recorte foram as práticas e saberes assistenciais.

² LARROSA, 2002.

³ Ibid, p.45.

⁴ Ibid, p.45. Nota 6 de rodapé. Esta citação sintetiza a relação *discurso / prática / subjetivação*.

A referência teórica central para esta investigação são as tecnologias do eu que constituem o sujeito, tendo como base Foucault e estudos *foucaultianos*. O conceito de dispositivos de produção e mediação da experiência de si é fundamentado em Larrosa (2002)⁵. Nossa proposta é complementada por autores que contribuem para esta discussão, sempre dentro dos estudos pós-estruturalistas.

Problematizamos a própria noção de *sujeito uno* e a procura na enfermagem por *uma* definição do sujeito enfermeira/o, buscando, nos atuais cenários do trabalho, desconstruir esta noção pela genealogia de Foucault. Nosso problema metodológico se delinea nas **perguntas**:

- Que subjetividades estão sendo constituídas no trabalho em saúde, especificamente no trabalho em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva? Ou, que forma-enfermeira/o está sendo constituída neste cenário exemplar das práticas assistenciais?
- De que forma (como) são dados sentidos a esta forma-sujeito enfermeira/o?

Conceitos

Conceitos teóricos centrais:

- O sujeito (a experiência de si)⁶:
 - resultado de um complexo processo de fabricação no qual se entrecruzam discursos que definem a verdade do sujeito enfermeira/o, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade.
- Tecnologias do eu⁷:
 - jogos de verdade através dos quais a/o enfermeira/o dá seu ser próprio à pensar quando se percebe, se reconhece, se julga como tal.
- Dispositivos de produção e mediação da experiência de si⁸:

⁵ Op. cit.

⁶ Com base em Larrosa (2002).

⁷ Com base em Foucault (2001).

- mecanismos nos quais se constrói e se medeia a experiência de si do sujeito enfermeira/o, no qual a experiência de si pode ser analisada como resultado do entrecruzamento de tecnologias óticas de auto-reflexão, formas discursivas de auto-expressão, mecanismos jurídicos de auto-avaliação e ações práticas de auto-controle e auto-transformação.

Pressupostos

Consideramos, com base no referencial teórico-metodológico adotado, que o poder é um fato social e político inescapável pela sua própria natureza produtiva, sua relação com o saber e seu papel na constituição do sujeito. Interessa-nos particularmente como o poder se exerce, como produz identidades e subjetividades.

O poder, no exercício da governabilidade, reveste-se de diversas tecnologias: tecnologias de dominação e tecnologias do eu, sendo que o eu é constituído na interseção destas tecnologias. As tecnologias do eu constituem uma genealogia dos modos pelos quais os indivíduos se deixam envolver no governo de si próprios; são essenciais para o agir do indivíduo, pois o agir supõe um sentido de autogoverno.

O *eu* é essencialmente contingente e é um construto das linguagens e das práticas que habita e modifica; desta forma, a identidade é contingentemente negociada e moldada. Se discursos e práticas diversas constroem, regulam e controlam sujeitos, é possível interrogar em práticas particulares estes *eus* contingentes.

A assistência em saúde é a prática onde se conectam formas de saber, tecnologias de poder e modos de constituição do eu; ou seja, onde se conectam tecnologias de dominação e tecnologias do eu. Desta forma, é possível interrogar nesta prática as tecnologias do eu / processos de subjetivação que constituem a/o trabalhadora/o enfermeira/o. Esta interrogação é

⁸ Com base em Larrosa (2002).

possível através dos dispositivos de produção e mediação da experiência de si mesmo; ou seja, consideram-se tais dispositivos como constitutivos da subjetividade - e não há lugar para os universais antropológicos, pois estes dispositivos são contingentes e historicamente situados.

Desta forma, temos como pressupostos que:

- A forma-sujeito enfermeira/o é histórica, contingencial e relacional, constituída por complexos processos de subjetivação, mediados por tecnologias de dominação e tecnologias do eu.
- O trabalho em saúde compõe domínios de saber, configura relações de poder e constitui processos de subjetivação, produzindo sujeitos - enfermeiras/os.
- Esta *versão* de enfermeira/o pode ser compreendida em sua materialidade discursiva e não discursiva em um cenário de trabalho exemplar – a UTI, e é este o caminho para sua investigação.

Objetivos

Descrever e analisar os processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva.

Analisar as tecnologias do eu que constroem e medeiam a experiência de si da/o enfermeira/o na prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva.

Apreender os dispositivos que constituem as tecnologias do eu, em suas várias dimensões e em suas diversas modalidades concretas de mecanismos nos quais se efetivam.

Indagar das possibilidades de governo de si da/o enfermeira/o, nos atuais cenários do trabalho.

5. A VIA DE PESQUISA – O CAMINHO METODOLÓGICO FOUCAULTIANO

Para investigação das tecnologias do eu, nosso referencial metodológico foi a proposta genealógica de Foucault (2001)¹ e como categoria investigativa (recurso), os dispositivos de produção e mediação da experiência de si, apropriados de Larrosa (2002)².

Segundo Morey (1990)³ a eleição do procedimento em que toda obra de Foucault se apóia, seu ponto de partida, seria um asceptismo sistemático e metódico face aos universais antropológicos; asceptismo que se desenvolve em três regras gerais, que orientam a condução teórico-metodológica deste nosso projeto:

- evitar os universais antropológicos (e também o humanismo que se apóia no ser humano como verdade imediata e atemporal do sujeito), para interrogá-los em sua constituição histórica, elegendo, sempre, uma rede de aprioris históricos;
- realizar um movimento filosófico de descendência, face ao estudo das práticas concretas, pelas quais o sujeito é construído na imanência de um domínio de conhecimento;
- dirigir-se às práticas como domínio de análise, sendo que as práticas são entendidas como modo de atuar e, por sua vez, de pensá-las; são estas práticas que dão a chave da inteligibilidade para a constituição correlativa do sujeito e do objeto.

O caminho do método em Foucault (1990a)⁴ é a história das diversas formas de racionalidade que, para ele, resulta ser às vezes uma experiência mais efetiva para quebrantar

¹ Op. cit.

² LARROSA, 2002.

³ Op. cit.

⁴ Op. cit.

nossas certezas e nossos dogmatismos, que a crítica abstrata. Fora de todos os aprioris universais e de toda sujeição antropológica, a linha de investigação de Foucault (1990a)⁵ é a análise histórica. Segundo Morey (1990)⁶, seu método pergunta pelos modos específicos da racionalidade prática.

Ao longo de seus estudos, Foucault desenvolve a arqueologia e a genealogia como métodos de pesquisa. A arqueologia define e caracteriza um nível de análise no domínio dos fatos, pretendendo alcançar um certo modo de descrição. A genealogia pretende explicar o que a arqueologia contenta-se com descrever, através do recurso da noção de relações de poder. Busca responder acerca de quem, o que e porque se decidiu tal coisa, e não outra qualquer dentro das possíveis⁷.

Se a dimensão arqueológica permite analisar as próprias formas das problematizações, a dimensão genealógica analisa a formação das problematizações a partir das práticas e de suas modificações⁸.

[...] o método genealógico proposto por Foucault é interpretativo, mas não hermenêutico, seu objetivo é assinalar a singularidade dos acontecimentos, fora de toda finalidade monótona. A história genealógica trabalha com a descontinuidade, desfaz os pontos fixos, quebra as identidades e introduz o corpo na História⁹.

Como dispositivos pedagógicos se entendem os mecanismos que permitem a produção e a mediação da relação reflexiva do ser humano consigo mesmo. São mecanismos nos quais o ser humano se observa, se decifra, se interpreta, se julga, se narra ou se domina: “um dispositivo pedagógico será, então, qualquer lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si”¹⁰.

⁵ Ibid.

⁶ Op. cit.

⁷ MOREY, 1990.

⁸ FOUCAULT, 2001.

⁹ AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flávia Regina Souza. O corpo do cuidado: uma interpretação genealógica para o trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.12, n.2, p.246-247, abr./jun. 2003b. p.246.

¹⁰ LARROSA, 2002, p.57.

Observamos que a assistência em enfermagem é repleta de práticas e discursos pedagógicos e terapêuticos. Nos atos terapêuticos, técnicas de poder estabelecem *a coisa mesma* para a qual os atos se dirigem e, de certa maneira, formam e conformam os indivíduos através de mecanismos de vigilância, enquadramento, punição, entre outros. Constituem, afinal, mecanismos e técnicas disciplinares que se dirigem ao corpo, seja de indivíduos ou população¹¹.

Estes mecanismos disciplinares são explorados em diversos estudos de enfermeiras/os, nos quais estão presentes as análises *foucaultianas* da microfísica e da genealogia do poder¹².

Larrosa (2002)¹³ considera que os discursos pedagógico e terapêutico estão hoje intimamente relacionados, e estas práticas apresentam importantes similitudes estruturais, estendem-se uma sobre a outra. O dispositivo pedagógico/terapêutico define e constrói o que é ser uma pessoa formada e sã, assim como uma pessoa ainda não formada ou insana. O autor chama a atenção para o fato das práticas pedagógicas e terapêuticas nunca serem anunciadas como espaços de produção - este é o efeito de ocultamento, produzido por ambas, da elaboração da autoconsciência e da autodeterminação.

Entendemos que mecanismos disciplinares e pedagógicos, discursivos e não discursivos, estão presentes na prática assistencial da/o enfermeira/o e os denominamos simplesmente **dispositivos de produção e mediação da experiência de si**, visto estarmos considerando todas as práticas nas quais a/o enfermeira/o pode ser levada/o a prestar atenção a si própria/o e, neste processo, modificar a experiência de si mesmo.

¹¹ Para Marshall (2002, p.25) as tecnologias de dominação agem sobre o corpo objetivando-o; mas, os indivíduos também constroem seus *eus* a partir destas tecnologias. MARSHALL, James. Governamentalidade e educação liberal. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.21-34. Gore (2002) afirma que a pedagogia enfatiza de forma crescente as tecnologias do eu; e estas agem tanto sobre o corpo (tecnologias do eu corporal), como sobre a mente.

¹² Conforme consta em O Objeto na Produção Bibliográfica Atual e, mais detalhadamente, no apêndice B deste trabalho.

¹³ Op. cit.

Através destes dispositivos (em suas várias dimensões e modalidades de mecanismos), procuramos articular as unidades teóricas com o material empírico na condução de nossa pesquisa.

Procedimentos metodológicos

Na proposta genealógica o que se está por determinar são as condições de possibilidade da experiência real; estas possibilidades devem ser buscadas em uma rede de práticas complexas¹⁴ e através da análise de práticas discursivas. Desta forma, tomamos as práticas assistenciais na UTI como domínio de análise de formas particulares de experiência¹⁵ e buscamos indagar das modalidades concretas de dispositivos que produzem e mediam a relação reflexiva da/o enfermeira/o consigo mesma/o, constituindo e transformando a experiência de si.

Partimos das dimensões fundamentais que constituem estes dispositivos¹⁶:

- Dimensão **ótica** - na qual se determina e se constitui o que é visível dentro da/o enfermeira/o para si mesmo.
- Dimensão **discursiva** - na qual se estabelece e se constitui aquilo que a/o enfermeira/o pode e deve dizer acerca de si mesmo.
- Dimensão jurídica - em que se dão as formas nas quais a/o enfermeira/o deve **julgar** a si mesmo, segundo uma trama de normas e valores.
- Dimensão que relaciona componentes discursivos e jurídicos - onde a modalidade discursiva essencial para a construção temporal da experiência de si é a **narrativa**;

¹⁴ MOREY, 1990.

¹⁵ O **sujeito** se constitui na Experiência e através de Práticas e Tecnologias (de saber, de poder, de si). **Experiência** é entendida como correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade. **Práticas** são entendidas como modo de atuar / formas particulares de experiência.

¹⁶ Com base em Larrosa (2002).

esta dimensão determina aquilo que conta como um personagem cuja continuidade e descontinuidade no tempo é implícita a uma trama.

- Dimensão **prática** - em que se estabelece o que a/o enfermeira/o pode e deve fazer consigo mesma/o.

Na apreensão destas dimensões, indagamos das modalidades concretas de mecanismos, nas quais se efetivam, mas não nos restringindo a eles. Estes mecanismos são¹⁷: tecnologias óticas de auto-reflexão; formas discursivas de auto-expressão - procedimentos discursivos e políticas de autonarração; mecanismos jurídicos de auto-avaliação; e ações práticas de autocontrole e autotransformação.

Exploração do campo e grupo de pesquisa

O **local de pesquisa** foi o Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM)¹⁸ da rede pública de serviços do Sistema Único de Saúde do município de Cuiabá, especificamente a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A UTI do HUJM foi implantada recentemente, com funcionamento a partir do ano de 2003. A Gerência de Enfermagem participou ativamente de seu planejamento, estruturação e implantação, em geral presidindo os trabalhos da comissão designada neste processo. Contudo, o Serviço de Enfermagem da unidade foi subordinada à Diretoria Clínica do hospital; somente este ano a Coordenação de Enfermagem da UTI (e mais duas outras coordenações de enfermagem do hospital) foi incorporada à Gerência de Enfermagem, através

¹⁷ Com base em Larrosa (2002).

¹⁸ Optamos por revelar o local de pesquisa, sem prejuízos dos preceitos éticos de pesquisa, por considerarmos que as informações reveladas se referem à práticas institucionalizadas e aos discursos produzidos institucionalmente; sem nos descuidarmos de ocultar os sujeitos quando estes são evidenciados no corpo do texto da tese.

de portaria do Superintendente da instituição, não sem resistências da direção clínica e de algumas/ns enfermeiras/os, o que ocasiona freqüentes conflitos. (Diário de campo 10)¹⁹.

A UTI Adulto do HUJM possui 8 leitos com vagas definidas para isolamento, nefrologia, gestação de risco e cirurgia bariátrica²⁰, controladas pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde Estadual. Atende pacientes do próprio hospital, em sua maioria, seguidos de pacientes do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá. Em geral, pacientes em estado muito debilitado, “*em sua maioria com Sepses são, também, pacientes cardiopatas e/ou com AVC*”. (Diário de campo 11).

Segundo o Relatório de Gestão UTI Adulto HUJM²¹, no período de janeiro 2003 a fevereiro 2004 foram atendidos 145 pacientes, sendo 72 homens e 73 mulheres. A média de idade dos pacientes foi de 47,77 anos. Do total de pacientes, 82 tiveram alta e houve 63 óbitos. A média de permanência foi de 12,47 dias e o total de diárias dos pacientes foi de 1.757.

Os diagnósticos mais freqüentes foram: septicemia, pós-operatório, cardiopatia, insuficiência respiratória, acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, lembrando que um paciente pode apresentar vários diagnósticos.

A procedência da maioria dos pacientes foram as unidades do próprio HUJM - Clínica Medica (61), Pronto Atendimento (20) e Centro Cirúrgico (30). Seguido do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (15) e outros locais (17). Não foi especificada a procedência de 2 pacientes.

O ambiente da UTI é composto por sala de espera e visitas - com três portas de acesso diferenciado de visita, equipe e paciente para a área interna da UTI; vestiários, sala de

¹⁹ Neste relatório utilizamos informações do diário de campo onde cada dia de observação foi registrado, num total de 21 diários numerados seqüencialmente.

²⁰ No período do trabalho de campo estava em processo de implantação o leito referência para nefrologia na UTI adulto com atendimento em hemodiálise e diálise peritoneal, como exigência para cadastramento desta unidade junto ao SUS e também devido à demanda da clientela por este serviço; e a Coordenação de Enfermagem enfrentava uma série de dificuldades técnicas e administrativas nesta implantação.

²¹ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. **Relatório de Gestão UTI Adulto HUJM**. Jan. 2003 a fev. 2004.

depósito de material e limpeza (DML); sala de prescrição médica; posto de enfermagem; área central com sete leitos e um banheiro para paciente; um leito de isolamento com ante-sala e banheiro (ante-sala com material médico-hospitalar de emergência), sala de guarda de equipamentos. A área administrativa da UTI é composta por sala do coordenador de enfermagem, sala de estar e copa, repouso médico, repouso de enfermagem e sala multiprofissional onde existem recursos de imagens para treinamentos e reuniões (televisão, vídeo digital / DVD, datashow), e mural com comunicados diversos, incluindo divulgação de eventos.

O trabalho de campo foi realizado no **período** de 17/05/2004 a 23/06/04, nos dias úteis, exceto um domingo; em dias intercalados e no período diurno. Estivemos na UTI e, também, na Gerência de Enfermagem (GE) e Chefia de Enfermagem Médico Cirúrgica, para acesso a elementos da organização do serviço de enfermagem.

O **grupo pesquisado** foi formado prioritariamente por enfermeiras/os que exerciam atividades de assistência em saúde na UTI, pois uma vez que as tecnologias do eu constituem dispositivos de reflexividade, nos interessa a experiência de si mesmo da/o enfermeira/o. Entretanto, sempre considerando que outros trabalhadores participam desta construção, especialmente a/o médica/o e as/os demais agentes de enfermagem de nível médio.

A equipe de trabalho da UTI é composta de um/a enfermeira/o por turno de trabalho, uma enfermeira na Coordenação de Enfermagem da UTI, quatro trabalhadoras/es do nível médio de enfermagem por período, sendo que de manhã todos são Técnicos de Enfermagem (TE), a tarde são três Auxiliares de enfermagem (AE) e um TE e, nos três plantões noturnos, são três TE e um AE.

A UTI conta com um secretário, um/a funcionária/o para cada período matutino e vespertino responsável pelas atividades de desinfecção da unidade do paciente e da UTI, junto com a equipe de limpeza.

A equipe médica é composta por médicas/os visitadoras/es, plantonistas, residentes e uma chefe do serviço médico. O período da manhã concentra o maior número de médicas/os, sendo um/a plantonista, um/a residente da Clínica Médica, um/a residente da Clínica Cirúrgica e um/a visitador/a. No período da tarde fica um/a médica/o e, à noite, dois/uas.

Na equipe tem um fisioterapeuta para cada período matutino e vespertino, durante a semana e também nos plantões.

A UTI recebe a visita regular de outros agentes, tais como a/o nutricionista, a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, os técnicos do laboratório e banco de sangue, e agentes administrativos financeiros, além de estudantes, pois é campo regular de estágio dos cursos da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) de Enfermagem – estágio supervisionado; e Medicina - residência médica e residência cirúrgica. Também é campo de estágio para estudantes de nível médio em enfermagem. Existe um convênio do hospital com a Universidade de Várzea Grande (UNIVAG) para o curso de fisioterapia, mas não *oficializado*, sendo que o fisioterapeuta acompanha estudantes “*na boa vontade*”. (Diário de campo 10).

Instrumentos técnicos

A definição dos instrumentos técnicos partiu da questão: que instrumentos de pesquisa permitem apreender, na prática assistencial da/o enfermeira/o, dispositivos de produção e mediação da experiência de si em sua materialidade discursiva e não discursiva?

Os instrumentos eleitos buscaram focar as práticas assistenciais entendendo-as como atos operatórios na forma de técnicas e procedimentos em sua maioria - no projeto de pesquisa eram especialmente práticas mediadas por tecnologias/máquinas. Lembramos que a estes atos sempre se ligam discursos na forma de saberes operadores. Focaram, também, as relações entre os sujeitos das práticas, entendendo-as como relações de poder e, nas quais, se

conectam poder / saber. E, ainda, focaram as relações do sujeito consigo mesmo, nas quais tecnologias do eu constituem a experiência de si da/o enfermeira/o.

Os instrumentos buscaram apreender estes focos e, nestes, indagar das modalidades concretas de dispositivos de produção e mediação da experiência de si, observando a racionalidade de sua operação. Desta forma, interessou-nos as práticas assistenciais em sua **materialidade discursiva** - os discursos observados ou documentados, produzidos ou não por enfermeiros; e sua **materialidade não discursiva** - imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador²², tais como formas, organizações, disposições, relações, procedimentos, técnicas e demais execuções.

O *corpus* de análise se constituiu através da observação e da seleção / leitura de todo um corpo documentário das práticas nesta UTI, constituído por manuais operacionais e por registros produzidos pelos agentes.

Realizamos a **observação** direta das/os enfermeiras/os no exercício de suas práticas assistenciais em saúde, num total de 21 observações, sendo 13 no período matutino e 9 no período vespertino. Nestas observações a permanência em campo variou de 1 hora a 03:30 horas, com uma média de 2 horas de permanência em trabalho de campo.

Todas as observações foram transcritas no **diário de campo**. Considerado método de documentação, o diário permite selecionar, descrever e analisar o *corpus* de análise, assim como detalhar o procedimento metodológico do trabalho de campo²³. O diário de campo foi composto de identificação do cenário (data, horário de início e final da observação, local, contexto e pessoas observados); descrição de caso (práticas, procedimentos, relações,

²² Nos registros e manuais da UTI uma materialidade não discursiva se revela, tal como uma certa disposição espaço temporal destes documentos na UTI e, no próprio documento, uma certa disposição dos diversos discursos produzidos, tal como o espaço destinado aos registros do médico e dos demais agentes no prontuário do paciente. (Diário de campo 12, 15, 16, 19, 20)

²³ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1996.

discursos, narrativas contidos num caso exemplar da prática); e notas reflexivas da pesquisadora relativas ao método, referencial teórico e considerações pessoais²⁴.

Nesta observação, o papel da pesquisadora foi, não tanto de participação na vida cotidiana do grupo²⁵, mas de estranhamento através do qual fosse possível indagar de práticas que nos constituem profundamente que nem as percebemos mais como aprendidas; ou seja, a partir da metáfora do olhar estrangeiro. Com base em Foucault, Meyer (2000)²⁶ afirma ser necessário exercitar “[...] o olhar estrangeiro que, por ser estrangeiro, ainda é capaz de exercitar o estranhamento, a perplexidade e a descoberta diante do próprio saber/fazer...”.

Na observação, priorizamos as situações em que as/os enfermeiras/os realizavam práticas assistenciais e buscamos selecionar o que inicialmente designamos **casos exemplares**²⁷ que pudessem abrir vias de acesso à racionalidade dos dispositivos de produção e mediação da experiência de ser enfermeira/o.

No cenário a pesquisadora procurou estar atenta a estes modelos de racionalidade e aos discursos; desta forma, buscou tanto observar como se comunicar com os sujeitos da pesquisa, recolhendo discursos e narrativas do contexto da interação que pudessem servir à compreensão da racionalidade de operação da prática.

Gore (2002)²⁸ utiliza o termo discurso tal como usado por Foucault e pelos pós-estruturalistas, sendo seu foco no conteúdo e no contexto da linguagem, e não na estrutura da linguagem, tal como usado na lingüística. Meyer (2001)²⁹ afirma que, neste campo teórico, a linguagem é trabalhada como o lugar em que se produzem os sentidos que compartilhamos na

²⁴ Apêndice F.

²⁵ O Participante-como-Observador deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo e participa, através da observação informal, da vivência e das rotinas cotidianas. In: MINAYO, 1996.

²⁶ Op. cit, p.36.

²⁷ Esta designação teve como fonte de inspiração a seleção de lições, ou “[...] acontecimentos que sintetizam significados importantes da terapia intensiva na contemporaneidade”, no estudo de Vargas (2002, p.11). Nos casos exemplares, as regularidades são demonstradas nestas práticas.

²⁸ Op. cit

²⁹ Op. cit, p.29.

cultura, sendo que “todas as práticas de significação e os processos simbólicos através dos quais os significados são construídos envolvem relações de poder [...]”.

Assim sendo, o discurso invoca noções particulares de verdade, define ações e eventos que são plausíveis, justificados ou racionalizados num dado campo. Desta forma, entendemos que aos discursos conectam, irremediavelmente, saberes, poderes e práticas.

A narrativa se constitui como modo de discurso da experiência temporal de si e, tal como o discurso, segue certa estruturação que pré-existe ao eu que o sujeito conta a si mesmo, pois:

Cada pessoa se encontra já imersa em estruturas narrativas que lhe pré-existem e em função das quais constrói e organiza de um modo particular sua experiência, impõe-lhe um significado. Por isso, a narrativa não é o lugar de irrupção da subjetividade, da experiência de si, mas a modalidade discursiva que estabelece tanto a posição do sujeito que fala (o narrador) quanto as regras de sua própria inserção no interior de uma trama (o personagem)³⁰.

Desta forma, a observação teve como objetivo a descrição de práticas, procedimentos, relações, discursos e narrativas contidos em casos exemplares da prática assistencial.

Nas práticas discursivas interessou-nos a narrativa; contudo, esta teve pouca expressão no *corpus* de análise, pois é sob o domínio da Clínica que os discursos são produzidos. No trabalho de campo as falas, os diálogos, os registros se atentam e se fecham em torno das práticas sobre o corpo, produzidos por saberes instrumentais altamente tecnificados³¹ - os saberes Clínicos; talvez pela demanda e premência das práticas sobre os corpos na UTI, talvez pela forma como o trabalho é organizado e distribuído, talvez pelo modo como se relacionam corpos, trabalhadores e tecnologias neste espaço/tempo altamente especializado.

Talvez a narrativa, como modalidade discursiva essencial para a construção temporal da experiência de si, fosse mais bem explorada através da entrevista.

³⁰ LARROSA, 2002, p.70.

³¹ Diferentemente de nossa pesquisa anterior de mestrado, na qual a observação de outros cenários da assistência possibilitou a apreensão e análise de discursos e narrativas constituídos por histórias afetivas, conteúdos sensíveis dos sujeitos, dentre outros.

Julgamos que o caso exemplar pudesse retratar a racionalidade a partir da qual se possa teorizar; ou, através de como o sujeito opera em sua prática, pudéssemos alcançar como as práticas operam no modo de ser do sujeito. Frente ao caso exemplar buscamos indagar: que dispositivos de produção e mediação da experiência de si estão presentes? Quais as dimensões destes dispositivos? Quais as modalidades concretas de mecanismos nas quais se efetivam estes dispositivos?

Estes casos exemplares foram selecionados tanto através da observação – e designados, então, **cenar do trabalho da/o enfermeira/o na UTI**; como através da leitura dos elementos discursivos produzidos pelas/os enfermeiras/os nos diversos registros que realiza cotidianamente – e designados **registros exemplares das práticas na UTI**.

Consideramos que estas cenas e registros pudessem exemplificar a prática da/o enfermeira/o, entendendo-os como descrições de *como as coisas acontecem*. Também foram considerados casos exemplares os **casos dissonantes** - aqueles que fogem à normalidade ou regularidade das condutas e são, geralmente, alvo de sanções normalizadoras pelos agentes das práticas; os casos dissonantes foram especialmente analisados neste sentido, por fugirem às regularidades e às regras, e por serem alvo de mecanismos de poder.

A observação foi complementada pela seleção e leitura de todo um corpo documentário das práticas nesta UTI, constituído por manuais operacionais e por registros produzidos pelos agentes.

Manuais operacionais são produções e/ou documentos que contêm saberes operadores das práticas e discriminam, em geral, *os passos a serem seguidos*. Foram categorizados por nós como: manuais de operação de equipamentos médico-hospitalares da UTI Adulto, manuais de procedimentos da assistência, materiais instrucionais e materiais da organização do serviço. Apresentam-se como protocolos assistenciais, normas, rotinas,

manuais de procedimentos, impressos de uso das/os enfermeiras/os e, alguns, de preenchimento exclusivamente médico.

Devido ao volume de material encontrado, analisamos especialmente alguns manuais operacionais³² utilizados pela enfermagem na UTI, sendo eles: manual do operador AK 200 S Máquina de Hemodiálise, manual básico de normas para procedimentos de enfermagem na área de UTI adulto, material pedagógico de capacitação em Nefrologia, manual de cuidados com equipamentos, manual de coleta (urina, sangue e secreção) e manual de cuidados com paciente em nutrição enteral. Além destes, foram consultados o projeto da UTI e os diversos ofícios que tramitaram pela Gerência de Enfermagem no período de planejamento, estruturação e implantação da UTI / HUJM; e, também, os impressos do prontuário do paciente de débito de monitorização e gases, balanço hídrico / sinais vitais, cuidados especiais - todos de uso diário da enfermagem.

Consultamos, ainda, alguns manuais operacionais utilizados pelo médico na UTI: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, protocolo de nutrição parenteral total, protocolo de padronização de drogas, procedimento operacional na transfusão e reações transfusionais, solicitação de transfusão de rotina e emergências. E, também, os impressos do prontuário do paciente de preenchimento exclusivamente médico: autorização de procedimento de alta complexidade / hemoterapia / solicitação de transfusão, requisição de exames de ultra-sonografia, relatório de operação, prescrição de solução para nutrição parenteral, folha de evolução de exames, requisição de exames laboratoriais (bacteriologia, bioquímica / hormônios, gasometria / Líquor, hematologia) e prescrição diária; todos estes com foco nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos sobre os corpos, fundamentados na Clínica.

³² No apêndice G está a lista dos elementos discursivos das práticas, na forma de manuais, utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Julio Muller.

A observação foi complementada, ainda, pela seleção e leitura dos elementos discursivos produzidos pelas/os enfermeiras/os na forma de **registros**³³ realizados cotidianamente em diversos locais. Foram analisados os registros do livro de ata de reuniões 2003 (contendo duas atas), livro de intercorrências administrativas 2004 (relativo ao período de 23/03/04 a 21/06/2004) e livro de intercorrências 2003 (relativo ao período de 14/12/2003 a 18/05/2004).

Detivemo-nos especialmente no **Livro de Intercorrências 2003** (LI). Trata-se de um livro ata, numerado de 01 a 100, com destinação específica de registro de intercorrências da UTI. Nele são elaborados registros discriminando cada período (manha, tarde e noite), segundo a escala de trabalho / plantões do hospital, a cada dia, pela/o enfermeira/o do período.

Contém registros cobrindo um total de 158 dias em 98 páginas, sendo que cada registro ocupa, geralmente, metade à uma página do livro.

Do total de dias, realizamos a análise de 359 registros distribuídos pelo período matutino (99 registros), vespertino (88 registros), diurno – relativo ao plantão de 12 horas (43 registros) e noturno (129 registros). Considerando a escala de trabalho, 57 períodos não tinham registro.

A maioria dos registros (324) continha a identificação do autor (assinatura e/ou carimbo profissional)³⁴, alguns (18) estavam sem qualquer identificação e outros (17) estavam com a assinatura ilegível. Do total de registros em que a autoria foi identificada, somente 1 registro foi realizado por médico, 6 por acadêmica/o de enfermagem e 1 por secretário da unidade. Somam 14 as/os enfermeiras/os autoras/es dos registros, sendo que 6 são autoras/es de 1 a 3 registros e as/os demais são responsáveis, cada qual, por 4, 13, 17, 28, 41, 54, 70 e 102 registros.

³³ No apêndice H está a lista dos elementos discursivos das praticas, na forma de registros, utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Julio Muller.

³⁴ Destes, 18 registros são assinados por duas pessoas.

Os componentes básicos registrados neste livro são relativos a presença de funcionárias/os e acadêmicas/os no período, a cada leito / paciente, as providências relacionadas à organização do serviço realizadas ou não, aos treinamentos e reuniões; sendo que o foco principal dos registros são as práticas de leitura do corpo e as práticas de intervenção sobre o corpo/máquina³⁵.

Também realizamos a leitura de um **Prontuário do Paciente** atendido na UTI adulto do HUJM contendo impressos de prescrição diária (terapêuticas e relatórios de enfermagem), débito de monitorização e gases, autorização de procedimento de alta complexidade / hemoterapia / solicitação de transfusão, evolução e balanço hídrico / sinais vitais, num total de 42 páginas de registro analisadas. Deste total, 10 páginas foram de evoluções relativas ao período de 04/05/04 a 12/06/04, num total de 43 evoluções sendo, em geral, 4 por página. Do total de evoluções, 1 foi assinada por acadêmica de enfermagem, 34 foram assinadas por enfermeira/o, 4 trazem a assinatura ilegível e em 3 não há a assinatura da/o autora/or – embora sem autoria, sabemos que o registro de evolução é, obrigatoriamente, de preenchimento da/o enfermeira/o neste hospital.

Analizamos, também, os registros produzidos por médicas/os no **Livro de registro de presença sessão UTI Adulto** (contendo apenas dois registros de reuniões).

Os registros realizados por enfermeiras/os foram considerados descrições das práticas profissionais na UTI. Eles podem ser tanto simples, sucintos como complexos, não necessariamente completos; e são entendidos não tanto como a tradução das práticas, mas como a expressão de modos de atuar dos sujeitos no dia-a-dia da UTI.

³⁵ Exceto no período em que a UTI esteve sem pacientes (de 13/04/04 a 04/05/04), ocasião em que o foco dos registros foram as práticas subsidiárias: a gestão das tecnologias/máquinas da assistência, o controle de patrimônio, a gestão da desinfecção da unidade, o controle de escala e os treinamentos realizados.

Tratamento e análise do material empírico

A leitura e tratamento do corpus de análise foi iniciada pelos registros produzidos por enfermeiras/os, seguida da análise dos diários de campo e da leitura atenta dos diversos manuais que orientam a prática assistencial na UTI.

No decorrer do tratamento do *corpus* de análise pudemos perceber a consistência da materialidade das práticas assistenciais nos registros realizados por enfermeiras/os na UTI adulto. Assim, estes registros se tornaram prioritários para a análise dos modos de operar dos sujeitos, dos saberes operadores de suas práticas e de suas relações – especialmente dos modos de marcar o lugar de cada um no hospital. Desta forma, estes registros tornaram-se a parte mais expressiva de nosso *corpus* de análise, complementado pelo trabalho de observação - embora as cenas do trabalho cotidiano se apresentem de imediato mais completas na observação, do que nos *flashes* das práticas documentados nos registros.

Numa primeira leitura, nosso foco esteve nas regularidades – nos casos exemplares; posteriormente, na revisão do texto, esteve nas dissonâncias e, nestas, nas sanções normalizadoras, nos saberes e práticas *menores*; também esteve nas brechas e nas outras expressões possíveis, pois o cuidado (como prática e saber) se apresentou descentrado em todo texto.

Cenas do trabalho e registros exemplares selecionados foram transcritos em arquivo *word* como textos a serem analisados.

Numa primeira etapa da análise deste *corpus*, procuramos observar como as/os enfermeiras/os descrevem as práticas que registram - os relatos constituem-se de descrições detidas e detalhadas. Procuramos, também, observar como descrevem as relações entre os sujeitos das práticas.

Da análise destas descrições surgiram os mapas iniciais que formam o que entendemos ser uma **primeira grade**³⁶ de pesquisa denominada *Descrições das práticas*, na qual os *modos* das práticas são demonstrados.

Esta primeira grade categorizou o material discursivo em: práticas sobre o corpo, constituídas de práticas de leitura do corpo e práticas de intervenção sobre o corpo; e práticas subsidiárias – aquelas necessárias para que as práticas sobre o corpo aconteçam. O *corpus* de análise foi categorizado nesta primeira grade em:

- **A leitura do corpo na UTI:** detalhes do corpo físico, os especialistas em leitura do corpo, as tecnologias (médicas) de leitura do corpo (os exames médicos laboratoriais).
- **A intervenção sobre o corpo/máquina da UTI:** detalhes das intervenções, os especialistas em intervenção sobre o corpo.
- **Práticas subsidiárias:** detalhes dos procedimentos relacionados aos movimentos do plantão, procedimentos indiretamente relacionados à assistência, procedimentos administrativos.

O foco primeiro (mas não único) das práticas que nos interessou analisar mais detidamente foram as práticas sobre o corpo da UTI, dado nossos interesses, o volume de material empírico coletado e a necessária profundidade na discussão dos saberes operadores das práticas, embora nossos relatos também abarquem as práticas que denominamos subsidiárias, muito presentes nos registros, também exemplares da experiência da/o enfermeira/o e também contendo dispositivos de constituição da experiência de si. Contudo, estas práticas subsidiárias abarcam saberes específicos, os quais não pretendemos nos demoradamente. E considerando, também, é o corpo doente a razão de ser e o grande objeto das práticas no hospital. Falamos em corpo doente, pois é sobre este que se constituiu (se

³⁶ *Grade* está no sentido de uma armação teórica (produzida por abstração) destinada a demonstrar formas, disposições, relações daquilo que foi *desterroado* (desterroar é tirar terra, utilizado aqui no sentido figurado do trabalho do arqueólogo).

constitui) e se organizou (se organiza) o hospital tal como o conhecemos³⁷. As práticas sobre um corpo *sadio* são secundárias no hospital e a prioridade em certos setores é, quase exclusivamente, a cura e reabilitação do corpo doente, tal como na UTI.

O corpo doente é tão central no trabalho hospitalar que sem ele haveríamos de indagar que outras práticas sobre o corpo se constituiriam? Haveria medicina, enfermagem, psicologia, nutrição? Haveria o hospital?

O corpo doente a que nos referimos é quase sempre um corpo/máquina, tal é a especialização do saber/fazer médico e a complexificação das tecnologias que apreendem este corpo na UTI realizando leituras e intervenções sobre o mesmo.

Mas continuando nossa descrição metodológica, sob esta primeira grade de pesquisa realizamos uma releitura das descrições, agora estando atentos aos mecanismos, às táticas, às estratégias e aos dispositivos de produção e mediação da experiência de si contidos na casualidade das mesmas.

Se a primeira grade de pesquisa é composta de descrições, uma **segunda grade** surge sob a primeira, produto da indagação dos *procedimentos* contidos nas práticas, composta das unidades analíticas:

- **Exercícios diários:** o domínio da forma, o domínio do discurso.
- **As relações (de poder) entre os sujeitos:** as designações ou o ato de nomear, o reforço da normatização e normalização da conduta, a demarcação dos papéis e hierarquias.

Exemplificando nosso procedimento, das *descrições das práticas*, especialmente em *os especialistas em leitura do corpo* e *os especialistas em intervenção sobre o corpo*, destacam-se procedimentos de efetivação do poder entre os sujeitos das práticas: as designações ou o ato de nomear, a normatização e normalização da conduta, a demarcação

³⁷ Em *Microfísica do poder*, Foucault (2003a) relaciona a organização dos corpos na sociedade e a constituição do hospital.

dos papéis / hierarquias. Das descrições das *práticas de leituras do corpo* e das *práticas de intervenção sobre o corpo*, constitui-se a categoria *Exercícios diários de apreensão de uma certa linguagem*.

Se nosso foco inicial foi sobre as práticas e, nestas, o *como as coisas acontecem*, seguido dos *procedimentos que constituem as coisas tal como elas se dão*; neste momento – considerado por nós *mais genealógico*, lançamos novamente nosso olhar sob as grades de pesquisa (e, na materialidade das práticas, das relações de poder entre os sujeitos, das relações do sujeito consigo mesmo) buscamos indagar: nas práticas, os saberes operadores; nas relações do sujeito com o outro, as conexões poder/saber; nas relações do sujeito consigo mesmo, as tecnologias do eu que constituem a experiência de si³⁸.

Nada mais que uma tentativa, através do caminho *foucaultiano*, de apresentar uma ontologia histórica de nós mesmas/os, enfermeiras/os. Ontologia constituída como sujeitos do conhecimento, nos dispositivos e epistemes; e como sujeitos que agem sobre os outros e sobre si mesmos, ou seja, como sujeitos morais.

Destas indagações apresentamos as **unidades analíticas** que serão discutidas em nossa pesquisa:

1. Nas práticas diárias e saberes operadores, o desenvolvimento de competências em torno da objetividade do corpo da clínica: a enfermagem como extensão do olho e do braço médico;
2. Exercícios diários de apreensão de uma certa linguagem...;
3. Nas relações (de poder) entre os sujeitos das práticas se marca o lugar de si mesmo em relação ao outro;

³⁸ No Apêndice I apresentamos a os procedimentos metodológicos de pesquisa – no trabalho de campo e na análise do material empírico.

4. Nas praticas / saberes / poderes / relações, os dispositivos de produção e mediação da experiência do eu profissional mostram sua materialidade e descrevem que experiência de si – ser enfermeira/o, é produzida, e como é produzida.

Exemplificando nosso procedimento, da indagação da ontologia histórica de nós mesmas/os *como sujeitos que agem sobre os outros*, rastreamos processos que marcam o lugar de cada um e, especialmente, o lugar de si mesmo em relação ao outro; que definem o eu profissional com base na relação saber/poder e, desta forma, são consideradas tecnologias do eu profissional.

A questão primária formulada foi: *Como se marca o lugar de cada um e de si mesmo em relação ao outro*; e produziu a categoria *nas relações (de poder) entre os sujeitos das práticas, se marca o lugar de si mesmo em relação ao outro*. Continuando nesta mesma categoria, e a partir de formulações sugeridas pelas grades de pesquisa, indagamos: como se marca, se limita e se defende um território? Como se realiza o reforço do ato médico especializado na UTI? Como se efetivam as condutas na UTI? Como se personalizam os atos na UTI? Estas indagações indicaram o fechamento de campo na formulação de competências, o reforço do ato especializado, a normatização e normalização da conduta, o ato de nomear³⁹.

³⁹ Embora se chegue a estas unidades analíticas por processos de abstração (grades), reforçamos que estas abstrações são encontradas na materialidade das práticas descritas por enfermeiras/os – lembramos que as pessoas têm seus espaços demarcados no hospital, e os registros trazem estas demarcações em sua materialidade discursiva.

ÉTICA NA PESQUISA

Na condução da pesquisa, realizamos contato preliminar com a Gerência de Enfermagem (GE) do hospital solicitando o campo de pesquisa, acompanhado do projeto aprovado em exame de qualificação e currículo da pesquisadora. Em atendimento à Resolução CNS 196/96, o projeto de pesquisa foi, em seguida, submetido à apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sendo aprovado em 12 de maio de 2004⁴⁰.

Após esta aprovação, e tendo a ciência e o aceite da Gerência de Enfermagem, apresentamos nossa proposta à coordenadora de enfermagem da UTI, obtendo sua colaboração para o trabalho de pesquisa na unidade.

Seguimos os passos metodológicos na entrada do campo e procuramos respeitar as normas e hierarquias da instituição, cooperando sempre que foi necessário.

A pesquisa não ofereceu riscos à saúde da/o trabalhadora/or, pois implicou somente em observação de práticas, discursos e narrativas; contudo, foram necessários alguns cuidados frente ao possível desconforto decorrente da presença da pesquisadora em campo: a condução do trabalho de campo foi realizada com a máxima discrição possível durante o processo de trabalho hospitalar; procuramos respeitar a vontade da/o trabalhadora/o em participar da pesquisa através da narrativa de suas experiências, esclarecendo que esta participação seria voluntária e que caso não desejasse participar em qualquer momento, isto não acarretaria qualquer tipo de penalidade; procuramos estabelecer uma relação respeitosa, observando e dialogando com as/os trabalhadoras/es através de uma atitude cordial e evitando qualquer tipo

⁴⁰ Conforme consta no Anexo.

de constrangimento; garantimos que suas individualidades seriam preservadas e mantidas em sigilo e esclarecemos que apenas informações consolidadas serão divulgadas e ninguém, além das pesquisadoras, terá acesso aos nomes dos participantes da pesquisa; garantimos a/o trabalhadora/o o direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com a pesquisadora principal⁴¹.

⁴¹ Conforme Apêndice J – Termo de consentimento livre e esclarecido

6. UNIDADES ANALÍTICAS DE PESQUISA

ALGUMAS CENAS DO TRABALHO DA(O) ENFERMEIRA(O) NA UTI

Na abertura dos capítulos que trazem as unidades analíticas da nossa pesquisa, apresentamos ao leitor deste relatório alguns *flashes* do cenário da UTI e duas cenas do trabalho da/o enfermeira/o. Consideramos que esta apresentação possa exemplificar, ao leitor, as práticas assistenciais da/o enfermeira/o, pois são descrições de *como as coisas acontecem* e dos modos peculiares de operação dos agentes destas práticas. Estas cenas foram selecionadas dos diários de campo de observação.

Ao longo do texto das unidades analíticas, também são apresentados algumas cenas e registros exemplares das práticas na UTI - elementos disursivos produzidos pelas/os enfermeiras/os a partir dos quais nossa análise se constituiu.

A apresentação de cenários, cenas e registros exemplares é inspirada em Vargas (2002)¹ que utilizou deste recurso com o objetivo de trazer, ao leitor, a materialidade do contexto da terapia intensiva para o seu texto escrito.

Cenário

O primeiro impacto ao entrar na UTI são os sons de alarme constantes, os estímulos visuais eletrônicos contínuos, as roupagens específicas dos agentes e as máquinas por toda parte... Contabilizamos: uma máquina de hemodiálise Gambro AK 200 S. Oito monitores multiparamétrico Biomédica DX 2010 com módulos de ECG² / Respiração / Temperatura (ERT), Oximetria de Pulso (SpO₂), Pressão Arterial Não Invasiva (NIBP), Capnografia (ETCO₂), Débito Cardíaco (CO), Pressão Invasiva (IBP) sendo que a Central de Monitorização Fisiológica não é utilizada. Um monitor multiparamétrico Biomédica DX 2021 com módulos Débito Cardíaco (CO), ECG 12D, Oximetria de Pulso (SPO₂), Pressão Arterial

¹ Op. cit.

² Nas cenas e nos registros exemplares o uso de abreviaturas é proposital, pois mostra a apreensão da codificação da linguagem na UTI.

Não Invasiva (NIBP), Pressão Invasiva (IBP). Um Oxímetro de pulso Dixtal 2405. Oito respiradores Servo Ventilador Monterey Takaoka. Um desfibrilador. Um eletrocardiógrafo Drake. Glicosímetro. Marcapasso externo EDP-20 Biotronic. Um carrinho de emergência Biomaster. Refletores parabólicos (foco). Balança de leito Molift que não está em uso. Balança eletrônica para pesar pessoas Toledo. Compressores e aspiradores Fanem e Takaoka. Ambú Fanem. Diversas bombas de infusão enteral B. Braun, Support, Compat e Abbott. Analisador de gases sanguíneos Chiron que está sem uso por falta de insumos. Polígrafo de beira de leito 21 canais que está sem uso por falta de especialista e seu manual estar sem tradução, em alemão. A enfermagem opera tecnologias/máquinas para procedimentos diversos como acesso venoso, gastro intestinal, urinário, de via aérea, materiais para curativo... Estas tecnologias/máquinas são organizadas na forma de Kits de procedimentos técnicos: SV alívio, SNG/SNE, Preparo de corpo, Drenagem torácica, Drenagem de abscesso (realizada fora da UTI), Punção de Subclávia (consumo médio de 3 punções/dia), Cateterismo vesical, Paracentese ou toracocentese, Dissecção venosa adulto, Aspiração de vias aéreas, Punção lombar adulto, Grande curativo com lavagem de cavidade e ou desbridamento de necrose, Cateterismo vesical para irrigação contínua. Também são organizados kits de materiais de consumo regular: manutenção carrinho emergência, medicação SOS, medicação analgésica, medicação antibiótica, insulina, dextrostix. O paciente está no meio de toda esta parafernália. A unidade do paciente é o seu leito e suas diversas bancadas de suporte de equipamentos, com diversas saídas de ar comprimido e oxigênio, seu monitor multiparamétrico e outros, seu ventilador Montirey Takaoka e as diversas bombas de infusão de medicamentos, além da bomba de infusão de nutrição enteral.

Algumas cenas do trabalho da/o enfermeira/o na UTI

Cena 1.

Enfermeiro Y substituído por enfermeira X. Durante passagem do plantão é solicitado procedimento médico. Enfermeira diz que está preparado material desde o início do plantão e que somente agora – na passagem, resolvem realizar. Fala que aguardem. Enfermeira X passa plantão somente para a enfermeira W e duas acadêmicas de enfermagem, leito por leito; faz uma avaliação visual de cada paciente, assim como daquilo que está conectado nele – nutrição enteral que encerrou, despreza. Como se fosse uma última checagem. Não segue um roteiro específico, mas detalha muitas informações de cada paciente, incluindo: patologia, motivo de internação, procedência, procedimentos médicos realizados ou em realização, procedimentos médicos em aguardo (quatro pacientes aguardam visita do neurologista para dar parecer), medicamentos em uso, oscilações de parâmetros vitais (SSVV, débito urinário), resultados de exames, respostas do paciente à terapêutica, intercorrências no período. Enfermeira X comenta com a enfermeira W sobre medicação de sedação – informa que o hospital somente tem ampolas de x mg, sendo necessário uma quantidade maior. Enfermeira W comenta sobre sua experiência com esta medicação – quantidade usual de administração é grande. Enfermeira X diz da padronização destas drogas pela medicina aqui e em outros locais, incluindo o hospital X. A enfermeira W diz ter trabalhado na UTI do hospital X – embora faça algum tempo. Durante passagem de plantão da enfermagem ocorre, paralelamente, a passagem de plantão entre os dois médicos plantonistas. Enfermeira W indaga sobre as rotinas do setor, especificamente sobre a distribuição de paciente por funcionário. Enfermeira W diz que eles estão acostumados, estão desde o início da UTI e conhecem bem a rotina; diz que qualquer dúvida é só perguntar para eles e coloca-se, também, à disposição através do seu telefone. Funcionários realizando sorteio entre eles para ver “quem cuida de quem”. Durante passagem de plantão cartaz afixado à cabeceira do leito 4: “favor comunicar a paciente a cada procedimento”. Comentários da enfermeira X no sentido de que sempre conversa com

paciente, mesmo em coma, “quanto mais se está acordado”; e diz que o cartaz dá a entender que a enfermagem age sem ter este cuidado. Contudo, diz que não retirou o cartaz por entender que seria pior, pois foi autorizado pelo enfermeiro do outro período. Enfermeira X realiza ainda recomendações diversas saindo do plantão: pilhas necessárias ao laringoscópio – cobra do secretário e avisa a enfermeira W; cuidados para uma paciente não aspirar. Enfermeira W comenta sobre sentir bastante diferença entre hospital público e privado. Também sobre atuar com pacientes adultos e neonatal; este segundo, com minúcias e detalhes. (Diário de campo 19)

Cena 2.

UTI com oito pacientes, sendo sete em VM e um em Macronebulizador. Procedimentos médicos na unidade: punção de subclávia e de jugular sem êxito. Posto de enfermagem com muitos materiais espalhados. Enfermeira se detém nos prontuários de paciente conferindo prescrições e abrindo os horários de medicação. Técnicos de enfermagem empenhados em cuidados de rotina de banho, curativos e posicionamento de paciente. Sensores de pacientes disparam freqüentemente, alguns são checados após um período insistente de alarme, pelo enfermeiro e técnicos. Fisioterapeuta auxilia técnicos de enfermagem a reposicionar paciente no leito. Paciente consciente sendo feito procedimento médico. Após o procedimento, foi deixada descoberta. Ela mesma ajeita sua macronebulização, sua sonda e bolsa coletora (SNG). Reposicionado sensores de monitor pela TE. Toca alarme, TE reposiciona sensor de oxímetro. Leito 3, convulsões no paciente. Enfermeira informa convulsões freqüentes pela manhã ao ser indagada pela enfermeira da CCIH. E que administraram várias vezes diazepam no período. Pede para secretário da clínica agilizar tomografia. Informa TE que cuida do paciente deste leito que “entrou com tiopental” em BI. Secretário retorna à UTI para solicitar complementação do pedido de tomografia pelo médico. (Diário de campo 20)

APRESENTAÇÃO

Nas práticas, saberes, poderes e relações, os dispositivos de produção e mediação da experiência do eu profissional mostram sua materialidade. Desta forma, na pesquisa pudemos evidenciar e analisar algumas **modalidades concretas de mecanismos** nos quais se efetivam estes dispositivos; ou os **repertórios nos quais se prescrevem modos de ser e fazer da(o) enfermeira(o)**: as próprias práticas diárias de leitura do corpo e de intervenção sobre o corpo; a produção do texto pelos agentes das práticas (as/os enfermeiras/os), na forma de registros diários em livros, evoluções e anotações nos prontuários dos pacientes; os treinamentos e

reuniões, formais e informais, tais como os estudos clínicos médicos e a passagem de plantão; os elementos discursivos contendo saberes operadores das práticas, nos diversos manuais operacionais utilizados na UTI.

Algumas práticas explicitamente de ensino foram registradas na UTI, na forma de alguns poucos treinamentos dirigidos aos agentes de enfermagem; e foram também analisadas em termos de dispositivos presentes. Estes treinamentos são sempre registrados como oportunidades de rememoração das práticas; neles, são buscados os saberes operadores para fundamentação das ações, com atenção às falhas observadas no dia-a-dia de trabalho, correções das mesmas e estabelecimento do compromisso de realização das práticas no modo correto, conforme são revisadas.

Manuais e protocolos assistenciais são estudados por Vargas (2002)³ e considerados importantes elementos uniformizadores das ações no contexto da terapia intensiva, constituindo-se em importantes recursos pedagógicos de produção e transmissão de conhecimentos e saberes na UTI. São considerados e nomeados, pelo autor, materiais pedagógicos.

Em nosso estudo, também analisamos os diversos manuais operacionais - materialidade discursiva das práticas, contendo seus saberes operadores; mas, considerados *modelos* destas práticas e saberes. Neste sentido, foram complementares à análise dos registros produzidos por enfermeiras(os), considerados expressões mais próximas dos modos de se efetivarem os saberes e práticas na UTI, sem com isto desconsiderarmos que, na sua produção, também são feitas aproximações aos modelos idealizados pelos agentes, também são realizados arranjos ao que é possível e permitido descrever, pois *o texto* é sempre produzido dentro de todo um campo de “[...] regras de expressão e censura do significado

³ Op. cit.

[...]”⁴. Nestas descrições, consideramos que as práticas e saberes operadores se revelam mais próximas do campo das possibilidades do real.

Os manuais contêm, também, elementos que marcam o lugar de cada um na UTI, e o lugar do enfermeira(o) em relação ao seu outro, na delimitação de condutas e competências, constituindo-se, de certa forma, em mecanismo formal desta demarcação, pois foram considerados, como corpo de análise, os manuais produzidos pela instituição; e contém, ainda, elementos a serem apreendidos pelo sujeito do conhecimento, pois trazem uma determinada forma e discurso de linguagem a ser lida e, neste processo, (res)significada pela(o) enfermeira(o).

Bastante peculiar das modalidades concretas de mecanismos, nos quais se efetivam os dispositivos de produção e mediação da experiência de si do profissional, é a *produção do texto* por enfermeiras(os), especificamente os registros no Livro de intercorrências 2003.

Este livro apresenta a prática assistencial em sua materialidade discursiva, contendo elementos discursivos produzidos por determinado agente – a(o) enfermeira(o). Interessa, especialmente, que nele está aquilo que a(o) enfermeira(o) priorizou registrar relativo a cada paciente e a organização da UTI, e esta não é somente uma escolha pessoal, pois o sujeito vê, diz e escolhe dentro de todo um campo de visibilidade, de enunciabilidade e de juízo⁵.

Por isto, torna-se importante observar como as práticas são registradas e o que, das práticas, a(o) enfermeira(o) registra. O passo seguinte é indagar porque elegeu registrar determinadas práticas e não outras?

Nos registros produzidos neste livro, presumimos algumas finalidades de caráter administrativo e legal, relacionadas à assistência e à organização do serviço, como certa forma de organizar e dar continuidade à assistência nos registros de providências a serem tomadas. Mas, nestes registros presumimos, especialmente, uma finalidade que é prática/formativa

⁴ VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: COSA, Marisa Vorraber (org.). **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. 168p. p.23-38. p.31.

⁵ LARROSA, 2002.

da(o) enfermeira(o) e do serviço de enfermagem, como uma forma de prestar contas do que foi realizado, referendar os atos que realizou, demonstrar um certo domínio de competências, espelhar uma certa performance, prescrever modos de atuar e de ser da(o) enfermeira(o) e da enfermagem.

O Livro de intercorrências 2003 foi considerado *um grande diário* em que se rememora o que se passou, não de qualquer forma, mas seguindo uma pré-estruturação, constatada na monotonia do discurso e na regularidade da forma da linguagem; fixando procedimentos e, nisto, estruturando o presente e o futuro; orientando o domínio de competências necessárias à(ao) enfermeira(o), dentre outros.

Na produção dos textos se demonstra como, no processo mesmo de operação de um saber científico sobre o corpo, este modelo de verdade sobre o corpo segue constituindo o sujeito profissional, tanto quanto o corpo sob operação. Assim, a produção de texto mostra-se uma modalidade concreta de mecanismo no qual se efetivam dispositivos de produção e mediação da experiência de ser enfermeira(o), onde são acionadas, na pedagogia de sua produção, as dimensões ótica, discursiva, narrativa, jurídica e prática da experiência de ser enfermeira(o).

Os registros das(os) enfermeiras(os) nos dizem, também, de **práticas subsidiárias** – aquelas necessárias para que as práticas sobre o corpo se realizem. Em sua maioria, estas práticas são realizadas ou mediadas por enfermeiras(os).

Desta forma, as(os) enfermeiras(os) descrevem práticas focadas nos *movimentos do plantão*: a ocupação e a desocupação dos espaços e tempos da UTI; as entradas e saídas dos corpos da UTI; a estabilidade, a complexidade, as intercorrências e as tensões do plantão.

Descrevem *práticas relacionadas indiretamente à assistência*, especialmente os procedimentos relativos à aquisição, manutenção e operação dos equipamentos; práticas dirigidas à *equipe da assistência*, geralmente ao controle dos agentes da enfermagem; e,

ainda, práticas relativas à *organização do serviço*, focadas em procedimentos administrativos burocráticos. Contudo, é sobre as práticas sobre o corpo que priorizamos nossa análise.

6.1. NAS PRÁTICAS DIÁRIAS E SABERES OPERADORES, O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM TORNO DA OBJETIVIDADE DO CORPO (DA CLÍNICA)

Os dispositivos de produção e mediação da experiência de si não são visíveis na realidade no sentido de materializados numa certa estrutura; também não são operacionalizados no sentido de operados *de fora*, ou orquestrados com um dado fim. A eles somente se chega por uma mirada indireta, através de um olhar detido nas práticas da(o) enfermeira(o) da UTI.

Desta forma, apresentamos nosso ponto de partida - as **descrições das práticas** da(o) enfermeira(o) na UTI. O detalhamento destas descrições está colocado no capítulo seguinte deste trabalho, ilustrando a apreensão de um determinado discurso pela(o) enfermeira(o) e expressando, também, a dizibilidade do corpo na UTI. A dizibilidade guarda relação com a **visibilidade do corpo**, da qual tratamos agora.

Lembramos que as *descrições das práticas* constituiram os mapas iniciais de nossa pesquisa, fazem parte da nossa análise orientada pela questão: **como as(os) enfermeiras(os) descrevem as práticas na UTI?**

As descrições das(os) enfermeiras(os) nos dizem de práticas sobre o corpo e práticas subsidiárias à intervenção que se realiza sobre o corpo. Sobre o corpo, as(os) enfermeiras(os) descrevem práticas de leitura e práticas de intervenção.

6.1.1. PRÁTICAS DE LEITURA DO CORPO NO ESPAÇO E TEMPO DA UTI

Nas práticas de leitura do corpo na UTI, as(os) enfermeiras(os) seguem descrevendo um **corpo físico**, especialmente detalhado quanto às suas *funções orgânicas vitais*, segundo saberes da Fisiologia – entendida como estudo científico das funções orgânicas e dos

processos vitais dos seres vivos⁶; dentre estas funções orgânicas, é prioritária a descrição da *hemodinâmica* do corpo, compreendida pelos fenômenos mecânicos da circulação sanguínea.

As funções fisiológicas deste corpo também são apresentadas, mas num segundo plano.

Domingo (diurno) 14/12/2003...

Pacientes:

L.01 – Luzia – hiponatremia (reposto) bradicardia, normotensa.

L.02 – Rosa – hipocaliemia (reposta), taquicardia, hipertensão, febril.

L.03 – Ema – hipotensa (c/ nora) anúrica, irrigação vesical continua, deiscência de sutura.

L.04 – Janete – ansiedade / esforço respiratório, sedado em bolus, 1x evacuação intestinal semi-líquida.

L.05 – Beatriz – estabilidade hemodinâmica, náuseas, IC seca, úlcera varicosa MIE ^{c/ secreção purulenta}, hipocaliemia (resposto)... (LI 2003, p.1)⁷.

O corpo também é apresentado através de seus *parâmetros*, quantificados muitas vezes por máquinas de monitoramento (ou tecnologias/máquinas de monitoramento, abordadas mais adiante), através das quais são produzidas leituras instantâneas, em tempo real, do corpo. A monitorização básica em UTI abrange diversos parâmetros do corpo; estes parâmetros são constantemente descritos (e evoluídos) nos registros.

16/02/04 Vespertino...

Período s/ intercorrências, porém leito 2 – Renata Grave, hipotensa; edema 2+/4+ (cervical à coxo femoral E, ↑↑PVC, Oligoanúrica 200 ml/12h... (LI 2003, p.33).

São descritas leituras de *resultados de intervenções* sobre o corpo realizadas prioritariamente pelo agente médico na UTI, tais como entubação, punção de subclávia. E também reações do corpo às diversas intervenções – o corpo é lido detidamente em suas respostas; estas respostas são, prioritariamente, de um corpo hemodinâmico, de um corpo que elimina (fezes e urina), que respira, que se alimenta, que se recupera realizando hemostasia, reparando tecidos e funções.

Matutino 12/03/004...

⁶ UOL. **Dic Michaelis**. Versão: ajuda do Microsof Windowx 5.1.2600.0. [S.I]: Microsoft corporation, 2001. 1 CD-ROM.

⁷ LI é relativo ao Livro de Intercorrências 2003. Os pacientes são apresentados por nomes fictícios

Edno – PO de Laparotomia Exploradora (celulite extensa c/ início em flanco Direito, Anasarca, BC p e Pancreatite?; IC seca, dreno de penrose em flanco E com MQ secreção serosa amarelada, cateter em flanco D (parede) com irrigação 500ml aos curativos a céu aberto com gde qtidade de secreção purulenta. Realizado Toracocentese HTE com saída de 930ml de secreção serosa amarelada, encaminha. 03 amostra para laboratório... (LI 2003, p.48v).

O corpo também é lido em sua tradução médica, dada no *diagnóstico médico*. Deste corpo físico é descrito, quase sempre, o estado de alteração, sempre em contraponto à normalidade do corpo.

Matutino 07/01/004...

+ Jose – punção subclávia E

+ Valéria – Admitido as 12:30hs POI cesariana, Valvulopatia e Insuficiência Mitral e Insuf. Tricúspide e Hipertensão Arterial Pulmonar. (LI 2003, p.11v).

O corpo é descrito, ainda, em seus *estados*, segundo gradações de gravidade e segundo transição entre estabilidade e instabilidade, que definem sua regularidade.

21/01/04 – Matutino... Pacientes:

Mauro → grave estável; Rosa – segue sonolenta, aceitando pouco a dieta e começou a apresentar temperatura elevada; Lucas – grave estável; Maria → Gravíssima piorando segue apresentando picos hipertensivos apesar do uso contínuo de Nitroprussiato e arritmia cardíaca contínua; José Estável com períodos intermitentes de broncoespasmo e esforço respiratório. (LI 2003, p.20).

Embora sejam consideradas tecnologias médicas, os *exames médicos laboratoriais* são muito descritos nas práticas de leitura do corpo por enfermeira(o). E são eleitos os *especialistas em leitura do corpo* – sujeitos das práticas constantemente nomeados nos registros.

Matutino 26/03/004...

+ João (L01) – mantendo o quadro

+ Benta – (L02) – entubada, puncionado subclávia D, encaminhada para TC de crânio^{e TORAX}, aguardando Ecocardiograma, aguardando reavaliação da Neuro, as 13:05 hs colocado colírio Mydriacyl

+ Gonzaga – iniciar diurese de 24 hs, com pedido de USG do rim e vias urinárias setor verá se há possibilidade de fazer hoje, realizado ECG, Alteração ST, com pedido de CAT, com Nitroglicerina e Heparina BI, sem dor precordial, aguardando ECOCARDIOGRAMA (ANGINA INSTÁVEL);

+ Edno – avaliado pelo residente da Infectologia e pelo Nefrologista apresentou bradicardia MCPM, será transferido para UTI do Hospital Sta Helena final da Tarde (aguardando alta do pcte da UTI do Hosp Sta Helena) anúrico, será transf por não ter condições de Hemodiálise, Hipercalemia
 + Eliseu – alta da UTI
 OBS: - Dr X e Y (Neuro) avisado de avaliação
 - Deixado SOS Resgate de sobreaviso sobre transferência do paciente Edno
 - Laudo TC Benta pronto após 15:30hs, laudo verbal AVCH extenso...(LI 2003, p.61)

Nas práticas de leitura do corpo na UTI, as(os) enfermeiras(os) seguem descrevendo **um corpo que também é máquina.**

Corpo/máquina refere-se ao uso de ferramentas tecnológicas constituídas por máquinas, aplicadas ao corpo através de conexões que produzem e mantêm, na sua funcionabilidade, uma área de contato direto corpo/máquina.

As máquinas, na UTI, apresentam-se em sua maioria como dispositivos tecnológicos médicos, com finalidade de leitura do corpo ou de intervenção sobre o corpo. São nomeadas, por nós, tecnologias/máquinas, pois se referem às tecnologias duras (ou tecnologias equipamentos) na área da saúde, sem prescindir das tecnologias leves e das tecnologias leves-duras⁸ (ou saberes estruturados) através das quais são operadas. Assim, tecnologia/máquina se refere tanto à dimensão física ou material da máquina, como à dimensão saber/poder que a configura - o saber expressa sua materialidade tanto nos discursos como nos instrumentos.

Em geral, as tecnologias/máquinas fazem conexões com o corpo, seja monitorando-o, lendo-o ou intervindo sobre o mesmo - ajudando-o a realizar ou realizando suas funções, realizando trocas do corpo com o meio exterior, dentre outras funções. Tornam-se, nestas conexões corpo/máquina, parte da paisagem do corpo, mesmo que temporariamente, e são incluídas pela(o) enfermeira(o) nas práticas de leitura do corpo.

⁸ Segundo Merhy (2002, p.94), em sua atuação o médico utiliza-se de três tipos de valises: uma vinculada a sua mão, composta de ferramentas tecnológicas formadas por tecnologias duras; uma que está na sua cabeça, composta de saberes estruturados, especialmente a Clínica e a Epidemiologia, que operam os demais processos e expressam uma caixa formada por tecnologias leves-duras; e uma que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário, composta por tecnologias não-equipamentos, ou "...tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato", que permitem operar os processos relacionais e se expressam nas práticas que governam os atos produtivos. In: MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

22/01/04 Noturno...

L4 – Margô – Inconsciente c/ TOT + ventilação mecânica. Apresenta períodos em que ↓ a FC, c/ bigeminismo por períodos. Continua c/ Nípride. Às 6 hs apresentou movimento^{de cabeça}

L5 - José – Lúcido, dialogando em tom baixo, c/ NPT, traqueost. Em ventilação mecânica. (LI 2003, p.20v)

O número e o tipo de tecnologias/máquinas conectadas ao corpo fornece, à(ao) enfermeira(o), uma noção do estado de gravidade do corpo, assim como da demanda e complexidade da assistência requerida pelo corpo/máquina.

Nas práticas de leitura, diversas tecnologias/máquinas são descritas, pois estão conectadas ao corpo. Sobre elas, os registros são detalhados com informações da máquina, tais como nome, número, modelo, função, peças que a compõem, localização; detalhes da funcionabilidade da máquina, tais como permeabilidade, drenagem; detalhes da própria conexão corpo/máquina, dentre outros.

Observar que o nome da máquina indica sua forma, função e localização no corpo - dreno de tórax, por exemplo; e que, em geral, estas máquinas são de material diversificado segundo seu uso, são compostas de diversas partes, ou conjunto de peças, que se articulam entre si e têm um ponto determinado de contato ou conexão com o corpo – podendo ser sua pele ou outros tecidos orgânicos, orifícios e cavidades, naturais ou cirurgicamente instituídas.

A(o) enfermeira(o) registra, inclusive, a ausência de máquinas em conexão com o corpo, tais como motivo da não conexão corpo/máquina, conduta relacionada, dentre outros.

18/01/04 – Plantão Noturno – Domingo...

1. Elis – Persiste taquicardia c/ picos hipertensivos; 2. Rosa – transfundida conc. De hemácias; 3. Lucas – Melhora hemodinâmica e normoglicêmico; 4. Margo – grave, dorogas vasoativas + sedação, cianose extremidades ↑↑↑; Jose – hipertenso, taquicárdico, difícil rede venosa – perdeu a punção periférica, pelo edema MMSS, foi tentado puncionar subclávia “D” porém não foi possível provável fibrose, retirada NPT por ordem da Dra. X e prescrito SG à 10% para manter a glicemia; tentará amanhã realizar punção da subclávia / jugular ou dissecação venosa. (LI 2003, p.11-11v).

Nas práticas de leitura do corpo, as descrições realizadas por enfermeira(o) não são pontuais; antes, ela(e) segue realizando leituras relacionadas o tempo todo, compondo conjuntos de visibilidades do corpo que compõem noções de seus estados.

Desta forma, a noção de complexidade e gravidade do estado de determinado corpo é formulada na leitura de conjuntos de dimensões e parâmetros, através dos quais se pode avaliar determinadas funções orgânicas vitais. O balanço hídrico (BH), por exemplo, é um dos parâmetros que orientam a avaliação do estado hemodinâmico do corpo, além do estado do equilíbrio hídrico.

Nas práticas de leitura, quantificações e qualificações adquirem um mesmo peso na descrição do corpo em sua objetividade. Lembramos que, para Foucault (2004b, p.ix)⁹, “[...] o gesto preciso, mas sem medida, que abre para o olhar a plenitude das coisas concretas, com o esquadrihamento minucioso de suas qualidades, funda uma objetividade mais científica, para nós, do que as mediações instrumentais da quantidade”. assim, o corpo, em sua objetividade, é dado por qualificações, tanto como por quantificações.

Nas qualificações do corpo, a racionalidade médica oferece, à percepção, “[...] como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência”¹⁰. Desta forma, o domínio do olhar atento é aberto apenas às evidências dos conteúdos visíveis tornando-se, o olho, o depositário e, ao mesmo tempo, a fonte da clareza das coisas.

Nestas práticas de leitura, observa-se que as(os) enfermeiras(os) seguem registrando uma certa **visibilidade do corpo**, a partir da qual podemos observar **como o sujeito apreende o corpo em seu olhar** nas leituras que realiza.

É necessário indagar da visibilidade do corpo expressa nestas leituras. Ou, o que é visível do corpo, sendo objeto de sua leitura pelo sujeito?

⁹ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. 231p.

¹⁰ FOUCAULT, 2004b, p.x.

A visibilidade do corpo, ou este *o que* do corpo lido, é sua materialidade, quantificável em dimensões, parâmetros e escalas; e, também, qualificável em seus estados e suas evidências.

Nesta materialidade, o corpo é apreendido como **corpo/evidência**. Evidência¹¹ é a qualidade daquilo que é evidente, que é incontestável, que todos vêem ou podem ver e verificar. Na área da saúde, as evidências são os sinais e sintomas do corpo - uma construção da Clínica. Sendo a evidência atributo daquilo que é verificável, as evidências são apresentadas numa linguagem que traduz estas quantificações e qualificações. Desta forma, podemos dizer que o corpo, na linguagem Clínica, é o corpo evidência - aquele passível de quantificação e qualificação.

Esta visibilidade apresentada pelo corpo/evidência, é a objetividade tão prezada na história da produção da verdade pela ciência; de tal sorte, entendemos que, no corpo/evidência, a verdade do corpo é produzida e apresentada pela Clínica.

A verdade é o que Foucault (2003a, p.116)¹² chama de *verdade/constatação* que produz o objeto de conhecimento que “[...] deve ser re conhecido por todos como sendo sempre dado”. Esta verdade/constatação é:

[...] acontecimento que se produz como podendo ser de direito repetido sempre e em toda parte. Ritual de produção que toma corpo numa instrumentação e num método a todos acessíveis e uniformemente eficaz; saída que aponta um objeto permanente de conhecimento e que qualifica um sujeito universal de conhecimento¹³.

A objetividade do corpo¹⁴ é aquilo que é apreendido do corpo nas práticas de leitura descritas por enfermeira(o) na UTI. Nestas descrições, esta objetividade é apreendida pelo olhar da(o) enfermeira(o) - um olhar treinado e metuculoso, que se detém sobre o corpo, conservando-o em seu poder, prendendo-o no olhar, quase a conjugar o verbo ter.

¹¹ Segundo UOL (2001).

¹² Op. cit.

¹³ FOUCAULT, 2003a, p.116.

¹⁴ Na categoria *Exercícios diários de apreensão de uma certa linguagem*, esta objetividade do corpo da Clínica será detalhadamente descrita.

A forma **como o sujeito apreende o corpo em seu olhar** é uma forma detida¹⁵, no sentido de se deter em cada parte do corpo, fazer parar, deixar-se estar, demorar-se não deixando ir por diante enquanto não revelar as partes do corpo. Foucault (2004b)¹⁶ nos fala de *uma lentidão do olhar*, que percorre, contorna e, pouco a pouco, penetra a densidade das coisas, conferindo-lhes sua própria clareza.

A forma como o sujeito apreende o corpo em seu olhar é, também, uma forma detalhada, no sentido que o olha minuciosamente, delineando-o pormenorizadamente para, então, narrá-lo.

Para Foucault (2004b, p.vi)¹⁷, na passagem da medicina antiga para a moderna, as descrições adquirem uma precisão qualitativa, que “[...] guia nosso olhar por um mundo de constante visibilidade, enquanto o texto precedente nos fala a linguagem, sem suporte perceptivo, das fantasias”. Estas fantasias foram deslocadas e encerradas na região dos sintomas subjetivos, e o corpo foi dado como objeto para o olhar médico. Entendemos que visibilidade do corpo e olhar médico estão, assim, indissoluvelmente relacionados no espaço perceptível, em que se cruzam os corpos e os olhares.

A origem da positividade da medicina moderna é identificada “[...] com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido”, onde o corpo é dado à luz, como objeto do saber¹⁸.

Visível é o corpo. Não um corpo qualquer, mas um corpo recortado, de uma certa forma e por um olhar orientado e treinado. Produto deste recorte apresenta-se um certo corpo de intervenção.

¹⁵ Uma forma detida e detalhada, com base em UOL (2001).

¹⁶ Op. cit.

¹⁷ Op. cit.

¹⁸ FOUCAULT, 2004b, p.viii.

Visibilidades e olhares fazem parte das práticas de leitura do corpo; neste momento é necessário indagar, especialmente, dos saberes operadores destas práticas, ou de **como um certo saber apreende o corpo na UTI?**

O grande saber que apreende o corpo na UTI, demonstrado nas práticas de leitura e de intervenção, é o saber da **Clínica**. O corpo é objeto de leitura, não qualquer corpo, mas um certo corpo, recortado e reconstruído pela Clínica. Reconstruído está no sentido de *tornar a formar*, remodelando, reorganizando, reestruturando, expurgando e corrigindo o que for necessário para obter uma forma que se julga mais adequada¹⁹.

A Clínica pode ser entendida como produção de uma economia política da verdade, engendrada especialmente na instituição hospitalar e centrada na forma do discurso científico – nas palavras de Foucault (2003a, p.111)²⁰: “Clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber [...] O indivíduo [e também a população] emerge como objeto do saber e da prática médicos”.

Nas práticas de leitura, a Clínica constitui-se como **máquina de ver** e como **mecanismo de visibilidade** que expõe, à visão, sinais e sintomas, detalhando o corpo no tempo e espaço.

A Clínica apresenta-se como máquina de ver, não tanto por aquilo que olha – seu olhar é específico sobre o corpo físico; mas como olha, pois constitui uma mirada que corta o corpo de uma determinada forma. A Clínica, como máquina de ver, olha o corpo doente detidamente e detalhadamente, tal como nos mostram os registros das(os) enfermeiras(os); e olha o corpo, ainda, sinteticamente, pois compõe conjuntos do corpo, traduzidos nos diagnósticos, nas escalas, nos estados do corpo.

Nas práticas sobre o corpo, o saber Clínico adquire uma forma operacional-instrumental; esta forma é a **Tecnologia**. Entendemos tecnologia como um composto de

¹⁹ Com base em UOL (2001).

²⁰ Op. cit.

saberes, procedimentos e maquinarias produzidos e operados pelo sujeito da prática. O sujeito se relaciona com o corpo na UTI e encontra, na tecnologia, a forma de operação de um determinado saber sobre este corpo.

Meyer (2002, p.190)²¹ refere que uma das compreensões usuais de tecnologia em enfermagem “[...] seria uma instância através da qual se incrementa o conhecimento [...] e se potencializa o grau de controle sobre a prática assistencial, no sentido de torná-la mais exata, mais eficaz e mais eficiente”.

Nas práticas sobre o corpo, a Clínica se efetiva, como *o olhar* que recorta o corpo, nas tecnologias de leitura. Desta forma, nas práticas descritas analisamos as tecnologias de leitura, constituídas por saberes, máquinas de ler o corpo, visibilidades e olhares. Num momento posterior deste capítulo, também procuramos analisar as tecnologias de intervenção, constituídas por saberes, máquinas de intervir sobre o corpo, procedimentos e braços eficazes de intervenção.

O Exame (Clínico) como tecnologia de leitura do corpo

A Clínica está estruturada, para a apreensão do corpo em sua objetividade, na tríplice: exame, diagnóstico e terapêutica. Interessa-nos, neste momento, o Exame.

O saber Clínico detalha o corpo no Exame, mecanismo de visibilidade do corpo. Na UTI o Exame é operacionalizado, como tecnologia médica de leitura do corpo, no Exame Clínico e no Exame Médico Laboratorial.

Estes exames são realizados por médicos ou solicitados por eles, utilizados na elaboração do diagnóstico médico; podemos afirmar, desta forma, que são tecnologias de leitura do corpo prioritariamente médicas.

²¹ Op. cit.

Nas leituras do corpo que realiza, os registros das(os) enfermeiras(os) nos dizem de uma tecnologia de leitura do corpo nomeada Exame Físico, fundamentado nas operações realizadas pela medicina em seu Exame Clínico, embora menos específico.

No Exame Físico, o corpo é avaliado através dos cinco sentidos humanos - visão, audição, tato, olfato, paladar – embora alguns sentidos devam ser mais treinados que outros, pois se mostram mais aplicados; e através de técnicas sinteticamente representadas como inspeção, palpação, ausculta e percussão, que apreendem o corpo em suas formas, texturas, temperaturas, sons, movimentos, pulsações, dentre outros.

A apreensão do corpo pela tecnologia de leitura - Exame Físico, é objeto, na área da saúde, da semiologia e semiotécnica. A semiologia é a ciência que estuda os signos e os sistemas de sinais, utilizados em comunicação; na medicina, é o ramo que trata dos sintomas, da sintomatologia²². A semiotécnica é a tecnologia na qual se efetiva a semiologia na apreensão do corpo.

Nos registros, a leitura do corpo pela enfermagem pouco difere da realizada pela medicina, excetuando sua menor especificidade e menor emprego das técnicas do exame. A tecnologia de leitura evidente é o Exame Físico, céfalo-caudal ou por sistemas, embora sejam raramente registradas as leituras produzidas através das técnicas de ausculta, palpação e percussão deste exame. Assim sendo, o Exame Físico da(o) enfermeira(o) é produzido, essencialmente, pela inspeção do corpo, na qual seu sentido de visão se aplica.

Formatados: Marcadores e numeração

05/06/04 Período Vespertino: Sob VM por traqueostomia a qual apresenta média quantidade de secreção amarelada. A ausculta pulmonar: presença de roncosp difusos. Em anasarca, com dieta por SNE, boa tolerância. Homodinamicamente instável, com oscilações nos níveis pressóricos e SPO₂, demais SVV estáveis, diurese bom volume, 1250 ms/12hs amarelo claro. Segue em REG com uso de sedação e drogas vasoativas. (Prontuário do paciente – folha de evolução²³)

²² UOL, 2001.

²³ Os registros no prontuário seguem o mesmo padrão de anotação dos registros realizados no livro de intercorrências.

Também fazendo parte da leitura do corpo, são especialmente registradas informações obtidas no monitoramento do corpo – tecnologia de leitura contínua do corpo no espaço e tempo da UTI, que fornece informações de dimensões e parâmetros diversos do corpo, processados geralmente por meio de tecnologias/máquinas de monitoramento de manuseio da enfermagem, mas não somente dela.

As tecnologias/máquinas de monitoramento caracterizam-se por fornecerem leituras rápidas, permitindo o acesso quase imediato às informações de dimensões e parâmetros do corpo e são usadas, desta forma, para a evolução dos estados do corpo através das leituras contínuas que fornece.

A enfermeira durante o período da tarde realiza procedimento de coleta de urocultura por SVD observada por uma acadêmica de enfermagem – realiza algumas orientações à aluna. Passa a maior parte do tempo no espaço destinado aos pacientes. Neste espaço, tem uma visão panorâmica de todos, pacientes e funcionários, faz seguidas leituras e constantes avaliações observando o estado geral, as informações fornecidas pelos monitores multiparamétricos e respiradores. É acionada para próximo do leito sempre que observa alguma alteração, oscilação ou disparo de alarmes. Realiza, nestes momentos, algumas intervenções do tipo checagem dos equipamentos de monitorização, checagem da medicação em curso, reposicionamento de paciente, avaliação de um sistema específico do paciente, administração de medicamentos de complexidade, ordens de realização de medicamentos para a equipe, abordagem do médico discutindo o caso e solicitando sua avaliação e conduta medicamentosa. Todos os pacientes da UTI se encontram com monitor multiparamétrico DX 2010 com módulos para ER (ECG / Respiração), SpO₂ (Oximetria de Pulso) e NIBP (Pressão Arterial Não Invasiva); com Ventilador Montirey Takaoka; com diversas bombas de infusão de medicamentos cada um e com bomba de infusão de nutrição enteral. (Diário de campo 13)

O monitoramento do corpo demanda menores recursos tecnológicos, incluindo tecnologias/máquinas e técnicas de operação menos complexas; distinguem-se, desta forma, das tecnologias de leitura do corpo de domínio da área médica, constituídas pelos Exames Médicos Laboratoriais, abordados logo adiante.

Embora estas especificidades, os registros revelam um mesmo modo de visualização do corpo, e uma mesma linguagem em sua tradução pela enfermagem e pela medicina, demonstrando que, na leitura do corpo, opera uma mesma semiologia e semiotécnica.

Contudo, na leitura do corpo na UTI, o olhar médico se efetiva no Exame Clínico e nos Exames Médicos Laboratoriais - a complexificação destes, especialmente na UTI, pelo uso de tecnologias/máquinas que potencializam o olho médico sobre o corpo, é o que expomos a seguir.

O Exame Médico Laboratorial como tecnologia de leitura do corpo

Na UTI, os graus de (ir)regularidade e gravidade dos estados do corpo complexificam, no seu mais alto nível, as tecnologias de leitura (e de intervenção) sobre o corpo.

As tecnologias potentes de leitura a que nos referimos aqui são os Exames Médicos Laboratoriais - uma diversidade de tecnologias capazes de examinar elementos diversificados do corpo vivo, tais como suas imagens, componentes, porções, secreções, excreções, processando-as, sempre, através da mediação de tecnologias/máquinas.

Estas tecnologias/máquinas não são manuseadas pela enfermagem, embora a leitura do corpo fornecida seja acessível a ela; também não são de domínio de toda área médica, e sim das especializações desta área²⁴. Caracterizam-se por serem tecnologias de leitura mais demorada, pois a leitura do corpo é processada mediante serviços e máquinas especializados, demandam técnicas mais complexas e recursos tecnológicos mais caros.

Uma diversidade de Exames Médicos Laboratoriais é registrada em partes específicas do prontuário do paciente, denominadas *resultados de exames*; e em impressos específicos utilizados para acompanhar a evolução diária dos resultados dos exames mais realizados - hematológicos, bioquímicas e gasometrias (Elementos do prontuário do paciente de preenchimento exclusivo médico). Em geral, estes exames trazem, no seu nome, a porção do corpo examinada e a tecnologia utilizada.

²⁴ Lembramos que o Exame Clínico médico é também diferenciado conforme a especialidade médica, tal como o exame de fundo de olho e o exame neurológico.

Os Exames Médicos Laboratoriais se detém, especialmente na leitura do corpo através de imagens não acessíveis à técnica de inspeção do Exame Clínico, pois são imagens internas.

Estas imagens do corpo²⁵ são produzidas através de diversas tecnologias²⁶, e são nomeadas segundo recursos tecnológicos envolvidos e órgão examinado. Desta forma, são registradas imagens do corpo ecocardiográficas²⁷, eletrocardiográficas²⁸, endoscópicas²⁹, radiológicas³⁰, ultrassonográficas³¹, magnéticas³² e cintilográficas³³.

O corpo pode ser lido através de seus componentes (sangue), excreções (urina, fezes), secreções (broncoalveolar, vaginal, de abscesso axilar, de ponta de cateter) e líquidos do corpo (sinovial, ocular, pleural, líquido, aspirado de medula óssea).

Estes componentes, secreções e líquidos são coletados através de diversas tecnologias médicas (denominadas procedimentos) tanto terapêuticas, como diagnósticas: drenagens (drenagem de tórax / DT, drenagem de abscesso), punções (artrocentese de joelho D, toracocentese, paracentese, punção de medula, punção lombar), lavabos (lavabo broncoalveolar), coletas simples (cultura de secreção ocular), dentre outros. Exemplificando, a drenagem de tórax pode ser tanto terapêutica (descompressão), como diagnóstica; neste último caso, servindo para coleta de líquido pleural para exame (cultura, citologia e histologia).

²⁵ Empregamos o dicionário UOL - Michaelis (2001) em todas definições nesta parte do trabalho, relacionando o campo do saber envolvido no princípio do Exame Médico Laboratorial.

²⁶ Estas tecnologias diferem das tecnologias de monitoramento do corpo, usualmente processadas pela enfermagem, embora o eletrocardiograma e a glicemia também sejam monitorações realizadas pela enfermagem.

²⁷ Exame em que se realiza a captação da repetição de um som refletido por um corpo.

²⁸ Exame em gráfico feito por um eletrocardiógrafo que capta as correntes elétricas do coração.

²⁹ Exame visual do interior de certos órgãos ou cavidades do corpo humano por meio do endoscópio.

³⁰ Reprodução fotográfica por intermédio dos raios X (raios de Roentgen) com aplicação na medicina. Estudo dos raios luminosos. Tomografia: radiografia em série para fixar, ao mesmo tempo, os vários planos de um órgão ou região do corpo.

³¹ Exame em que se realiza a captação da oscilação acústica de alta frequência, acima do limite máximo da audibilidade, refletida por um corpo.

³² Magnetismo é a propriedade que alguns corpos metálicos têm de atrair e reter outros metais e orientar a agulha magnética na direção norte-sul.

³³ Cintilografia ou Gamagrafia e a técnica de medicina nuclear que utiliza os raios gama no estudo dos órgãos, após a administração de isótopos radioativos. GAMAGRAFIA. In: ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA DO BRASIL PUBLICAÇÕES LTDA. **Nova Enciclopédia Barsa**: micropédia. São Paulo: Gráfica Melhoramentos, 1996. v.1. p.435.

Também as porções do corpo - pele e outros tecidos corporais; são coletadas através de diversas tecnologias médicas diagnósticas: biópsia simples, biópsia através de endoscopia, biópsia dirigida por tomografia computadorizada.

Os componentes, excreções, secreções e porções do corpo são processados através de diversas tecnologias de exame³⁴, tais como exames hematológicos (leucograma, hemograma, coagulograma), bioquímicos (clearance), histológicos, citológicos (biópsia), culturas, parasitológicos.

Dentre os exames mais citados temos coagulograma, hemocultura, urocultura, EAS, clearance, micologia, biópsia; e dentre os menos citados, o doppler³⁵ venoso de MIE - exame que lê o corpo através de um estetoscópio eletrônico através do qual o fluxo sanguíneo pode ser ouvido.

Os saberes envolvidos nestas tecnologias de leitura são de vários campos, dentre eles³⁶: da física, nos estudos dos raios luminosos, do ultra-som e do magnetismo; da química, nos estudos dos fenômenos químicos que se passam nos seres vivos, constituindo a química biológica, a química fisiológica; da biologia e seus sub-campos como histologia, nos estudos da estrutura microscópica, composição e função dos tecidos dos seres vivos; citologia, nos estudos das células em geral; fisiologia, nos estudos das funções e do funcionamento do corpo; anatomia, nos estudos das porções do corpo, na forma de descrições sobre o corpo; doenças em geral, nos estudos de micologia, parasitologia, infectologia.

Nos registros das(os) enfermeiras(os), é evidente a centralidade do exame médico clínico e laboratorial na leitura do corpo, sendo especialmente registrados os Exames Médicos Laboratoriais: estes exames ajudando a compor a leitura do corpo e capturando, do corpo, seu

³⁴ Os resultados de exame são apresentados em “Estudos Diagnósticos e Seus Significados” e classificados em: Hematologia; Química Sérica, Plasmática e do Sangue Total; Química Urinária; Líquor Cefalorraquidiano; Análise Gástrica; e Valores Diversos. In: SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**: Brunner/Suddarth. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.2

³⁵ SMELTZER; BARE, 1994.

³⁶ Definições segundo UOL (2001).

estado patológico; a diversidade dos exames a que o paciente é submetido; a interdependência entre estes exames - exames gerando outros exames; o corpo doente, a ênfase nos microorganismos, e os microorganismos sendo capturados nestes exames.

Diurno 28/02/004...

+ Rosane – cultura secreção Incisão / + pseudomonas (comprado AZACTAM/AZTREONAM para até 10 hs de segunda feira pela farmácia do hospital...

+ Valério – encaminhado para TC de crânio hiperextensão muscular (MMII e pescoço e contração MMSS, febril, ↑ lesões avermelhada (alergia?) iniciado com fenergan (avaliado pelo residente da infectologia, encaminhado para TC na UNIMAGEM. PVC ↓... Solicitado broncoscopia para lavado brônquico será comunicado na 2ª. Feira.

* Resultado de cultura

- João Carlos (104). Lav. Broncoalveolar – ACINETOBACTER Iwoffii.

- Júlio (L06) Ponta de cateter PSEUDOMONAS AERUGINOSA.

- Irene (103) Lav. Broncoalveolar – ACINETOBACTER baumannii / HAEMOLYTICUS.

- Renata (L02). Abscesso Axilar. STAPHYLOCOCCUS AUREUS e PSEUDOMONAS AERUGINOSA (LI 2003, p.40-40v).

Nos registros da UTI, a centralidade dos Exames Médicos Laboratoriais é evidente, e é especialmente relacionada ao diagnóstico médico³⁷ sobre o corpo doente.

Matutino 05/01/004.

+ Consolata (01) com pedido de CAT deixado no serviço social hoje; com pedido de Ecocardiograma Dr. X ciente – com pedido ECG tentado com aparelho da UTI sem êxito, do PA até as 12:35 hs ocupado.

+ Rosa – com pedido de broncoscopia desde dia 03/01, tentado falar com Dr X sem êxito, Dr Y de férias até 15/01

+ Roberto – com pedido de Ecocardiograma de urgência, Dr. X ciente e com pedido de Doppler Venoso MIE no serviço social para autorizar

+ José – Aguardado NPT (LI 2003, p.10v)

Anteriormente observamos que, orientado pela Clínica, o olhar médico recorta o corpo em certos detalhamentos. Pois bem, da leitura daquilo que foi apreendido pelo olhar, a Clínica formula sínteses, geralmente qualificadas como doenças, para fins de intervenção médica. A linguagem médica traduz, sinteticamente no diagnóstico médico, aquilo que no corpo é passível de ser objeto de sua intervenção - o objeto de intervenção médica é sinteticamente apresentado no diagnóstico médico. Assim, sob o diagnóstico médico, o ato médico se

³⁷ Diagnóstico é a qualificação dada por um médico a uma enfermidade ou estado fisiológico, com base nos sintomas que observa; diagnose. (UOL, 2001).

produz. O olhar sobre o corpo, e o ato sobre o mesmo, é direcionado pela formulação do diagnóstico médico.

O diagnóstico médico é o momento *síntese* da apreensão da doença do corpo pelo raciocínio clínico; mas a confirmação deste diagnóstico é aguardada, geralmente, nos resultados dos Exames Médicos Laboratoriais, mais do que no Exame Clínico. Desta forma, são freqüentes os registros de que o paciente aguarda o exame médico, aguarda o resultado do exame; este aguardo é tema recorrente nos registros, muitas vezes tornando *em suspenso* a condução dos atos sobre o corpo e, até mesmo, a elaboração do prognóstico de vida dos mesmos.

05/02/04 – Vespertino...

L04 – Rosa – Realizado EEG, confirmado isoelétrico morte encefálica, retirado drogas. (LI 2003, p.27)

Assim sendo, os Exames Médicos Laboratoriais são consideradas tecnologias diagnósticas médicas, fazendo parte do arsenal Clínico. A centralidade destes exames no hospital se cola à centralidade do diagnóstico médico e de quem o formula, pois o diagnóstico é médico.

Da formulação de um saber (Clínico) sobre o corpo, sobre saúde, sobre doença, se produz uma leitura detida e detalhada do corpo – um corpo dividido para ser esmiuçado em cada uma de suas partes; e isto tudo novamente reconstruído, num corpo sintetizado no diagnóstico, linguagem auto-explicativa do corpo, na qual o corpo é normalizado para uma etapa seguinte da tríade da Clínica – a Terapêutica sobre o corpo.

A eficiência da Clínica está, dentre outras, nesta circularidade: a Clínica apreende o corpo e sintetiza este corpo no diagnóstico médico - tradução do corpo pela Clínica. A operação de tradução deste corpo é realizada pela medicina, o dono do olho da Clínica é o médico. Mas a Clínica, em sua eficiência, normaliza não somente o corpo de intervenção; tomando corpo em máquinas de ver e mecanismos de visibilidades, normaliza os olhares dos

demais sujeitos das práticas, desenvolvendo competências de todos em torno da objetividade do corpo da Clínica. Normalizar é entendido, por nós, homogeneizar a singularidade do corpo, através de um olhar positivo e um discurso redutor, ambos uniformizadores.

Tecnologia do olhar: sobre o olhar profissional como o olhar da clínica

Formatados: Marcadores e numeração

O olhar profissional atenta-se à reação de um corpo que respira, um corpo hemodinâmico, um corpo sensorial... A leitura se dirige, inclusive, para a iatrogenia sobre o corpo, pois se o agente deve estar atento aos efeitos, respostas, evoluções dos estados do corpo, também estará atento aos acidentes, pois estes estão previstos na Clínica.

22/02/04 Noturno...

Pacientes: mesmos relacionados acima sendo que apenas o leito 06 Sr. Juarez apresentou pneumotórax pós-punção de Subclávia - havendo a necessidade de realizar drenagem Torácica. (LI 2003, p.37-37v)

O corpo inteiro responde às intervenções que lhes são feitas. Mas frente ao mesmo, o olhar profissional está treinado, atento a determinadas respostas, efeitos e evoluções, capaz de realizar relações e projeções.

Nas relações de poder sobre o corpo, o corpo reage. Algumas brechas são visualizadas, especialmente nas dissonâncias. Desta forma, alguns registros esporádicos correspondem a uma leitura detalhada do corpo um pouco mais diferenciada, tais como a forma da relação do paciente com a equipe da UTI – em geral se ele é muito solicitante, colaborador ou recusa cuidados;

21-12-2003...

L 4 – Jacó – Ansioso, quer ir p/ fora, muito solicitante... (LI 2003, p.4)

Noturno 26/12/03...

L4 – Jasiel – continua muito solicitante, fez sangue, apresenta-se hipocorado, ↑ volume de diurese... (LI 2003, p.6v)

22/01/04 – Noturno...

L2 – Rosa – Chorou, fez hipertermia, com traq. Em ventilação mecânica. Bem ativa, auxilia em sua troca de decúbito, Dextro 70 mg/dl às 22h... (LI 2003, p.20v)

E as formas mais ativas de sua expressão, tal como reclamações e vontades do paciente:

03/01/04 Plantão Diurno (12hs)...

+ L01 Consolata – mantendo oscilação de PA, feito ECG. Segue lúcida, orientada, queixando da ↓ sal na comida, diurese ampla 2050 ml (amarelo claro). Tem ECG para ser feito à noite.

+ L02 Rosa – no início do plantão apresentando ↓ da SPO₂, espasmo, hipotensa, traqueo com resistência, apresentando sangramento. Tentado várias vezes localizar médico (Dr. X e Y) para realizar broncoscopia, sem êxito. No final do plantão matutino 11:40 evolui com estabilização do quadro, mantendo no decorrer do plantão. Segue chorosa referindo que não sairá da UTI, hipotensa (87/34 mmHg), ↑ gotejamento da noradrenalida p/ 15ml/h (CPM). Diurese ampla 1950 amarelo claro... (LI 2003, p.10).

Mas esta leitura é recortada pela objetividade e normalidade do corpo e, também, por aquilo que é esperado do paciente na UTI - a normatividade do corpo, determinada pelas relações de saber/poder sobre o corpo.

O corpo não deixa de se expressar, de forma um pouco mais ampla do que o olhar profissional que o recorta. Desta forma, o corpo reage frente às suas próprias necessidades fisiológicas e funções vitais, e se expressa ativamente como *um corpo que reclama e queixa*.

Vesp. Cbá/16/12/2003...

L03 – Jean: aceitando bem a dieta.

L04 – Javé: Passado Azul de Metileno, com vazamento em pequena quantidade pela incisão da Traqueo. Reclamando que está com fome... (LI 2003, p.2).

O olhar profissional é obrigado a se ampliar frente a um corpo que reage na relação com os profissionais da saúde como *um corpo que solicita*. Também o corpo reage à terapêutica instituída (dieta), à intervenção, como procedimento de sondagem, banho, administração de medicamentos, monitoração, mobilização no leito, troca de decúbito; e à internação, expressando-se como *um corpo que tem vontade*, aceitando ou não o cuidado, participando mais ou menos do mesmo.

28/01/04 – Noturno...

L1 – Moisés – De alta, aguarda vaga. Muito agressivo, não aceitou banho, medicações, monitoração e retirou punção. Dormiu toda noite. (LI 2003, p.23)

24/02/04...

L 6 – Valdir – Tem olhar fixo, não aceita troca de decúbito. (LI 2003, p.38)

Estas *rebeldias do corpo* são expressas em alguns momentos das informações analisadas; entretanto, em geral é como dissonância que se constitui o modo da(o) enfermeira(o) ler este *corpo que tem vontade*. Contudo, neste momento não discutiremos a relação de saber/poder que se concretiza sobre este corpo e o submete.

01.03.04 – Pl. Noturno...

L3 – Irene – Arrancou SNG e SNE. Não aceitou repassar SNG. Na Repassagem da SNE vomitou +- 500ml esverdeado. Passou quase todo tempo acordada. T↑... (LI 2003, p.42)

As reclamações, queixas, solicitações, expressões de vontade do corpo se constituem em registros raros, indicando que o olhar do profissional prioriza outros recortes. Mesmo a dor, como queixa ativa do paciente, se constitui em registro esporádico, talvez por ser uma constante, talvez por ser banalizada.

Lembramos que são raros, também, os registros que evidenciam um corpo que se modifica em seus estágios de desenvolvimento, tal como gravidez ou envelhecimento.

Desta forma, o corpo se amplia um pouco mais, mas não muito; pois continua sendo *corpo* para a Clínica, aquilo (do corpo) que é possível ser objeto de leitura e intervenção, prioritariamente médica.

Assim, em geral o olhar profissional da(o) enfermeira(o) se detém nas respostas do corpo às intervenções médicas; e a leitura que realiza tem como foco um corpo hemodinâmico. Desta forma, o foco dos registros são as alterações hemodinâmicas sinteticamente registradas em linguagem técnica.

6.1.2. PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO SOBRE O CORPO NO ESPAÇO E TEMPO DA UTI

As *descrições das práticas* que constituiram os mapas iniciais de nossa pesquisa, nos dizem, neste momento, de práticas de intervenção sobre o corpo e nos interessa saber: **como as(os) enfermeiras(os) descrevem estas práticas na UTI?**

Procuramos, também, analisar as tecnologias de intervenção, constituídas por saberes, máquinas de intervir sobre o corpo, procedimentos.

O corpo da UTI é objeto de práticas de intervenção pelos seus diversos agentes; destas práticas, as(os) enfermeiras(os) seguem detalhando tecnologias de intervenção médica, ou *terapêuticas*. Terapêutica é entendida como parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes³⁸. As terapêuticas registradas são clínicas, cirúrgicas e, especialmente, medicamentosas.

Também são registradas terapêuticas nutricionais e, raramente, fisioterápicas. A terapêutica nutricional sobre o corpo é prescrita pelo médico, constituindo-se um ato médico.

Da mesma forma que nas práticas de leitura, são eleitos os *especialistas em intervenção* sobre o corpo, constantemente nomeados nos registros pelas(os) enfermeiras(os).

Dentre as terapêuticas médicas, os registros se detêm especialmente sobre a terapêutica medicamentosa – na qual se incluem medicamentos e soros; e sobre a hemoterapia – que inclui o tratamento com sangue e hemoderivados.

20/12/003 Sábado...

Cida (L01) – Taquidispneica, taquicardica c/ heparina em infusão contínua.
Rosa (L02) – hipertensa, taquicardica, desmame ventilatorio, HT↓, adm 2 [] hemácias

Gomes (L03) – PA oscilando (hipotensa) c/ Dobuta em desmame da Dopamina.

José (L04) – PVC ↓ feito volume, poliúria, referindo cefaléia

Ademis (L05) – taquicárdica, hipotenso, febril suspenso hemoterapia, feito volume, empiema pleural dreno de tórax. (LI 2003, p.3v)

³⁸ UOL, 2001.

Matutino 25/03/004...

+ João (L01) – Instabilidade Hemodinâmica dose máxima em drogas vasoativas (Solução 02) Instabilidade de SPO₂, arritmia

+ Edno – mantendo SSVV dentro dos padrões normais, repondo K e Ca+, Anúria, com avaliação da Nefro (LI 2003, p.60)

Detendo-nos um pouco mais na terapêutica medicamentosa, nos registros aparecem detalhes referentes: ao medicamento, como nome do produto, forma de apresentação, quantidade ou dose, efeito (sedação, analgesia, expansão de volume, polarizante, curarizante, drogas vasoativas); à administração do medicamento, como via de administração, horário, número de administrações realizadas no período, número de dias de administração³⁹, forma de administração (em bolus, no soro), velocidade de infusão (em ml/h), equipamento de infusão (bomba de infusão / BI), momento da administração (ao aspirar paciente), reação ao medicamento (alteração em parâmetro do corpo, alteração em sinal vital); e às mudanças na terapêutica medicamentosa, tais como aumento da dose, troca de medicamento, troca de solução, aumento do horário, dentre outros.

A terapêutica medicamentosa é bastante detalhada no *impresso de prescrição médica*, incluindo o modo de administração do medicamento pela enfermagem, tal como forma de diluição e infusão, dentre outros. (Folha de prescrição diária do Prontuário do paciente).

Os registros demonstram a centralidade da terapêutica medicamentosa na apreensão do corpo pela Clínica. A terapêutica medicamentosa a que se refere é a alopática - método de tratamento que consiste no emprego de remédios que produzem no organismo efeitos contrários aos da doença, em oposição à homeopatia⁴⁰. A alopática é exclusividade do arsenal clínico, reforçando a Clínica como o grande saber em UTI.

As terapêuticas médicas descritas, clínicas e cirúrgicas, são geralmente mediadas por tecnologias/máquinas. Nestas mediações, constituem conexões com o corpo, configurando-o como corpo/máquina na UTI.

³⁹ O controle de número de dias de uso de antibióticos é registrado, também, no *impresso de prescrição médica* e no *impresso de controle de cuidados*. (Prontuário do paciente).

⁴⁰ UOL, 2001.

São diversas as tecnologias/máquinas de intervenção disponíveis na UTI, as mais citadas são: de infusão de medicamentos, líquidos / eletrólitos e hemoderivados (punção periférica, punção central, dissecação venosa); de suporte ventilatório e cardíaco (traqueostomia, ventilação mecânica, marcapasso); de infusão de nutrientes parenteral e enteral (nutrição nasoenteral, nutrição parenteral); de drenagem de fluidos corporais, secreções e excreções (sondagem nasogástrica, drenagem torácica, sondagem vesical). Estas tecnologias/máquinas podem ter mais de uma função, como suporte ventilatório e drenagem de secreções.

A conexão corpo/máquina demanda uma série de intervenções por diversos agentes, relativas ao seu manuseio e funcionamento. As(os) enfermeiras(os) se desdobram a registrar estas intervenções, detalhando a instalação, a operação, a manutenção, a funcionabilidade, o monitoramento, a retirada destas conexões. Estes registros são centrados, não tanto no corpo, mas na tecnologia/máquina conectada ao mesmo, para a qual diversas intervenções são demandadas.

Matutino 06/1/004...

Rosa (L02) retirado dissecação venosa (flebite) e puncionado veia periférica, tentado punção subclávia D sem êxito, iniciado dieta líquida VO boa tolerância, Macro por 1 h... (LI 2003, p.11)

Relativo à conexão corpo/máquina, a(o) enfermeira(o) registra:

- instalação - tentativa, êxito, reinstalação, troca, reposicionamento, fechamento, retirada, perda da conexão;
- detalhes da instalação e seu resultado - data, horário, local de instalação, êxito ou fracasso na instalação, numero de tentativas e número de vezes em que o procedimento foi realizado; intervenção medicamentosa usada no procedimento – sedação, analgesia, antibióticoterapia; confirmação do posicionamento do equipamento - através de teste, de exame radiológico; intercorrências na instalação ou uso do equipamento, causa provável e conduta adotada; condutas relacionadas

com o uso; fechamento ou retirada do equipamento - data, horário, motivo e conduta adotada ou a seguir, tal como observar determinada alteração depois da retirada do equipamento; envio de material do equipamento para exame;

- quando foi realizada a instalação e, eventualmente, quem instalou – aparece um único registro explicitando instalação de sonda e nomeando o enfermeiro que instalou.
- reação / resposta do corpo à conexão máquina/corpo, geralmente reação orgânica, sintoma e local no corpo; perda da conexão, motivo, conduta relacionada.

A instalação de máquina requer conhecimentos sobre tecnologias das máquinas, tais como tipos, materiais, cuidados com o corpo/máquina, manipulação da máquina, funcionabilidade da máquina; e tecnologias de instalação, tais como requisitos prévios para instalação, opções de instalação, locais de instalação, técnica de instalação, fixação, reações do corpo à conexão máquina/corpo.

Relativo à funcionabilidade das tecnologias/máquinas conectadas ao corpo, a(o) enfermeira(o) detalha:

- funcionamento das tecnologias/máquinas, tais como função realizada, programação, dificuldade de funcionamento, mau funcionamento, intercorrência, obstrução, manuseio constante. Desta forma, discrimina drenagem através de máquina de forma detalhada – quantidade, local, tipo de drenagem, cor;
- condutas relacionadas ao uso de tecnologias/máquinas conectadas ao corpo, tais como alteração de parâmetros, cuidados relativos a domínios específicos da assistência.

Nota-se a ênfase na funcionabilidade da máquina em certas palavras marcadas no texto, através de observações, grifos e maiúsculas.

→ Trocado circuito: L01, L03 e L04 – TODOS ENVIADOS AO CME...
(LI 2003, p.41)

24/-2/04 – Noturno...

OBS: L4 – José – fez rolha, tendo sido trocado TOT. (LI 2003, p.38)

A centralidade das tecnologias/máquinas de intervenção está explícita nos registros realizados por enfermeira(o). Na terapêutica nutricional sobre corpo, os registros detalham a instalação e o manuseio das tecnologias/máquinas de infusão de nutrientes: instalação, reinstalação, funcionamento, retirada de tecnologia/máquina da infusão nutricional (SNE); discrimina o equipamento, o exame para confirmação de seu posicionamento, o reprocessamento do equipamento, a liberação da dieta pelo equipamento, dentre outros. Este detalhamento é revelador do foco de intervenção da(o) enfermeira(o). A mesma ênfase nas tecnologias/máquinas ocorre em procedimentos da terapêutica respiratória.

A enfermagem realiza, ainda, a gestão na UTI do uso das tecnologias/máquinas de monitoramento e de intervenção instaladas no corpo, tais como bombas de infusão, desfibriladores, respiradores, drenos, tubos, sondas, marcapassos, catéteres, balões, etc⁴¹. E registra o uso destas tecnologias, em cada corpo, no impresso de *débito de monitorização e gases*, e de *cuidados especiais*. (Elementos do prontuário do paciente de manuseio da enfermagem).

Tecnologias de intervenção sobre o corpo: sobre uma atuação profissional orientada pela clínica

Formatados: Marcadores e numeração

As tecnologias de intervenção sobre o corpo registradas são, prioritariamente, terapêuticas médicas, clínicas, cirúrgicas e medicamentosas; estas terapêuticas implicam, cada uma, todo um campo de saber, mas todas subsidiárias do saber Clínico. Lembramos que na apreensão do corpo em sua objetividade, a Clínica se estrutura na tríade Exame, Diagnóstico, Terapêutica.

⁴¹ A enfermagem formula competências em torno da gestão das tecnologias/máquinas da assistência, sobre cada corpo e sobre o conjunto das tecnologias/máquinas da UTI, conforme observado nas práticas subsidiárias.

No espaço e tempo da UTI, as práticas de intervenção requerem um saber sobre corpo, máquina e terapêuticas; a(o) enfermeira(o) demonstra o domínio destes saberes nos registros diários que realiza, manipulando as diversas tecnologias/máquinas conectadas ao corpo e traçando contínuas relações entre tecnologias de leitura corpo e tecnologias de intervenção.

As tecnologias/máquinas da UTI têm um tempo de vida útil restrito, pois são acelerados os avanços tecnológicos, especialmente no campo da microinformática, tornando as máquinas obsoletas. Por consequência, a atualização do conhecimento é exigida, em cada novo modelo de máquina da UTI.

É necessário um saber sobre o corpo e, mais, um saber sobre as máquinas que lêem, intervêm, conectam-se, interagem com este corpo. **A Clínica se complexifica conformando novas apreensões:** de um saber sobre a mecânica do corpo, para um **saber sobre um corpo que também é máquina na UTI**. O corpo desdobrado em máquina / a máquina como extensão do corpo: ciborgue ou medicalização? Talvez o caso fosse indagar das novas subjetividades engendradas neste corpo/máquina da UTI. Mas voltemos ao nosso foco de estudo.

O cuidado como tecnologia de intervenção de enfermagem sobre o corpo/máquina na UTI

Neste momento do estudo, trazemos alguns registros e observações de práticas realizadas pela enfermagem nomeadas, pelos seus agentes, **cuidados de enfermagem**. No texto, estes cuidados são destacados das demais práticas descritas até o momento pela(o) enfermeira(o), como se fossem práticas diferenciadas, ou *outras práticas*; desta forma, existem registros discriminando:

07/02/04 Plantão Diurno...

L04 – Rosalice – Mantemos cuidados de enfermagem... (LI 2003, p.28v)

08.02.04 Plantão Diurno...

L01 João. Cliente calmo, estável, com SNE infundindo dieta, respiração mecânica, curarizado, sedado, em uso de dopa, sonda vesical sistema fechado. Realizado realizado aspiração e cuidados de enfermagem... (LI 2003, p.28v)

Há um bom tempo o cuidado tem sido debatido pela profissão de enfermagem, como um *seu saber/fazer* específico; desta forma, enfermeiras(os) têm buscado desenvolver, em torno do cuidado, toda uma teorização que o conforme como *o saber* identificador da profissão e, ao mesmo tempo, diferenciador das inúmeras práticas que realiza no hospital, fundamentadas na Clínica⁴². Pois bem, convém indagar de um saber/fazer que se tem colocado como objeto da profissão enfermagem, substantivando-se como Cuidado de Enfermagem.

Diante de toda a centralidade da Clínica como saber operador das práticas, demonstrado nas inúmeras descrições de leituras e intervenções sobre o corpo, indagamos deste cuidado – o que é; se, nele, existe um saber/fazer específico; se ele se constitui em mecanismos diversos de visibilidade do corpo; se ele se produz como máquina de ver o corpo. Ou seria melhor indagar do *Cuidado: objeto do trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem?* Estas questões são colocadas, não como tentativa de trazer respostas conclusivas, mas pela importância que assume o discurso (saber) na construção da subjetividade profissional, conformando dispositivos, especialmente pedagógicos (mas não somente), nos quais a experiência de si é mediada e construída.

Nas práticas de leitura do corpo não encontramos evidências consistentes de uma tecnologia de leitura *do cuidado*, diferenciada da leitura Clínica, constituindo dispositivos ou

⁴² Dentre eles, destacamos: WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237p. WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. p.7-30. SILVA, A. L. O processo de cuidar em enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. p.31-40. COSTA, A. L. R. O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem. 1998. 135f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1998.

mecanismos de produção de uma *outra* mirada do olho da(o) enfermeira(o) sobre o corpo, que não fosse aquela que a Clínica produz.

Mas o cuidado é destacado, por enfermeiras(os), nas práticas de intervenção sobre o corpo. Procuramos, então, descrevê-lo neste momento do estudo, a partir da indagação: **como o cuidado de enfermagem se realiza na UTI?**

A(o) enfermeira(o) geralmente registra o cuidado, como tecnologia de intervenção, na forma de determinados **procedimentos técnicos** sobre o corpo, ou sobre o corpo/máquina.

O cuidado sobre o corpo/máquina é registrado na forma de procedimentos técnicos de manuseio das conexões corpo/máquina, tais como troca de traquéias do respirador, troca de monitores e cabos de equipamentos, troca de vias de acesso periférico, aspiração de “traqueo e TOT”, irrigação vesical contínua, troca de sonda, dieta por sonda; também procedimentos técnicos de instalação destas tecnologias, tais como vias de acesso periférico e sondagens – “SNE e SVD”.

Matutino 02/03/2004...

Ivone – início do plantão retirado da Macronebulização, colocado em cateter de O₂, retirado SNE, início com dieta vo líquida, encaminhada ao banho aspersão.

João – com subclávia obstruída, puncionado veia periférica e retirado cateter de subclávia; arrumado material para traqueostomia e subclávia não foi realizado devido TAP↓... (LI 2003, p.42)

Desta forma, na UTI, espaço especializado da assistência no qual os especialistas atuam através de tecnologias especializadas, o cuidado de enfermagem sobre o corpo/máquina tende a ser especializado e mediado por tecnologias/máquinas.

Diante da demanda pela especialização das práticas, são realizados alguns treinamentos pela enfermagem, geralmente focando a funcionabilidade de tecnologias/máquinas da assistência em suas conexões corpo/máquina, tais como bomba de infusão, monitores multiparamétricos, respiradores, desfibriladores, máquina de hemodiálise.

Matutino 17/12/2001...

Início de treinamento de máquina de Hemodiálise... (LI 2003, p.2v)

Também são registrados treinamentos em medicamentos (drogas em emergências); em procedimentos de enfermagem, seguindo o Manual de Normas e Rotinas em Enfermagem da UTI - organizado em técnicas, importância, aplicação, consequências e gastos; e capacitação teórica em nefrologia.

Plantão Noturno + 20/04/04 + Terça-feira...

Sem pacientes na unidade → Programação realizada no período:

* Treinamento sobre procedimentos de enfermagem seguindo Manual de Normas e Rotinas da UTI. Técnicas. Importância. Aplicação. Consequências. Gastos: aspiração TOT, óbito, relatórios, banho no leito, higiene oral, admissão, alimentação SNE, NPT, úlcera pressão (estágios + cuidados) cuidado c/ pele paciente. Abaixo os participantes... Basicamente o treinamento foi todo orientado pelo manual de procedimentos da UTI, houve leitura da conformidade total do manual e a seguir houve discussão em grupo sobre as falhas observadas por qualquer um da equipe e feita correção verbal e o compromisso de realizar na íntegra as técnicas revisadas. (LI 2003, p.79)

Existe um único registro que foge ao treinamento em procedimentos técnicos, uma proposta de humanização e interação, dirigida à equipe multiprofissional; contudo, uma proposta insipiente.

Vários registros têm como foco, não o cuidado, mas a disponibilidade do material necessário ao mesmo, demonstrando que a(o) enfermeira(o) se detém a organizar o espaço e tempo da assistência.

O cuidado sobre o corpo é registrado na forma de procedimentos técnicos, sendo citados alguns: banho de aspersão, banho no leito, reeducação da bexiga, restrição hídrica, posicionamento sentada na cadeira, troca de decúbito, contenção do corpo, curativo em escara, troca de curativo, flet enema, compressa fria, curativo. Os registros pouco se referem às tecnologias/máquinas que mediam estes procedimentos de cuidado do corpo.

21/03/04 – Plantão Noturno...

L04 + Mantendo taquicardia, picos hipotensivos em uso de máscara de ventura, apresentando SPO2 92 à 97%, com esforço respiratório, tosse produtiva com expectoração de secreção purulenta, feito todos os curativos. (LI 2003, p.57)

Contudo, estes registros são raros e, em geral, sucintos, especificando somente o nome do procedimento técnico e, raramente, discriminando o modo como foi realizado. Relativos ao modo, foram citados: local, posição do corpo, tempo de realização, quantidade, forma do procedimento, horário, efeito sobre o corpo.

Matutino 19/03/004...

Rosane - Ficou +- 1 ½ hs sentado na cadeira de fio, SNG alto débito bilioso, aguardando curativo do braço E e debridamento de escara na cabeça... (LI 2003, p.55)

No prontuário do paciente, os registros feitos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem são, prioritariamente, de realização dos procedimentos técnicos de higiene no leito, aspiração e curativo.

07-05-04 Período matutino. Paciente calmo, lúcido, comunica-se através de gestos. Dieta Zero até 2ª. Ordem. Medicação em BI. Feito banho no leito + curativo em escara região sacra. Diurese presente por SV em pouca quantidade bem concentrada. MMSS D e E edemasiados. Evacuação ausente pela manhã. Segue em observação. (Relatório de enfermagem do Prontuário do paciente)

Os registros pouco detalham respostas do corpo aos procedimentos técnicos do cuidado, tais como respostas à mudança de decúbito, à instalação e presença de acesso venoso, à administração de medicamentos.

Estes procedimentos técnicos parecem estar normatizados e normalizados no cotidiano do trabalho, sendo a eles dispensados registros sucintos, tal como na descrição das intervenções em caso de parada cardio-respiratória-cerebral (PCRC).

Plantão vespertino 09/02/04...

L03 – José – Gravíssimo, c/ instabilidade hemodinâmica c/ drogas vasoativas; evoluindo c/ PCR às 17:30, sendo impedido c/ medicações (bradicardia). (LI 2003, p.29v)

São raros os registros do cuidado que não seja um procedimento técnico; desta forma, mesmo demandando diversos cuidados, os registros discriminam somente procedimentos técnicos realizados na terapêutica respiratória sobre o corpo.

O cuidado, como tecnologia de intervenção sobre o corpo em enfermagem, segue um padrão de registro ainda menos detalhado, denominado genericamente *cuidados de enfermagem*. Assim, nas vezes que a(o) enfermeira(o) registrou literalmente o cuidado de enfermagem sobre o corpo, não o discriminou ou detalhou, denominou-o genericamente cuidado de enfermagem; também os Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem registram:

08/04/04... Administrado medicação cp e feito cuidados de enfer. Segue em Cuidados.
 08/05/04... realizado banho no leito e cuidados de enfermagem
 09/05/04... Feito higiene corporal no leito + curativos em região escarra; segue em observação + cuidados da UTI Adulto.
 10/05/04... Feito medicações CPM e cuidados de enfermagem
 10/05/04... feito CCGG. (Relatórios de enfermagem do Prontuário do paciente)

O cuidado de enfermagem sobre o corpo foi raramente nomeado e discriminado e, geralmente, não se registra quem o realizou. Mas, a(o) enfermeira(o) freqüentemente discrimina a realização dos procedimentos técnicos de enfermagem. A medicina prescreve de forma genérica o cuidado, como:

10/05/04...
 21) Monitorização completa
 22) Cuidado de UTI. (Prescrição médica do Prontuário do paciente).

São escassos os registros em que o cuidado de enfermagem realizado é relacionado ao estado do corpo - não que o foco do *cuidado* seja outro que o corpo clínico, mas talvez porque o cuidado seja rotineiramente executado e, também, porque esteja intimamente relacionado à terapêutica médica, especialmente clínica, sobre o corpo.

Desta forma, relativo ao cuidado de enfermagem, a(o) enfermeira(o) registra:

12/05/04 Not. Todos os clientes tomaram banho, foram higienizados na boca e aspirado tubo e traqueostomia” (LI 2003, p.93).

Estaria a centralidade da Clínica, como saber operador das práticas recuperativas do corpo, desfocando o corpo do cuidado, bem como suas práticas na UTI?

Saberes maiores e menores

As(os) enfermeiras(os) priorizam registrar certas intervenções sobre o corpo – intervenções médicas, primeiramente, seguidas de procedimentos técnicos em enfermagem. Parece haver uma certa hierarquia no registro dessas intervenções. Desta forma, embora a PCRC requeira diversas terapêuticas e manobras (e a atuação do profissional da medicina e da enfermagem), a(o) enfermeira(o) prioriza registrar a terapêutica médica, especialmente medicamentosa, utilizada no caso.

Algumas terapêuticas medicamentosas, parte do arsenal terapêutico médico, geralmente não constam das prescrições médicas, mas são de uso corriqueiro pela enfermagem, sendo incorporadas nas ações de cuidado sobre o corpo⁴³ - talvez, mais pelo desinteresse dos médicos por estes *saberes clínicos menores*, tal como no caso de pediculose. O foco das práticas dos profissionais da saúde segue uma certa hierarquização dos saberes clínicos, como o caso do piolho na UTI, registro raro e, também, um caso exemplar.

10/04/004...

OBS: Benta (2) PEDICULOSE (PIOLHOS) em gde qtidade colocado tetmosol as 14:00hs para lavar a noite⁴⁴. (LI 2003, p.72)

Mas observamos a mudança no conteúdo dos registros relativos ao corpo em que a morte encefálica foi constatada; os registros das diversas terapêuticas médicas abrem espaço para o registro do cuidado de enfermagem, subvertendo a hierarquia dos registros, embora este cuidado continue não sendo discriminado. Desse modo, os registros geralmente são lacônicos em relação às práticas de leitura e intervenção sobre o corpo em morte encefálica.

Plantão noturno 03/02/04...

⁴³ O controle de consumo de alguns medicamentos tópicos (reparil, nebacetin e iruxol) é feito pela enfermagem no impresso de *controle de débito de monitorização e gases*. (Elementos do Prontuário do paciente de manuseio da enfermagem)

⁴⁴ A paciente internou em 25/03. O tratamento iniciou-se após 16 dias da internação.

L4 – Rosa – Fez reação plantar c/ estímulo. Arreativa, pupilas médio fixas, hipotérmica... (LI 2003, p.26v)

05/02/04 – Vespertino...

L04 – Rosa – Realizado EEG, confirmado isoeétrico morte encefálica, retirado drogas. (LI 2003, p.27)

06/02/04 Matutino...

Rosa (↓) (LI 2003, p.27v)

07/02/04...

L04 – Rosa – Mantemos cuidados de enfermagem (LI 2003, p.28v)

Ainda sobre a hierarquia dos saberes e também sobre algumas brechas, o corpo inteiro se expressa e a família também é dona do corpo. Contudo, as práticas sobre o corpo em UTI são, necessariamente, profissionais sendo raro o registro de um fazer / saber fora do campo profissional - um cuidado do corpo pela família, por exemplo.

Constatamos um único registro de cuidado do corpo realizado pela família; trata-se de um cuidado incomum na UTI, no qual o foco da intervenção advém de uma leitura diferenciada do corpo, não clínica, talvez estética, considerado um caso dissonante e exemplar das *não práticas* sobre o corpo no ambiente em UTI.

Vespertino...

L02 – Regina – Febril, taquicárdica, poliúrica, ↓ sedação. Realizado corte de cabelo da mesma, pela cabeleireira da família... (LI 2003, p.51)

Foucault (2003a, p.171)⁴⁵ nos fala de saberes não qualificados ou, mesmo, desqualificados pela hierarquia dos conhecimentos e das ciências, dentre os quais inclui os saberes do doente, do enfermeiro, em relação ao saber médico, afirmando que o projeto genealógico é, justamente, “[...] ativar estes saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados [...]”, através da análise dos efeitos de poder próprios ao discurso considerado verdadeiro / científico.

Mas as práticas na UTI seguem sendo estritamente profissionais sendo, o foco dos registros, as práticas médicas.

⁴⁵ Op. cit.

O saber / fazer em enfermagem denominado *cuidado de enfermagem* – atos de enfermagem sobre o corpo, se mostrou fundamentado no saber clínico e demandado, geralmente, por terapêuticas médicas. Como saber / fazer específico e autônomo, teve pouco destaque e foi pouco detalhado nos registros, embora a(o) enfermeira(o) seja responsabilizada(o) pelos atos do cuidado, não só legalmente.

Desta forma, conforma-se um cuidado que é prescritivo, tomando a forma de procedimentos técnicos. Conforma-se, também, um cuidado demandado pela terapêutica médica, embora todas as tentativas de estabelecimento de uma linguagem para o corpo, como *corpo do cuidado*; de uma metodologia para o cuidar, como *metodologia de assistência de enfermagem*; de uma taxonomia *diagnóstica de enfermagem*, dentre outras tentativas.

Permeadas por aberturas e fechamentos, inúmeras são as tentativas que buscam o autogoverno em enfermagem através da constituição de saberes, taxonomias, métodos, semiologias, semiotécnicas; como se, na intimidade de um saber, pudessem ser estabelecidas as competências da(o) enfermeira(o) e, nestas formulações, a afirmação de suas condutas. E assim, a enfermagem segue em tentativas, até mesmo de legislar sobre seu campo de atuação profissional. Mas estas são outras discussões.

Discutir o cuidado, como saber/fazer na UTI, é realizar as mesmas indagações dirigidas à Clínica: existe, no corpo, um domínio do cuidado? O mesmo que indagar: qual o corpo do Cuidado?

Não tanto, o que é o cuidado? A indagação é: *como se realiza aquilo que se denomina cuidado de enfermagem?* Reformuladas as questões, as respostas exigem descrições: como o cuidado apreende o corpo? Ou, como o cuidado, como mecanismo de visibilidade, detalha o corpo de uma determinada forma e o coloca como objeto de intervenção? Como o cuidado constitui-se como máquina de ver? Como o cuidado se confirma nas tecnologias de leitura e de intervenção?

Sim, existe nas práticas sobre o corpo na UTI um domínio tecnológico denominado cuidado; mas, no rastro de como este cuidado se realiza, observa-se que ele mais se aproxima, que se distancia, do saber/poder médico.

No texto analisado em seu conjunto, fica evidente:

- a centralidade das práticas sobre o corpo – especialmente um corpo físico em sua mecânica funcionante. É evidente o necessário domínio da leitura do corpo em sua normalidade e suas alterações. Este domínio se relaciona à centralidade da Clínica, à centralidade das tecnologias médicas e à centralidade do ato médico;
- uma normalidade própria da UTI - o que é esperado relativo aos corpos e ao espaço da assistência; um status próprio do setor, sendo que a(o) enfermeira(o) expressa um certo domínio desta normalidade em seus registros, tal como o domínio da funcionabilidade dos equipamentos da assistência;
- práticas e saberes que são mais Clínicos que Cuidativos.

Se a meta das práticas Clínicas é a recuperação do corpo, então o cuidado, como um dos meios de atingir esta meta, não é destacado nos registros. Mas, neste momento do trabalho nos interessa o modo como, na constituição de saberes e nas relações, segue-se constituindo uma certa experiência de si do sujeito.

6.1.3. NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM TORNO DA OBJETIVIDADE DO CORPO DA CLÍNICA, SE PRODUZ A EXPERIÊNCIA DE SER, A(O) ENFERMEIRA(O), A EXTENSÃO DO OLHO E DO BRAÇO MÉDICO

Nas práticas e saberes, **as técnicas do eu profissional se constituem em torno da objetividade do corpo da Clínica**: é necessário a(o) enfermeira(o) saber ler e intervir sobre *este corpo* e, mais que isto, ter a familiaridade com este corpo e o domínio de sua linguagem – a linguagem Clínica.

A Objetividade do corpo da qual falamos é aquela que tem sua gênese constituída no positivismo, requerida pelo método de uma ciência preditiva. Esta mesma objetividade é constituidora da medicina moderna, é sinônimo de cientificidade e é instrumento de precisão e eficácia de saberes e práticas médicas.

Desta forma, esta objetividade recobre a Clínica – como *o olhar e a linguagem* sobre saúde, doença, corpo no sentido de que a Clínica propõe a homogeneização do olhar e da linguagem sobre o corpo normalizando-o, tornando-se *o saber possível sobre o corpo no hospital* - um saber universalizador, sob os quais os outros saberes se constituem ou tendem a convergir.

Mas é nas dissonâncias das práticas que este olhar pode ser problematizado, nos lembrando que, afinal, esta homogeneização pretendida do olhar não é tão positiva quanto se pretende, ou se faz crer. Caso dissonante, exemplar, é o da visita dos familiares ao paciente na UTI, anteriormente realizada duas vezes por dia, sendo acompanhada por dois médicos diferentes; nestas visitas, visões médicas diversas sobre o estado do paciente e sua evolução eram repassadas aos familiares, causando polêmicas e gerando inseguranças. Desta forma, foi decidido que a visita seria realizada somente uma vez ao dia, sempre no período da tarde, sob a leitura do corpo doente, interpretação e estabelecimento de conduta repassada por um único médico.

Contudo, estes momentos tendem a serem colocados, pela Clínica, como imprecisões de um olhar que deveria ser, necessariamente, mais acurado, no sentido de mais esmerado e cuidadoso - o que lhe garantiria sua exatidão.

Esta homogeneização do olhar (e da linguagem) confirma a centralidade da Clínica no hospital. Neste espaço, o hospital, o corpo passa a existir como *corpo da Clínica*.

Numa abordagem arqueológica, a análise dos saberes operacionalizadores das práticas da(o) enfermeira(o) na UTI procura tematizar a relação Objetividade / Corpo / Clínica, e parte

da indagação: **como se constituiu um determinado saber (médico) sobre o corpo e se pôs ao corpo uma linguagem própria?**

Devemos buscar a relação que se estabeleceu entre medicina e cientificidade, aproximando o saber Clínico da ciência positiva e seus métodos, constituindo a objetividade do corpo da clínica. Esta busca se faz na história dos saberes.

Na determinação deste corpo, a *Ciência* se colocou como a forma científica do conhecimento que se opõe aos saberes que não expõem seus objetos à averiguação; a averiguação é a prova e, esta, não admite a incerteza; e é, ao mesmo tempo, a revelação da verdade sempre oculta do objeto. Aquilo que é oculto é, sempre, obscuro e mal intencionado. Aquilo que se revela é, sempre em si, o bem. Assim, o conhecimento científico é o conhecimento objetivo sobre o mundo e sobre o homem, produzido por um eu racional e, assim sendo, revelador da verdade e da pureza daquilo que descreve.

O homem político e racional se acerca do conhecimento científico na instauração da época moderna e a eficiência deste conhecimento, no domínio das coisas e dos seres do mundo, é indiscutível.

Para Santin (apud VARGAS, 2002, p.31)⁴⁶, “A ciência tornou-se o centro do poder de dominação do universo e do homem. A técnica é seu grande instrumento do exercício eficaz desse poder do saber. E, no caso, o conhecimento científico é aquele que dispõe do potencial técnico para se transformar em máquina de intervenção”.

Mas Foucault entende que o conhecimento científico não só pretende revelar a verdade, ele a cria através de procedimentos regulados para produção, circulação e funcionamento dos enunciados. E a ciência médica também constrói verdades sobre o humano, tal como o seu corpo – que é, o exame, senão técnica sutil onde se engajam todo um domínio de saber/poder, instrumento fundamental de individualização, no conhecimento dos

⁴⁶ SANTIN, Silvino. **A biomecânica entre a vida e a máquina**: um acesso filosófico. 2 ed. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

corpos, através do qual “[...] a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder”⁴⁷.

Foucault (2003a, p.116)⁴⁸ afirma que a história do saber na sociedade ocidental é a história da “[...] maneira pela qual a produção da verdade tomou a forma e se impôs a norma do conhecimento”. Este autor buscou o modo como, no ocidente, impôs-se pouco a pouco a produção da verdade do sujeito do conhecimento. Em *Microfísica do Poder*⁴⁹ nos fala do inquérito, forma jurídica-política de produção da verdade correlata ao desenvolvimento do Estado, que se generaliza e é o modelo que se impôs ao saber a forma do conhecimento; num segundo momento, este procedimento jurídico-político se incorpora a uma tecnologia que permitia um inquérito sobre a natureza - tecnologia que é a dos instrumentos destinados à apreensão da verdade em qualquer tempo e lugar, pois a verdade “[...] terá que se representar e se apresentar cada vez que for procurada”.

Lembramos que, em *La verdad y las formas jurídicas*⁵⁰, ao discutir as técnicas de investigação da verdade no âmbito da ordem jurídica, nos fala do inquérito e, ainda, sobre as ciências do *Exame*, ambas se relacionando com a formação de um certo número de controles políticos e sociais da sociedade capitalista em fins do século XIX. Estas técnicas foram, em seguida, empregadas na ordem científica e na reflexão filosófica.

Esta é a *verdade*, constatada por instrumentos possuidores de função universal, à qual também se soma a experimentação – um inquérito sobre fatos artificialmente provocados que permitiu que fenômenos fossem produzidos. Esta forma de produção da verdade pouco a pouco impôs sua forma como universal, acompanhando as mutações essenciais das

⁴⁷ FOUCAULT, 2003a, p.107.

⁴⁸ Op. cit.

⁴⁹ FOUCAULT, 2003a, p.116.

⁵⁰ FOUCAULT, Michel. **La verdad y las formas jurídicas**. Barcelona: Gedisa, 1978. p.13-33.

sociedades ocidentais; também o hospital passa a local da verdade/constatação, elaborada “[...] em teste na estrutura técnica do laboratório e na representação do médico”⁵¹.

Nestas modificações do saber, trata-se de formas de poder-saber, que se efetivam ao nível da infra-estrutura e dão lugar à “[...] relação de conhecimento sujeito-objeto como nome do saber”⁵².

Em Foucault, o ritual de produção da verdade tem, como corpo, instrumentos e métodos. No hospital, entendemos que, na produção da verdade sobre o corpo, o saber Clínico mostra sua eficácia tomando *corpo* em variadas tecnologias através das quais se efetiva como *O Saber* sobre o corpo e, melhor ainda, se efetiva de forma continuada, insistente, prolongada, seguida, pois sempre posta em funcionamento nos diversos contatos dos agentes, não só médicos, com os corpos da UTI. Assim sendo, a Clínica efetiva-se nos procedimentos de cada dia – o exame do paciente, tecnologia de leitura potente da visibilidade do corpo, é a apreensão diária do corpo pela Clínica, assim como a produção diária da verdade do corpo⁵³.

Como mecanismo de visibilidade do corpo a Clínica segue, quase absoluta, produzindo a mirada do olho sobre o corpo dos diversos agentes que atuam no hospital, e não somente do médico, mesmo sendo ele o *dono* dos mecanismos e máquinas de olhar da Clínica.

Um saber sobre o corpo se conforma. Saber fundamentado nas leis do movimento e do equilíbrio da natureza, evidenciado nos registros insistentes sobre os estados do corpo, entre estabilidades e instabilidades, regularidades e irregularidades. Saber fundamentado, também, num corpo modelado como máquina, baseado no modelo mecanicista do positivismo, evidenciado nos registros sobre os processos vitais do corpo (sangue, circulação, respiração, dentre outros) como fenômenos mecânicos e dinâmicos tendo, como caso exemplar, os sinais

⁵¹ FOUCAULT, 2003a, p.120.

⁵² FOUCAULT, 2003a, p.117.

⁵³ Veremos, no 2º capítulo dos resultados deste estudo, que a dizibilidade do corpo é a exposição diária dessa verdade do corpo.

vitais. Saber fundamentado, ainda, nas polaridades ou *duos* do corpo: mente e corpo, saúde e doença, normal e patológico.

Isto tudo é a Clínica; e mais, é a homogeneização do corpo, pois a Clínica reparte, detalha, sintetiza, classifica, codifica o corpo e produz aquilo que é, desta forma, o Corpo – tornado referente em relação às demais verdades potenciais existentes. Processo duplo – de homogeneização e normalização do corpo. Entendemos normalização como instituição, por um saber/poder, de um modelo de verdade. Parece-nos que é este o sentido dado por Foucault que, ao ser indagado sobre a ligação entre normalização e a idéia de homem como centro do saber, responde que, por meio de diferentes práticas (psicológica, médica, penitenciária, educativa), certa idéia ou modelo de humanidade tem tomado forma, e essa idéia de homem tem se tornado normativa, evidente e se passa por universal⁵⁴.

A mesma objetividade, da qual falamos logo atrás, recorta o *corpo* da Clínica de uma determinada forma, tomando-o como um corpo de intervenção especialmente médica. A Clínica orienta aquilo do corpo que é objeto de intervenção no hospital, e fundamenta as práticas neste espaço.

As técnicas do eu profissional também se constituem em torno da racionalidade do saber e prática (médica) no hospital. Nesta racionalidade, as práticas são analisadas de um ponto de vista genealógico, a partir de questões Foucaultianas sobre **o nascimento do hospital, poder e disciplina dos corpos.**

Sobre o nascimento do hospital, já no final do século XVII o corpo do homem precisa ser recuperado como investimento e força de trabalho. O hospital passa a fazer parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar como máquina de curar e local de cura; com tal

⁵⁴ FOUCAULT, Michel. Verdad, individuo y poder. In: _____. **Tecnologías del yo: y otros textos afines.** 1ª. ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990b. p.141-150.

função, seu ambiente precisa ser corrigido, sanado e controlado, a fim de eliminar os efeitos maléficos presentes nos hospitais da época⁵⁵.

O hospital, como instrumento terapêutico, é uma invenção que data do final do século XVIII, quando o hospital foi medicalizado e a medicina pôde tornar-se hospitalar. Para tanto, surge um novo esquadramento do poder no seu espaço, que pretende sua reorganização econômica, administrativa e política; este esquadramento é realizado por uma tecnologia política que abrangeu, além dos hospitais, a organização das grandes instituições sociais – as escolas, as oficinas, os exércitos. Esta tecnologia política é a **disciplina** - uma nova técnica de gerir os homens, especialmente elaborada, em seus princípios fundamentais, entre os séculos XVII e XVIII⁵⁶.

A disciplina é a arte das distribuições espaciais e o controle das atividades, na produção da utilidade do corpo e de sua eficácia produtiva. Assim sendo, a disciplina, um mecanismo do poder, trabalha os corpos dos homens produzindo-os. Seus objetivos, econômicos e políticos, são “tornar o homem 'útil e dócil’”⁵⁷.

A disciplina é uma técnica de poder e é a introdução dos seus mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Os indivíduos e a população são dados, simultaneamente, como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina graças ao hospital disciplinado e medicalizado.

Foucault (2003a)⁵⁸ também nos fala do biopoder - poder sobre a vida, tecnologia política que se desenvolve a partir do século XVIII, se exerce pela dominação dos corpos e, especialmente, da própria vida. Esta dominação da vida estende o biopoder, como técnica de

⁵⁵ FOUCAULT, 2003a.

⁵⁶ FOUCAULT, 2003a.

⁵⁷ MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18ª. ed. Rio de Janeiro, 2003. p.vii-xxiii. p.xviii.

⁵⁸ Op. cit.

poder sobre os homens, para além do hospital; contudo, nosso foco recai nos corpos do hospital, ao qual retornamos.

Interessa-nos que o poder disciplinar possui aspectos inter-relacionados, tais como organiza o espaço e o tempo, vigia de forma invisível, mas penetrante e, especialmente, produz saber para seu maior poder: “[...] é o saber enquanto tal que se encontra estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder. É enquanto é saber que tem poder”⁵⁹.

Desta forma, o saber sempre é relação com o poder, sem nunca serem a mesma coisa; na fabricação do conhecimento estão, sempre, as relações de luta e poder⁶⁰.

Interessa-nos que, nas práticas políticas disciplinares, se formam os domínios de saber - “Das técnicas disciplinares, que são técnicas de individualização, nasce um tipo específico de saber: as ciências humanas”⁶¹; e é a partir de um poder sobre o corpo, no hospital, que foi possível constituir um saber sobre o mesmo.

O hospital estruturou-se e organizou-se como lugar para a apreensão dos corpos e a ciência médica participou da individualização dos mesmos. A formação de uma medicina hospitalar se deve à disciplinarização do espaço hospitalar e à transformação do saber e da prática médicas. A disciplina torna-se médica e o poder é confiado ao médico devido à transformação do seu saber sobre doença e cura, pois a partir de meados do século XVIII, epistemologicamente, a doença passa a ser entendida como um fenômeno natural, constituindo-se a medicina do meio; o hospital, como local de cura e espaço controlável, adquire novo status. O médico desloca-se para o seu interior e assume o seu comando, como detentor do saber.

⁵⁹ MACHADO, 2003, p.xxii.

⁶⁰ FOUCAULT, 1978.

⁶¹ MACHADO, 2003, p.xx.

Foucault (2003a)⁶² nos fala que o hospital se transforma em fins do século XVIII devido a medicalização de seu espaço, em sua função e em seus efeitos; e, também, pela mudança do sistema de poder no seu interior sendo, o médico, o principal responsável pela organização hospitalar: “[...] a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita [...]”, na qual o médico é seguido de toda a hierarquia do hospital.

A Clínica tem sua gênese no saber/poder médico no hospital; seu surgimento significa a organização do hospital como lugar de registro contínuo, formação, acumulação e transmissão do saber.

Em nosso *corpus* de análise, se evidenciamos uma medicina clínica, fortemente centrada no exame, no diagnóstico e na terapêutica individual, Foucault (2003a, p.206)⁶³ nos fala que lá, onde vigorou o projeto de hospital medicalizado, já se precisava organizá-lo:

[...] em função de uma estratégia terapêutica sistematizada: presença ininterrupta e privilégio hierárquico dos médicos; sistema de observações, anotações e registros que permita fixar o conhecimento dos diferentes casos [...] substituição dos regimes pouco diferenciados em que consistia, tradicionalmente, o essencial dos cuidados por curas médicas e farmacêuticas mais adequadas.

Não pretendemos nos deter sobre todo o movimento que reorganizou o hospital e possibilitou o surgimento da clínica, pois são diversos os trabalhos de enfermagem que realizam este enfoque, tendo Foucault como referencial. Interessa-nos constatar que, neste movimento, surge uma determinada enfermagem, moldada na disciplina hospitalar, na hierarquização dos saberes e na segmentação das práticas; a enfermagem organiza-se, nesta nova estrutura de poder, com finalidade de auxiliar o trabalho médico.

É evidente a eficiência dos mecanismos que constituíram este modelo de hospital, pois produziram efeitos e os perpetuaram no tempo e no espaço, até os dias atuais. Desta forma, no hospital moderno, diversos estudos dão conta do modelo de disciplina dos espaços, incluindo

⁶² FOUCAULT, 2003a, p.110.

⁶³ Op. cit.

a espacialização dos seus agentes; disciplina dos corpos e dos agentes, demonstrados por Foucault na reorganização do hospital vitoriano; vigilância dos indivíduos por uma pirâmide de olhares; e registro contínuo das atividades, no exercício de um poder que demonstra a eficácia de seus mecanismos em produzir todo um campo de efeitos, assim como produzir objetos, seus correlatos⁶⁴.

Deste movimento, interessa-nos um enfoque mais atento ao corpo, às tecnologias, ao agente. Um determinado saber sobre o corpo se desenvolve e, neste mesmo movimento, produz um determinado corpo, normalizado como corpo de intervenção. Este saber produz tecnologias, através das quais opera sobre o corpo, em sua leitura e intervenção. Mas, toda esta efetividade do saber na produção do corpo é dependente de agentes apropriados nesta operação; desta forma, ao hospital moderno sempre se alia uma escola.

A pedagogia é a disciplina organizada na produção do sujeito e ela se efetiva não somente na escola; nos atos diários sobre os corpos produz-se, pedagogicamente, o agente da intervenção, pois o saber requer um agente competente em sua operação sobre o corpo.

Nas práticas de leitura e intervenção sobre o corpo que a(o) enfermeira(o) registra, estão implicados saberes/poderes que são da Clínica e do Cuidado. Ambos discursos anunciam um modelo de enfermeira(o) que se almeja nas mentes dos agentes; ambos discursos possuem, também, uma racionalidade prática no hospital, à qual os modos de pensar e atuar dos agentes devem convergir. A formulação do Cuidado está implicada nas condições que tornaram possível a produção de um trabalho complementar, ou subsidiário, ao trabalho médico no hospital. Assim, formulam-se prescrições dos modos de ser dos agentes.

Competente é a(o) agente enfermeira(o), registrando os detalhes do corpo gerados em leituras constantes e contínuas no espaço / tempo da UTI. Nesta leitura, esta(e) agente segue exercitando um determinado olhar sobre o corpo – o olhar Clínico,

⁶⁴ Diversos estudos do apêndice 2 referem-se ao poder disciplinar.

eminentemente médico; um olhar que é - extensão do olho médico, no sentido de que é no olhar do enfermeiro que o olhar médico se prolonga (ou se estende) sobre o corpo, numa vigília contínua no espaço / tempo da UTI.

Competente também é a(o) agente enfermeira(o), registrando os detalhamentos das intervenções realizadas sobre o corpo/máquina da UTI, com foco nas intervenções médicas. Nestas intervenções, esta(e) agente segue exercitando um determinado saber/fazer sobre o corpo – o saber/fazer Clínico, eminentemente médico; um fazer que cumpre como extensão do braço médico.

Interessa-nos que, no mesmo movimento de produção da(o) enfermeira(o) como extensão do olho e do braço médico, segue-se mediando e produzindo a experiência de si da(o) enfermeira(o). Esta experiência, em algumas de suas dimensões, será retomada após expormos as demais unidades de análise.

6. 2. EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE APREENSÃO DE UMA CERTA LINGUAGEM...

Se no primeiro capítulo de análise evidenciamos que a(o) enfermeira(o) segue descrevendo práticas de leitura e de intervenção sobre o corpo e indagamos destas práticas; neste momento, apresentamos o detalhamento destas descrições, ilustrando a apreensão de um determinado discurso pela(o) enfermeira(o) e expressando, também, a dizibilidade do corpo da UTI; expressando, mais, as possibilidades de dizibilidade desta(e) agente da enfermagem.

Se o olhar (Clínico) recorta o corpo no Exame de determinada forma, apresentando a Verdade do corpo; faz-se necessário que esta verdade não se perca, ao contrário, documente-se podendo, desta forma, multiplicar-se, potencializar-se; este é o momento em que se inscreve o corpo num regime de documentação.

Enfatizamos que o regime de dizibilidade do corpo, mostrado nos registros da(o) enfermeira(o), tem sua gênese de forma contingencial ao exame do corpo – no Nascimento da Clínica o discurso sobre o corpo reorganiza-se em correspondência com toda uma reorganização do que é tornado visível no corpo⁶⁵; sua história também poderá ser contada pela racionalidade das práticas médicas no hospital.

Para Foucault (2004b, p.xi)⁶⁶, o olhar fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível tornou possível “[...] organizar em torno dele uma linguagem racional. O *objeto* do discurso também pode ser um *sujeito*, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas”. Foi essa formulação que criou a possibilidade de uma *experiência clínica* – experiência que pronuncia um discurso de estrutura científica sobre o indivíduo⁶⁷.

⁶⁵ LARROSA, 2002.

⁶⁶ Op. cit.

⁶⁷ Na UTI esta estrutura científica expande seus usos por quase todas as práticas, ao menos por aquelas ditas profissionais; desta forma, o racional - dado pelo saber Clínico; recobre métodos e técnicas orientando, dentre outros, a construção de manuais operacionais - incluindo o “Manual básico de normas para procedimentos de enfermagem na área de UTI adulto”, composto por *definição, finalidade, responsabilidade, materiais, assistência, método, técnica, observações e recomendações*.

Se uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina em fins do século XVIII foi a organização do hospital, como grande aparelho de examinar; outra condição, derivada da primeira, mas irreduzível à ela, foi a instituição de todo um aparelho de escrita, pois se fez necessário o indivíduo entrar num campo documentário, produzindo “[...] um arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constitui ao nível dos corpos e dos dias”⁶⁸. Esta é a entrada do indivíduo no campo do saber, sob a sigla das *ciências clínicas*, através da descrição singular, do interrogatório, da anamnese, do *processo* no funcionamento geral do discurso científico, realizados pelos processos de escrita e de registro ao lado dos mecanismos de exame.

Desta forma, para Foucault (2004a)⁶⁹ conforma-se no hospital toda uma rede de anotações escritas, elaboradas diariamente – ou a cada turno, como na UTI; num sistema de registro intenso, nos quais os corpos são captados e fixados, produzindo uma acumulação documentária sobre os corpos. Consideramos que esta documentária se refere, também, às práticas e seus agentes.

O *poder da escrita* é constituído como peça fundamental da disciplina no hospital; esta escrita modela-se pouco a pouco com métodos e técnicas particulares de identificação, de assimilação e de descrição dos corpos: “Daí a formação de uma série de códigos da individualidade disciplinar que permitem transcrever, homogeneizando-os, os traços individuais estabelecidos pelo exame [...]”⁷⁰. Consideramos que estes códigos são apresentados numa certa *economia da palavra*, abordada mais adiante neste estudo.

A acumulação desta escrita, de início ainda rudimentar, permite o estudo e a organização de um saber sobre o corpo (de cada corpo, e do corpo em relação ao conjunto destes) através da correlação dos elementos, sua seriação, organização em campos

⁶⁸ FOUCAULT, 2004a, p.157.

⁶⁹ Op. cit.

⁷⁰ FOUCAULT, 2004a, p.158.

comparativos que permitem classificar, categorizar, estabelecer médias, fixar normas sobre o corpo⁷¹.

Assim, o aparelho da escrita que acompanha o exame possibilita a constituição do indivíduo (no hospital, o corpo) como objeto descritível e analisável “[...] para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente [...]”⁷². O aparelho da escrita permite, também, a constituição de um sistema comparativo que permite estimar desvios dos indivíduos entre si, descrever grupos, caracterizar e analisar fenômenos e fatos coletivos, assim como sua distribuição numa população.

O exame, junto com suas técnicas documentárias, faz de cada indivíduo um caso - no hospital, o caso é o corpo. O caso “[...] é o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser [...] classificado, normalizado, excluído, etc”⁷³.

Essa descritibilidade do corpo é o que veremos nas descrições realizadas pelos enfermeiros em seus diversos registros diários, expostas logo a seguir. Desta forma, competente é a(o) enfermeira(o), no uso apropriado dos aparelhos da escrita, em seus métodos e técnicas; e no uso competente de uma linguagem construída por um determinado saber/poder sobre o corpo – linguagem, esta, que a(o) enfermeira(o) deve saber fazer o uso adequado em cada caso/corpo.

Entendendo a **linguagem** como materialidade discursiva do saber e da prática em UTI - os registros (entendidos como modalidade concreta de mecanismos nos quais se efetivam os dispositivos de produção e mediação da experiência do eu profissional) expressam como se dá o domínio da linguagem.

⁷¹ Ibid.

⁷² FOUCAULT, 2004a, p.158.

⁷³ FOUCAULT, 2004a, p.159.

Nos detalhamentos das práticas sobre o corpo pela(o) enfermeira(o), aparece o domínio da forma e do discurso de uma certa linguagem – a linguagem Clínica. Nos exercícios diários (que constituem os registros), é o raciocínio Clínico que aparece, embora todo o discurso do Cuidado em Enfermagem da profissão... Desta forma, o texto apresenta uma linguagem para o corpo, uma forma e um discurso: a Clínica.

Como se apreende a linguagem Clínica? O domínio da linguagem, eminentemente Clínica, é demonstrado continuamente nos registros diários das(os) enfermeiras(os): nos detalhamentos das práticas sobre o corpo - na familiaridade demonstrada com a forma desta linguagem; e nos exercícios constantes de relacionar estados do corpo/máquina, diagnósticos (médicos) e terapêuticas (médicas) sobre o corpo/máquina da UTI - **tecer relações é o grande exercício de domínio do saber Clínico.**

A Clínica se traduz numa linguagem própria, numa materialidade discursiva. O domínio desta linguagem (em sua forma e discurso) é o exercício de apreensão que se mostra nos registros.

Este saber possui uma determinada **forma**: constitui-se de determinados conteúdos (conceitos, definições) elaborados numa sintaxe gramatical. Não pretendemos, com isto, realizar análises lingüísticas detalhadas (estudo hermenêutico), apenas salientar que o saber profissional é expresso de determinada forma; ou seja, numa linguagem com traços característicos.

E este saber se põe em movimento nos **discursos** profissionais, através do qual se apreende a linguagem utilizada pela profissão e, especialmente, como esta linguagem é operada pelo profissional; ou seja, como o profissional discursa. O discursivo da linguagem é aquilo que procede por meio de raciocínios.

Entendendo que as tecnologias do eu relacionadas à constituição do eu profissional estão especialmente relacionadas ao domínio do saber (e fazer) profissional, este eu se constitui nos exercícios diários de apreensão deste discurso do saber (e das práticas).

6.2.1. O DOMÍNIO DA FORMA

O domínio da forma da linguagem é demonstrado nos detalhamentos, nas sintetizações e na codificação da linguagem – esta forma é produzida pelo saber Clínico.

6.2.1.1. Nos detalhamentos, o exercício de domínio da forma da linguagem...

Sobre o olhar da Clínica, o corpo é posto em sinais e sintomas, apresentados miudamente em quantificações e qualificações.

O domínio da forma da linguagem se apresenta nos detalhamentos do texto: nas evidências quantificáveis e qualificáveis do corpo que expressam, prioritariamente, alterações em funções orgânicas vitais e indicam o normal e o patológico no corpo.

Destriçando e esmiuçando o corpo - sobre o olhar da Clínica, o corpo quantificado e qualificado é descrito...

O corpo lido através de um olhar detido (Clínico) é descrito destriçado⁷⁴ em porções - as funções orgânicas vitais, as funções fisiológicas do corpo, os parâmetros do corpo...

Desta forma, o corpo é descrito em suas funções orgânicas vitais como: o corpo hemodinâmico, o corpo que respira, o corpo hídrico, o corpo químico, o corpo sensorial, o corpo sensorial (dor), o corpo térmico, o corpo pele, o corpo que movimenta, o corpo e suas defesas, o corpo que se recupera respondendo aos resultados de intervenção Clínica (restaura tecidos, funções, realiza hemostasia). E também, o corpo que comunica, o corpo sensível.

⁷⁴ Destriçar está no sentido de separar os fios, expor com minúcia, individualizar, desenredar. (UOL, 2001).

O corpo sensorial é aquele constituído de carnes e nervos, conectados em um sistema central nervoso. Difere do corpo sensível que é conectado ao psiquismo e que diz respeito às emoções, ao estado emocional e, no qual, historicamente se procurou separar corpo e mente.

Nos registros, é evidente a centralidade dos processos vitais do corpo na terapia intensiva, com foco na fisiologia, especialmente na hemodinâmica.

O corpo é quantificado em parâmetros, intensidade de alterações, localizações, números, tempo:

16/01/04 Vespertino...
Período s/ intercorrências; porém leito 2 – Renata Grave, hipotensa; edema 2+/4 = (cervical à coxa femural E, ↑↑PVC, Oligoanúrica 200ml/12h. (LI 2003, p.33)

O corpo térmico, hemodinâmico, hídrico, respiratório é detalhado em suas alterações, descrito em localizações e intensidades:

Vespertino 02/04/2004...
L02 – Renata – Febril, bradicárdica, mal distribuída, hipotensa, ora hipertensa, saturando mal. (LI 2003, p.66v).

Aparecem, mais raramente, descrições de um corpo sensível em registros de ansiedade, choro, medo, depressão, angústia, agressão.

O corpo é descrito em suas funções fisiológicas: o corpo que se alimenta e o corpo que elimina (fezes e urina). Mas estas descrições estão geralmente distintas das funções orgânicas vitais; desta forma, observa-se uma eleição das porções do corpo prioritárias como objeto de descrição detida.

O corpo é descrito em suas dimensões e parâmetros. Parâmetro do corpo (ou o corpo quantificado) é tudo aquilo que, no corpo, pode ser traduzido através da linguagem das ciências exatas, especialmente da matemática e da física, em quantidades, tamanhos, pesos, porcentagens, pressões, volumes, tempos do corpo, dentre outros.

Estas dimensões e parâmetros são fornecidas por leituras do corpo que a(o) enfermeira(o) realiza e interpreta, fazendo parte dos saberes que domina e de suas atribuições, assim como dos demais profissionais de enfermagem, embora estas leituras e interpretações não sejam exclusivas da área de enfermagem.

O corpo pode ser dimensionado e quantificado em sinais vitais (pressão arterial / PA, frequência cardíaca / FC, frequência respiratória / FR, temperatura / T), peso, altura, glicemia, trabalho cardíaco (traçado de eletrocardiograma / ECG), saturação de oxigênio (SPO₂), edema, pressão venosa central (PVC), volume urinário, balanço hídrico (BH), escalas (escala de Glasgow) e classificações (classificação da escara). Na UTI existem leituras bem específicas do corpo que a(o) enfermeira(o) deve dominar, como o traçado de ECG.

Nos registros, a(o) enfermeira(o) demonstra certa familiaridade destas dimensões e parâmetros do corpo e, nestas descrições, tece o domínio da linguagem Clínica.

O olhar se detém sobre o corpo no sentido de separá-lo em porções (o corpo sensorial, o corpo que respira, o corpo hemodinâmico...); e, em cada porção, o olhar individualiza e expõe, em minúcias, suas engrenagens na forma de evidências. Desta forma, o corpo que respira é apresentado através das evidências da respiração - movimentos respiratórios, frequência respiratória, saturações, secreções respiratórias, sons respiratórios, cores, perfusões:

14/12/03...

L 2 – Rosa Fez Taquicardia = 173 bat/min de FC, fez 40,1°C de T, fez hipotensão 88/42 mmHg de PA. Apresenta anasarca. Está c/ exteriorização de som pela boca e batimento de asa de nariz. Foi sedada... (LI 2003, p.1)

O conjunto destas evidências compõe um certo quadro de normalidade ou de alteração desta porção. E assim, cada porção do corpo segue sendo exposta miudamente.

O corpo submetido a um olhar detalhado (Clínico) é, desta forma, exposto esmiuçado⁷⁵, em suas evidências quantificadas e qualificadas.

Suas funções vitais, especialmente sua hemodinâmica, são descritas detalhadamente através de quantificações - números, intensidades, cores, localizações, espaços, tempos, movimentos; e qualificações - formas, fatores associados, estados (estabilidade, instabilidade), respostas às intervenções, dentre outros.

Suas funções fisiológicas são descritas detalhadamente, através da normalidade e da alteração, quantificadas em números no tempo, intensidades; e qualificadas em suas formas.

Seus parâmetros são descritos detalhadamente, através da normalidade e da alteração, quantificadas em números, tempos, localizações, intensidades (aumentado, diminuído, forte, fraco, mais, menos...). Os parâmetros mais descritos são: sinais vitais (SSVV), balanço hídrico (BH), glicemia. Também são registrados parâmetros mais complexos, especialmente na descrição da hemodinâmica do corpo, tais como pressão venosa central (PVC), débito cardíaco (CO), oximetria (SPO2), oscilometria (NIPB), eletrocardiograma (ECG).

São registradas quanti/qualificações do corpo na forma de classificações clínicas, tais como, classificações da desidratação, do coma, da escara; e escalas clínicas, tais como as escalas de dor, de edema. Estas classificações e escalas implicam tanto no domínio dos detalhamentos, como das sínteses da linguagem Clínica.

Os resultados de exames médicos (clínicos e laboratoriais), considerados quanti/qualificações do corpo, também fazem parte das descrições do corpo pela(o) enfermeira(o) – são geralmente expostos e relacionados com o estado do corpo.

Nos registros, o corpo é apresentado em sua normalidade e sua alteração, mas as(os) enfermeiras(os) detalham, prioritariamente, as evidências de alterações no funcionamento do corpo - o foco dos registros são estas alterações.

⁷⁵ Esmiuchar está no sentido de dividir em pequeninas partes, convertendo em pó para analisar, pesquisar, investigar. É explicar miudamente. (UOL, 2001).

6.2.1.2. Nas sintetizações, o exercício de domínio da forma da linguagem

A(o) enfermeira(o) demonstra domínio da forma da linguagem Clínica nos registros que realiza. Apresenta registros detalhados do corpo e sínteses de estados patológicos do corpo na forma dos diagnósticos médicos. Geralmente os diagnósticos médicos são apresentados seguidos, entre parênteses, de sinais e sintomas (e, também, de descrições de resultados de exames) expressos naquele corpo que os confirmam, reafirmando o domínio da linguagem Clínica pela(o) enfermeira(o):

31/12/03 Matutino...

L 02 – Rosa – Apresentou Intercorrência +- 10:00 h c/ (LBS + IRA) quadro de bacteremia (frio, tremores + Hipertermia) + cefaléia intensa, med cpm c/ melhora. Sinais Vitais alterados { - Hipertensão Arterial – Taquicárd (174bpm) – Vent. Mec... (LI 2003, p.8)

Não há registros de diagnósticos de enfermagem (segundo taxonomia da NANDA) ou outra linguagem que oriente aquilo que, no corpo, é objeto de intervenção da(o) enfermeira(o); e isto é tanto mais significativo quando lembramos que são relatórios de enfermeiras(os) das práticas sobre o corpo na UTI.

Neste trabalho não pretendemos avaliar se o saber Clínico (ou outro) está expresso na linguagem diagnóstica em enfermagem; apenas entendemos que, na própria tentativa de estabelecimento de uma certa linguagem (em sua forma e discurso), se constituem domínios de saber / poder e, também, dispositivos disciplinares e pedagógicos que constituem o eu profissional.

O que há é a centralidade do diagnóstico médico e o domínio evidente desta linguagem pela(o) enfermeira(o) nos registros que realiza. Podemos afirmar que a(o) enfermeira(o) possui familiaridade com a forma da linguagem Clínica.

O corpo traduzido pela clínica, apresentado entre o normal e o patológico, sintetizados nos diagnósticos médicos...

Os registros das(os) enfermeiras(os) se alternam mais ou menos detalhados, mas seguem geralmente um mesmo formato, apresentando o corpo através de sinais e sintomas que detalham alterações orgânicas (principalmente hemodinâmicas) e/ou emocionais.

O corpo também é apresentado através de sínteses que o traduzem; sobre o olhar da Clínica, este corpo é apresentado em dois estados polares – **o normal e o patológico**.

Contudo, o normal e o patológico não é o corpo como um todo, mas suas *porções*. Desta forma, o corpo normal é apresentado através de suas porções normais - sua hemodinâmica, sua respiração, por exemplo; e o corpo patológico é apresentado através de suas porções patológicas – seu sensorio, sua defesa, hemodinâmica, química:

04/02/04 Vespetino...
L03 – Anibal – Arreflexivo. Glasgow 3, febril, c/ drogas vasoativas, hiperglicêmico. (LI 2003, p.26v).

Geralmente, são apresentadas várias porções patológicas num mesmo corpo, tal como sua hemodinâmica, respiração e hidratação. A(o) enfermeira(o) também registra o normal e o patológico num mesmo corpo – o corpo doente em partes...

Uma linguagem sintética traduz o corpo no normal e/ou patológico; e esta tradução é feita pela Clínica que foca, no corpo, suas patologias.

Sínteses do corpo

O raciocínio clínico se detém sobre o corpo realizando certos detalhamentos e sínteses, pois os estados fisiológicos ou patológicos se expressam, no corpo, através de conjuntos de sinais e sintomas. Estes conjuntos são interpretados pelo médico e sintetizados nos diagnósticos médicos.

Desta forma, podemos dizer que o diagnóstico médico é a tradução da leitura médica sobre o corpo; e é a linguagem sintética de um estado, normal (comumente denominado fisiológico) ou patológico, do corpo.

Os registros das(os) enfermeiras(os) priorizam os estados patológicos do corpo. Desta forma, no texto, o corpo é apresentado sinteticamente nos diagnósticos médicos (choque séptico, por exemplo), nas classificações clínicas diagnósticas (SIDA IV, desidratação grau III, por exemplo); e nas escalas clínicas (escala de Glasgow, por exemplo).

Na admissão, o corpo é invariavelmente apresentado pelo seu diagnóstico médico, ou por sua hipótese diagnóstica médica. O corpo traduzido no diagnóstico médico e o diagnóstico médico determinando os espaços privilegiados do corpo no hospital:

Período Vespertino – 10.02.04...
Admissões: L04 – Renata – Abscesso axilar E c/ irradiação. L06 – Beni – Glasgow 3, SIDA IV, Encefalite CM. (LI 2003, p.30v).

Os registros são permeados por diagnósticos médicos e, a eles, geralmente se relacionam as intervenções médicas.

6.2.1.3. Na codificação da linguagem, o exercício de domínio da forma da linguagem...

Observamos que a codificação da linguagem se mostra através do uso da linguagem técnica, eminentemente Clínica; e também no uso corrente de abreviações e sinais utilizados como códigos, tanto da linguagem técnica como da linguagem corrente no texto e nas práticas.

A codificação da linguagem expressa uma certa economia da palavra que se estende para além da linguagem Clínica. Contudo, o domínio da linguagem se constitui nos exercícios diários de apreensão do discurso Clínico. Desta forma, a *economia da palavra*⁷⁶ é voltada para o saber Clínico, um saber/poder médico.

A economia da palavra

⁷⁶ Esta economia da palavra se traduz como *eficiência* na apresentação da verdade do corpo por um certo discurso.

As práticas de leitura e intervenção sobre o corpo são apresentadas nos registros realizados pelas(os) enfermeiras(os) em uma linguagem própria, produzida por um saber eminentemente Clínico, codificada em termos técnicos, abreviações e sinais.

Esta linguagem codificada apresenta, na leitura do corpo, seus estados, suas funções fisiológicas, suas funções orgânicas vitais, os parâmetros do corpo, as tecnologias/máquinas conectadas ao mesmo, a tradução do corpo no diagnóstico médico, dentre outros.

Esta linguagem codificada também apresenta, nas intervenções sobre o corpo, as terapêuticas medicamentosas sobre o mesmo e as diversas terapêuticas instituídas sobre o corpo/máquina da UTI.

A Codificação da linguagem: a linguagem técnica e coloquial, as abreviações e os sinais

A linguagem técnica apresenta as leituras do corpo e as intervenções sobre o mesmo:

13/02/04 Matutino... L06 – Beni (↓). (LI 2003, p.32).
Diurno 08/04/004... Iza → trocado TOT (caff furado), MP.T com demanda p/ 70/80 bpm. (LI 2003, p.71v)

28/03/04 Not... L4 – Edino – Veia periférica c/ drogas vasoativas infiltrado, suspenso NPT, iniciado aminofilina em MSE, colocado demais medicações em dissecação do MSD. Tentado passar intracath na jugular D. Abdome muito distendido. Fez hipertermia. Curativo c/ gde qde. pus. L6 – Helena – Infiltrado intracath D. Passado novo no lado E. Suspenso dieta por ter vomitado, deixado SNG aberta. (LI 2003, p.63)

Na **leitura do corpo**, a linguagem técnica nomeia suas porções (hemácia, pulmão) e regiões (sacra, tórax, face, flanco, precordial, inguinal, calcâneo); suas funções fisiológicas (diurese, evacuação) e orgânicas vitais (hemodinâmica, ventilação).

Em todo o texto, a linguagem técnica é bastante utilizada para detalhar alterações em funções fisiológicas e orgânicas vitais, tais como incontinência urinária, bexigoma, poliúrico, oligoanúrico, anúria, anasarca, inapetente, evacuação pastosa, sialorréia, vômito, taquidispneico, dispneico, hipertensão, hipotensão, picos hipertensivos, arritmia cardíaca, taquicardia, bradicardia, hipertermia, hipotermia, febril, subfebril, descorada, hiponatremia, hipercaliemia, hipocaliemia, hiperglicemia, hipoglicemia, anasarca, arreflexia, bigeminismo,

extrassístoles, leucocitose, plaquetopenia, insônia, sonolência, depressão, ansiedade, agitação, pupilas médio-fixas, cefaléia, dislalia, hemiplegia, impregnação, laringoespasma, tosse, rolha...

Neste detalhamento, a linguagem técnica apropria-se de termos comumente latinos; estes termos, por sua vez, são acrescidos de prefixos e/ou sufixos, também latinos, que detalham as alterações do corpo. Desta forma, a palavra *bexigoma* resulta do termo – bexiga, mais o sufixo - oma; e a palavra *poliúrico* resulta do prefixo – poli, mais o termo - úrico; ambas representam alteração em função fisiológica. Da mesma forma são detalhadas alterações em funções orgânicas vitais: prefixos *taqui*, *dis*, *hiper*, *hipo* expressam alterações quantitativas e qualitativas em determinadas funções orgânicas; termos *pneico*, *cárdia*, *tensão* expressam funções orgânicas.

A linguagem técnica traduz os estados do corpo - estável, instável, grave, gravíssimo, poliqueixoso, mal distribuído, descompensado, dessaturado, em acidose metabólica, séptico; e apresenta as traduções das doenças do corpo nos diagnósticos médicos - escara, infarto agudo do miocárdio, tetraplegia, abscesso, celulite, hemotórax, pneumotórax, empiema pleural, trombose, insuficiência respiratória, hematoma, encefalopatia hipertensiva, encefalite, angina instável, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, valvulopatia, insuficiência mitral, insuficiência tricúspide, politrauma, deiscência de sutura, bacteremia, lúpus, febre amarela, hipertensão arterial, enfisema, fibrose, broncoaspiração, vasculite, pediculose, pangastrite. Nomeia, também, os microrganismos presentes no corpo - klebsiella, Pseudomonas.

Esta mesma linguagem técnica nomeia diversas tecnologias/máquinas conectadas ao corpo - cânula de traqueostomia, dreno tubular, dreno de tórax, mascara de venturi, cateter epidural, cateter de subclávia, abocath, intracath, marcapasso, ventilador, sonda nasoenteral, sonda vesical; assim como seus componentes - caff/balonete, traquéia.

Os equipamentos geralmente são nomeados segundo sua forma, função e localização, tal como *traqueostomia*, que resulta do termo – traqueo, e do sufixo - stomia; e *dreno de tórax*, termo que indica a forma, a função e a localização de equipamento. Todos estes nomes técnicos são produzidos pela linguagem Clínica.

Nas **intervenções sobre o corpo**, a linguagem técnica nomeia os Exames Médicos Laboratoriais - ecocardiograma, eletrocardiograma, holter, eletroencefalograma, endoscopia, broncoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, raio x, ultra-sonografia, clearance, hemocultura, urocultura, biopsia de pele, biopsia pulmonar, gasometria, cintilografia.

Nomes técnicos são usados para apresentar as terapêuticas medicamentosas sobre o corpo - sedação, analgesia, expansão de volume, diuréticos, vasoativos, curarizantes, polarizantes, ansiolíticos, antibióticos, hemoterapia, soroterapia; e as formas de administração de terapêuticas medicamentosas - em bolus, em bomba de infusão, endovenosa, intramuscular, via oral.

A linguagem técnica nomeia as diversas terapêuticas sobre o corpo/máquina da UTI - ventilação mecânica, desmame ventilatório, fasciotomia, colostomia, laparotomia exploradora, toracocentese, drenagem torácica, cesariana, angioplastia com implante de Stent, cardioversão, dissecação venosa, punção periférica, punção de jugular, punção de subclávia, artrocentese, irrigação vesical contínua, sondagem de alívio.

Também para os cuidados sobre o corpo são utilizados termos técnicos como compressa fria, movimentação ativa, movimentação passiva, troca de decúbito, curativo, curativo oclusivo, aspiração, repouso no leito, troca de leito, banho de aspersão, reeducação de bexiga, contensão, restrição hídrica, jejum. Ao registrar especificamente estes cuidados, é interessante notar que, freqüentemente, estes termos são substituídos pelo termo mais genérico - *Cuidado de Enfermagem*.

Contudo, em todo o texto observamos que a linguagem Clínica é bastante específica ao nomear seus elementos, pois se preocupa com a exatidão de seus termos e produz, desta forma, palavras capazes de expressar um corpo passível de comprovação; como tal, os agentes das práticas a utilizam. Assim sendo, no texto não há qualquer registro de *cuidados médicos*, pois estes são sempre especificados, mesmo que sinteticamente.

As abreviações são utilizadas, geralmente, para substituir diversos **termos técnicos** que nomeiam porções do corpo - MMSS, MMII, HTE, abd., MIE, MID, MSD, MSE; e parâmetros do corpo - Alt., Kg, BH, bpm, FR, T, PA, PVC, SPO₂, Sat..

Também são freqüentemente abreviados os diagnósticos médicos, como BS, IRA, IAM, DPOC, IRC, SIDA, FA, DM, AVCI, AVCH, Pseudo, TB; os períodos cirúrgicos, como PO, POI; os Exames Médicos Laboratoriais, tais como HT, Creat., Ur., K, dextro, gaso., TAP, EAS, ECO, EEG, ECG, TC, EDA, USG, Rx, RNM, Uro; e as tecnologias/máquinas conectadas ao corpo, como SNG, SNE, TOT, MP.T, traqueo., macro, BI, SVD.

Ainda na leitura do corpo, são abreviados os termos técnicos que traduzem os estados do corpo - BAD, REG, PCRC, PCR.

São apresentados, em sua forma abreviada, os diversos termos técnicos que nomeiam terapêuticas medicamentosas sobre o corpo - Nora, Dopa, Dobuta, Nitro, Dorm. + Fent., Tracur + Tio, SF, SG, solução de Dobuta 1 e 2; terapêuticas nutricionais sobre o corpo - NPT, NPP; e terapêuticas sobre o corpo/máquina da UTI - Vent. Mec., VM, O₂, CAT.

As formas dos medicamentos (comp., sol., inj., ml/h) e as vias de intervenção sobre o corpo (VO, EV, IM, VAS) são usualmente apresentadas em termos técnicos abreviados.

Observamos que a linguagem técnica, eminentemente Clínica, é freqüentemente codificada na forma abreviada, mostrando o domínio dos seus termos e a familiaridade dos agentes das práticas com esta linguagem.

Mas as abreviações também são utilizadas para apresentar **palavras de uso corrente nas práticas**, tais como MCPM, CPM, CP - siglas que representam, todas elas, o cumprimento de intervenção médica pela enfermagem; SSVV- sigla que representa os quatro Sinais Vitais do corpo; e S.I. – sigla que representa ausência de intercorrência no estado do corpo.

Também são utilizadas abreviação dos lugares das práticas - CC, PSMC, HUJM, UTI, CTQ; das especialidades médicas - Neuro, Cardio, Endócrino, GO, Nefro; e dos agentes das práticas em suas diversas profissões e hierarquias - Enf. AE, TE, Dr., Prof., R1, R2, Psico.

Por fim, as abreviações também são constantemente utilizadas para apresentação de palavras que não constituem termos técnicos, mas são de **uso corrente no texto**, tais como c/, p/, s/, h/, n^o, p/q, 1x, sic., aval., séc., liq., sol., adm., gde., qde., qdo., reg., D., E., pcte., dr., diag., resid., transf., etc. Estas abreviações mostram a familiaridade das(os) enfermeiras(os) com o *texto*, especialmente no livro de intercorrências.

Os sinais são utilizados, geralmente, **junto à termos técnicos**; nesta forma, são utilizados para apresentar parâmetros do corpo quantificados, como edema 2+/4; detalhar alterações no corpo dando noção de quantidade, como + - ↑ ↓ - significando respectivamente mais, menos, aumentado, diminuído; e detalhar mudanças quantitativas em terapêuticas sobre o corpo, como ↑ ↓ - significando aumentado, diminuído.

É bastante comum a associação de abreviações e sinais apresentando a leitura, normal ou alterada, de parâmetros do corpo, tais como BH+, BH-, T↑, Pulso↑, PA↑, PVC↑, K+, RHA-. E demonstrando, também, a intensidade das alterações em parâmetros do corpo. Desta forma, PA↑↓ significa oscilação de PA; ↑↑PVC significa grande aumento da PVC; e ↑↑↑ cianose extremidades significa grande cianose.

A linguagem de sinais é utilizada, também, para substituir **palavras técnicas de uso corrente nas práticas**, como na terapêutica medicamentosa sobre o corpo, onde [] significa

concentrado. Bastante incomum é o uso do sinal “↓”, utilizado no texto por enfermeiras(os) significando a morte encefálica de determinado corpo.

Os sinais, ainda, são constantemente utilizados para substituir palavras que não constituem termos técnicos, mas são de **uso corrente no texto**, tal como +, que representa a palavra *mais*.

O texto em todos os registros consultados, especialmente no Livro de Registro de Intercorrências 2003, apresenta uma monotonia da forma que é raramente quebrada. Esta forma é a linguagem Clínica e suas formas de codificação são reconhecíveis pelos agentes das práticas.

Contudo, uma linguagem diversa da técnica surge no texto e é imediatamente reconhecida – **a linguagem coloquial**. Esta linguagem é usada na leitura do corpo da UTI quando a(o) enfermeira(o) quer enfatizar a linguagem utilizada pelo próprio corpo na expressão de suas queixas: geralmente é apresentada entre aspas, expressando que a(o) enfermeira(o) distingue, no texto, a forma coloquial do termo.

Vespertino 06/01/2004

L02 – Rosa – Aceitando bem dieta oferecida; c/ 05 episódio sic “dor na barriga”. Em macro toda tarde, volta p/ o respirador no fim do plantão... (LI 2003, p.11)

Também utilizada quando quer registrar algumas expressões do paciente, tal como vontades e medos. Contudo, a linguagem coloquial raramente aparece no texto.

6.2.2. O DOMÍNIO DO DISCURSO

O domínio do discurso é um tecer ativo, uma operação diária de apreensão do raciocínio eminentemente Clínico. O raciocínio clínico diz respeito, neste texto, ao modo de operar intelectualmente o discurso Clínico, conectando e encadeando seus argumentos. A racionalidade da Clínica diz respeito à genealogia das práticas Clínicas.

Esta apreensão do raciocínio clínico se mostra, no texto, em algumas formas de operação do discurso: tecer relações, priorizar certos detalhamentos, realizar previsões; e, ainda, distinguir os estados do corpo. Todas estas distinções implicam em capacidade da(o) enfermeira(o) realizar leituras e julgamentos com base no saber Clínico... Nestas distinções o domínio do discurso se concretiza!

6.2.2.1. Operações do discurso: tecendo relações

O domínio do discurso se mostra na operação diária de relacionar, numa circularidade, saberes e práticas, prioritariamente médicas, de leitura e de intervenção sobre o corpo.

Nas práticas de intervenção sobre o corpo, a(o) enfermeira(o) geralmente prioriza registrar uma alteração específica no corpo seguida da terapêutica realizada no caso.

A alteração no corpo registrada é, geralmente, em função orgânica vital, especialmente uma alteração hemodinâmica e/ou em parâmetros vitais. Aparecem, também, queixas do corpo, respostas do corpo à tecnologia/máquina conectada (respirador...), alteração em exames (cultura de secreção do corpo...).

Estes registros são seguidos da terapêutica adotada em cada caso; desta forma, os registros relacionam o estado alterado do corpo com a terapêutica iniciada, suspensa, administrada e/ou em curso no caso.

Constam nos registros, principalmente, respostas do corpo à terapêutica médica diversificada: procedimentos clínicos (sondagens, medidas de suporte ventilatório...), procedimentos cirúrgicos (drenagem de tórax...), intervenções cirúrgicas (colostomia...), terapêuticas medicamentosas (na qual se incluem medidas de sedação, administração de soro, sangue e hemoderivados), dentre outras.

14/12/03. L1 – Luna – não foi administrado o metoprolol 25 mg VO das 22 h devido FC = 47 bat/min... (LI 2003, p.01)

Desta forma, ao registrar uma terapêutica respiratória (ventilação mecânica / VM, desmame ventilatório, nebulização...), realizada ou em curso, a(o) enfermeira(o) discrimina o estado do corpo (alteração em função orgânica vital...), posição do corpo e respostas do corpo à terapêutica adotada.

Também observamos que a(o) enfermeira(o) traça, de forma contínua no espaço e tempo da UTI, relações entre corpo, máquina e terapêuticas. Desta forma, o domínio do discurso, eminentemente Clínico, está presente no ato de relacionar os estados e as terapêuticas sobre o corpo/máquina.

Também constam nos registros, respostas do corpo à terapêutica nutricional; estas respostas são detalhadas segundo a mesma forma de respostas às demais terapêuticas: a(o) enfermeira(o) registra o estado do corpo, com ênfase para queixas do corpo, alterações (hemodinâmicas, fisiológicas) e respostas do corpo a terapêutica, tal como tolerância; e relaciona este estado com a terapêutica nutricional sobre o corpo discriminando o tipo da dieta (dieta líquida, lipofundin, NPT...) administrada ou em curso, via de administração (VO, NE, Parenteral...), horário e dia de instalação, alteração, suspensão, retorno da dieta, motivo da suspensão da dieta, outras condutas relacionadas:

Plantão Noturno + 28/12/03 + Domingo...

Rosi – sonda naso enteral totalmente obstruída, tentado desobstruir, porém sem sucesso, aguardo para reposição 29/12/03 (entrou c/ SG 10% pela hipoglicemia; provável troca de todas as vias pela ↑ da temperatura. Avisado Eliete da nutrição... (LI 2003, p.07)

Nos registros, a(o) enfermeira(o) discrimina efeitos, respostas e está atenta(o) às evoluções dos estados do corpo decorrentes de terapêuticas diversas: fisioterápicas, de enfermagem e, prioritariamente, médicas. Discriminar⁷⁷ está no sentido de distinguir, diferenciar, discernir, como quando discriminamos as respostas corretas e as erradas; está no

⁷⁷ UOL (2001)

sentido, ainda, de relacionar, especificar e classificar, como quando discriminamos todos os motivos para um acontecimento.

Constam nos registros, principalmente, os resultados da terapêutica medicamentosa na evolução do estado do corpo: correção, manutenção ou piora das alterações do estado do corpo mesmo com a terapêutica medicamentosa sendo realizada:

01.01.04 Plantão Vesp...

Rosa - ... Mantendo taquicardia e hipotensão, mesmo com noradrenalina em curso 12ml/h...

Jose - Mantendo taquicardia, pico hipotensivo, mesmo com dopamina 30ml/h. Apresentado edema generalizado e sangramento pós adm. De medicações injetáveis. (LI 2003, p.9)

Contudo, devido à centralidade da terapêutica medicamentosa na apreensão do corpo pela Clínica, muitas vezes as(os) enfermeiras(os) registram simplesmente a terapêutica medicamentosa e/ou ainda sua manutenção, continuidade, alteração, suspensão, diminuição; não estabelecendo, no caso, relação com o estado do corpo.

Aparecem poucos registros que relacionam alteração do corpo (geralmente alteração em função fisiológica ou função orgânica vital) e cuidado (de enfermagem) sobre o corpo. Já os registros relativos à terapêutica médica, geralmente relacionam terapêutica e alteração em função orgânica vital.

Devido a isso, devido, apesar da, após, pois, porém, por, portanto, pelo, sem, mesmo com, visto a - são termos, no texto, que relacionam práticas de leitura do corpo e práticas de intervenção sobre o corpo.

O corpo é descrito geralmente por uma alteração em função orgânica vital; e a intervenção sobre o corpo é, prioritariamente, uma terapêutica medicamentosa ou outra terapêutica médica sobre o corpo/máquina da UTI; às vezes uma dietoterapia e, eventualmente, um cuidado (de enfermagem) sobre o corpo.

O domínio do discurso Clínico se mostra nos registros em que se tecem relações entre:

- Leituras de funções orgânicas vitais do corpo entre si – o corpo sensorial e o corpo motor;
- Leitura do corpo, exame médico laboratorial e diagnóstico médico;
- leitura do corpo – uma alteração em função fisiológica; e terapêutica nutricional sobre o corpo;
- leitura do corpo - geralmente uma alteração em função orgânica vital (como sua hemodinâmica), e/ou alteração em parâmetros do corpo, e/ou diagnóstico médico, e/ou resultado de intervenções; e terapêutica medicamentosa sobre o corpo;
- leitura de tecnologias/máquinas conectadas ao corpo e terapêutica sobre o corpo/máquina da UTI.

Desta forma, a(o) enfermeira(o) tece, constantemente, relações entre determinada leitura do corpo - sua hemodinâmica, por exemplo; e intervenção específica sobre o corpo – uma determinada terapêutica medicamentosa. Da mesma forma, também realiza leituras do corpo focadas nos resultados de intervenções médicas.

Nos detalhamentos das intervenções sobre o corpo pela(o) enfermeira(o), aparece o domínio do discurso da linguagem da terapêutica medicamentosa; este domínio não se refere somente à administração de medicamentos - procedimento pelo qual a(o) enfermeira(o) é responsabilizada(o), inclusive legalmente, mas que não tem um grande destaque nos registros diários. Podemos dizer que a administração de medicamentos exige da(o) enfermeira(o) o domínio de um saber/fazer que é, essencialmente, Clínico.

O domínio do discurso Clínico também se mostra na justificativa de condutas não realizadas, geralmente com base no saber Clínico:

13.01.04 Noturno...

Pacientes: Os mesmos acima relacionados sem alterações significativas no quadro geral de saúde, salvo o Sr. Jair que apresentou vômitos em grande quantidade e distensão Abdominal sendo necessário suspender a dieta por SNE, passar um SNG e deixá-la em sifonagem. (LI 2003, p.15)

Lembramos que a terapêutica médica se apresenta como uma intervenção detida e detalhada sobre o corpo e, como tal, requer o domínio dos saberes sobre o corpo, sobre as terapêuticas e sobre a interação entre ambos. Nos detalhamentos registrados por enfermeiras(os), o domínio das terapêuticas que administram é evidente.

O domínio deste raciocínio Clínico é demonstrado continuamente pela(o) enfermeira(o) em seus registros diários - no exercício constante de relacionar estados do corpo, terapêutica realizada (prioritariamente médica e medicamentosa), efeitos desejados no corpo e respostas do corpo à terapêutica.

Mas são escassos os registros em que o cuidado (de enfermagem) realizado é relacionado ao estado do corpo - não que o foco do *cuidado* seja outro que o corpo Clínico, mas talvez porque o *Cuidado de Enfermagem*, como saber/fazer específico, seja rotineiramente executado e, ainda, porque as práticas de enfermagem sobre o corpo estejam intimamente relacionadas e demandadas pela terapêutica médica (especialmente Clínica) sobre o corpo.

6.2.2.2. Operações do discurso: priorizando certos detalhamentos.

O domínio do discurso Clínico se constitui realizando toda uma operação de focar e priorizar certos fenômenos do corpo, essencialmente fisiopatológicos, sobre os quais se sabe ser possível realizar leituras e intervenções, e se está instrumentalizado para fazê-las.

Nos registros, a(o) enfermeira(o) tece relações entre leitura e intervenção sobre o corpo; nesta operação, e sob o olhar da Clínica, prioriza e distingue certos detalhamentos em certas porções do corpo. Tendo um corpo submetido à intervenção, a Clínica exige suas respostas, pois a evolução é parte intrínseca deste raciocínio.

Cba 10.01.04 – Diurno...

Delza – Acentua-se o rebaixamento no nível de consciência, continua hipertensa c/ a redução dos anti hipertensivos.

Jair – Segue Grave, c picos febris e poliurico. (LI 2003, p.14).

Esta operação de distinguir certos detalhamentos está orientada, geralmente, pelo diagnóstico médico e permite evoluir os estados patológicos num corpo submetido à intervenção.

02.02.04 Plantão Vespertino...

L01. Juarez – Choque séptico, porém s/ drogas vasoativas; curarizado, s/ trismo no período. (LI 2003, p.25v).

Desta forma, para justificar conduta, registra terapêutica medicamentosa e detalha, na leitura das respostas do corpo a esta intervenção, uma determinada alteração hemodinâmica pertinente à determinada patologia.

A evolução dos estados patológicos do corpo no espaço e tempo da assistência é uma importante operação do saber Clínico.

6.2.2.3. Operações do discurso: realizando previsões

O domínio do discurso se constitui na operação de realizar previsões e preparar práticas sobre o corpo segundo a Clínica.

Nos registros, a(o) enfermeira(o) tece relações entre leitura e intervenção sobre o corpo e, nesta operação, realiza determinadas previsões.

Geralmente os termos - *atenção, requer maiores cuidados da equipe com, cuidado na aspiração de vias aéreas pois* - se ligam a previsões.

Desta forma, a(o) enfermeira(o) solicita que se *observe possível alteração no corpo*, depois de retirada de tecnologia/máquina da assistência, e enfatiza a previsão que tece:

Vespertino 23.03...

→ Atenção: Desinflado cuff da c. traqueostomia da Renata p/ troca amanhã pela metálica; o que requer maiores cuidados da equipe c/ sialorréia, vômitos e aspiração (broncoaspiração). (LI 2003, p.59)

O domínio do discurso Clínico se dá no encadeamento dos acontecimentos, num corpo concebido como dinâmico. Uma atenção ao que passou (prospectivo) e ao que irá passar – um

olhar perspectivo e um saber que tece previsões. A previsão é uma operação que relaciona o domínio do saber clínico e a experiência do sujeito profissional.

Matutino 10.30.04...

Juarez – colhido diurese para cultura, retirado SV. Foley as 11:30hs –
Observar bexigoma... (LI 2003, p.47).

O domínio do Discurso Clínico em sua operação de previsão se dá, também e principalmente, nas práticas da(o) enfermeira(o) dirigidas ao espaço e tempo da assistência. Contudo, estas práticas não serão abordadas neste momento.

6.2.2.4. Operações do discurso: distinguindo regularidade e gravidade.

O domínio do discurso também se mostra na operação de discriminar e distinguir os estados do corpo; ou, o corpo traduzido em estados de regularidade e gravidade segundo a Clínica.

Diferentemente do corpo normal ou patológico (ou o corpo classificado em *duos*), o corpo pode ser distinguido e discriminado em variadas gradações de estados de regularidade e de gravidade.

No texto, a(o) enfermeira(o) distingue e detalha a *regularidade* no corpo segundo gradações entre estabilidade e instabilidade; e utiliza alguns termos que expressam esta regularidade: estável, regular, instável, irregular.

A regularidade tem como foco a presença (eventualmente, a ausência) de intercorrências ou alterações no corpo. No texto, a(o) enfermeira(o) detalha aquilo que nomeia intercorrência como alterações orgânicas frente às quais registra e/ou detalha terapêuticas realizadas (geralmente médicas e medicamentosas – conforme prescrição médica / CPM) e respostas do corpo às terapêuticas. Desta forma, discrimina a presença de alterações hemodinâmicas, respiratórias, hídricas, químicas, sensoriais, nas defesas, eliminações, parâmetros...

Mas a regularidade diz respeito, principalmente, à manutenção e progressão de uma alteração no corpo ou de um estado do corpo, mesmo sendo grave este estado. Desta forma, a(o) enfermeira(o) registra que se mantém estável uma determinada alteração hemodinâmica no corpo. Da mesma forma, discrimina que o estado do corpo é grave, mas estável (ou seja, a regularidade na gravidade); ou que o estado do corpo é instável, mas não é grave; ou que o estado do corpo se mantém grave e instável no decorrer do espaço/tempo do plantão:

21.01.04 – Plantão Noturno – Quarta-feira...

Com 05 pacientes? 1. Mauricio – estável quadro neurológico e hipertenso. 2. Rosa – subfebril. 3. Lucas – transfusão sanguínea. 4. Magda instável, fibrilacao ventricular c/ cardioversão e oscilação de PA (↑↓ com nitro). 6. Jose – estável. (LI 2003, p.20).

Plantão Noturno + 27.03.04 – Sábado...

1. João – Instabilidade hemodinâmica c/ ↑ doses drogas vasoativas; 2. Benedita – Instabilidade, ↓ PA e gasometria ruim...(LI 2003, p.62)

Assim sendo, a regularidade tem como foco a leitura da estabilidade e instabilidade de um estado do corpo. Podemos dizer que a regularidade é o esperado segundo a evolução da Clínica.

No texto, a(o) enfermeira(o) também distingue e detalha a *gravidade* no corpo; e utiliza alguns termos que expressam esta gravidade: bom estado geral (BEG), regular estado geral (REG). Em geral, a gravidade tem como foco de leitura a presença de alterações significativas nas funções orgânicas vitais, especialmente na hemodinâmica e na respiração do corpo.

No texto, regularidade e gravidade compõem inúmeras variações na leitura dos estados do corpo. Desta forma, a(o) enfermeira(o) distingue e discrimina diversas gradações de estados, podendo o corpo ser descrito como estável (bem, tranquilo, com parâmetros estáveis, estável no quadro), instável (estável com períodos de instabilidade, instável), grave entre a estabilidade e a instabilidade (pouco grave mas instável, grave estável, grave e com períodos

intermitentes de regularidade, grave instável, gravíssimo, gravíssimo mas estável, gravíssimo piorando, gravíssimo instável) e o corpo que não mais responde (em morte encefálica)

Observamos que o sinal ↓ foi utilizado algumas vezes no texto para representar provável morte encefálica e os registros são lacônicos em relação às práticas de leitura e intervenção sobre este corpo.

Regularidade e gravidade formam a noção da *complexidade* dos estados do corpo e são indicativos, também, das tecnologias de leitura e de intervenção necessárias ao mesmo. Desta forma, o uso destas tecnologias é proporcional aos estados de regularidade e gravidade do corpo; ou seja, quanto mais instável e grave o corpo, mais se complexificam as práticas de leitura e de intervenção aplicadas ao mesmo.

No texto, o corpo é lido e traduzido em *estados* de regularidade e gravidade. A(o) enfermeira(o) registra, geralmente, regularidade e/ou gravidade e, em seguida, detalha uma alteração específica detectada. Reafirma, desta forma, o saber Clínico na leitura do corpo doente e; neste, a centralidade da hemodinâmica do corpo. Registra regularidade e/ou gravidade e, a seguir, detalha uma terapêutica específica, geralmente médica e medicamentosa. Reforça, assim, a distinção da gravidade do corpo e o conhecimento das terapêuticas relacionadas.

Enfatiza, ainda, uma determinada terapêutica em face de um diagnóstico médico e distingue, desta forma, a gravidade do caso com base no saber patológico:

01.01.03 – Noturno...

L01 – Conceição – arritmia cardíaca, ECG alterado, anúrica, dor pré-cordial (madrugada) – Repouso Absoluto!... (LI 2003, p.9)

A(o) enfermeira(o) discrimina com propriedade os estados do corpo, distinguindo regularidade e gravidade. Estas distinções implicam em capacidade da(o) enfermeira(o) realizar leituras do corpo e tecer julgamentos com base no saber Clínico. Nestas operações, o domínio do discurso Clínico se concretiza!

6.2.3. NOS EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE DOMÍNIO DA LINGUAGEM, SE PRODUZ A EXPERIÊNCIA DE SER, A(O) ENFERMEIRA(O), UM SUJEITO DO DISCURSO CLÍNICO

No texto, evidenciamos que a(o) enfermeira(o) usa com muita propriedade a linguagem Clínica. Afirma o domínio da forma desta linguagem no uso competente e simultâneo de sínteses, detalhamentos e codificações nas mais diversas formas, na descrição das leituras e intervenções sobre o corpo/máquina da UTI. E opera de forma consistente o discurso Clínico tecendo relações, priorizando certos detalhamentos, realizando previsões e distinguindo a regularidade e a gravidade dos estados do corpo. O raciocínio Clínico da(o) enfermeira(o) é constituído nesta trama de linguagem.

Este uso apropriado demonstra a eficiência de dispositivos, disciplinares e pedagógicos, através dos quais a(o) enfermeira(o) apreende e faz uso dos discursos das práticas. Os registros constituem, eles mesmos, exercícios diários de domínio da linguagem Clínica.

Interessa-nos que, nestes mesmos exercícios, constitui-se a(o) enfermeira(o) como agente do discurso Clínico e se media e produz uma certa dimensão discursiva da experiência de si desta(e) profissional, a qual retornaremos, após expormos a terceira categoria de nosso estudo.

6.3. NAS RELAÇÕES (DE PODER) ENTRE OS SUJEITOS DAS PRÁTICAS SE MARCA O LUGAR DE SI MESMO EM RELAÇÃO AO OUTRO

Todo saber é político, pois tem sua gênese em relações de poder; desta forma, “[...] saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber”⁷⁸.

É especialmente neste capítulo de nosso estudo que se mostra que o local de cada agente está marcado nas relações de poder/saber e, de que modo, estas marcações se materializam nas práticas, como efeitos de poder próprios dos jogos enunciativos (os discursos). Contudo, nas diversas práticas - ligadas entre si, engendradas umas a partir das outras; os discursos têm diferentes alcances e diferentes capacidades de produzir estes efeitos, mostrando-nos que **o discurso** “[...] não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas é aquilo pelo qual e com o qual se luta, é o próprio saber de que procuramos assenhorear-nos”⁷⁹.

A formulação de competências, o reforço do ato especializado, a normalização e normatização da conduta, o ato de nomear são processos que marcam o lugar de cada um e, mais ainda, o lugar de si mesmo em relação ao outro. Definem o eu profissional com base na relação saber/poder. Desta forma, são considerados tecnologias do eu profissional.

Nosso foco de pesquisa são as práticas sobre o corpo, importando a *centralidade* que determinadas práticas adquirem nos registros das(os) enfermeiras(os). Dada a centralidade das práticas médicas no texto, podemos afirmar que a(o) enfermeira(o) marca o seu próprio lugar

⁷⁸ MACHADO, 2003, p.xxi.

⁷⁹ FOUCAULT, Michel. L' **Ordre du Discours**. Leçon Inaugurale du Collège de France, 2 décembre 1970. Paris, Gallimard, 1971. Tradução de Edmundo Cordeiro e António Bent. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault>>. Capturado em outubro de 2003.

em referência ao outro, ao marcar o lugar do outro; e isto de forma muito presente e forte, embora ela(e) tenha todo um vasto campo de atuação como cuidadora(or).

Marcar o lugar de si implica não somente estabelecer hierarquicamente sua posição em referência ao outro e seu lugar na instituição - Foucault (2003a, p.212) ⁸⁰ nos diz que “a fixação espacial é uma forma econômica-política que deve ser detalhadamente estudada”; entendemos que marcar o lugar implica, especialmente, demarcar suas próprias referências como sujeito que diz e age em determinado lócus, ou espaço/tempo; e, nele, relaciona-se com outros tantos sujeitos. Nessa demarcação de referências, a prática da(o) enfermeira(o) se autonomiza de forma diversa, segundo as relações de saber/poder entre os diversos agentes.

O outro que marca o lugar da(o) enfermeira(o) é, prioritariamente, o médico. O outro é, também, a(o) própria(o) enfermeira(o) e, ainda, a(o) auxiliar e a(o) técnica(o) de enfermagem.

6.3.1. COMO SE MARCA, SE LIMITA E SE DEFENDE UM TERRITÓRIO?

Iniciamos esta exposição lembrando da insistência da demarcação do território médico, e seu conseqüente fechamento, através de diversos mecanismos e estratégias formulados pela medicina que delimitam, de forma quase exclusiva, a competência médica em diversos processos hospitalares e definem, em conseqüência, as competências dos demais agentes.

Utilizamos lugar e território como metáforas espaciais, apreendendo a compreensão de Foucault (2003a, p.157)⁸¹ de que “Território é sem dúvida uma noção geográfica, mas é antes de tudo uma noção jurídico-política: aquilo que é controlado por um certo tipo de poder”. Desta forma, entendemos que nos *domínios* (territórios), existem processos de poder.

⁸⁰ Op. cit.

⁸¹ Op. cit.

Esta demarcação territorial médica se materializa, dentre outros, na formulação legal da finalidade do hospital e no modo como o funcionamento destas unidades é formulado dependente da presença do agente médico e girando em torno dos seus atos, em detrimento das próprias condições físicas e materiais deste funcionamento e dos demais agentes do trabalho: na definição do que seja o ato médico - incluindo sua pretendida legitimação legal através do Projeto de Lei do Ato Médico; na definição de coberturas pelos planos de saúde; no procedimento de autorização dos atos médicos pelos planos de saúde e na autorização de atos não médicos por estes mesmos planos, tal como consulta com psicólogo e seções de fisioterapia, dentre outros.

Esta demarcação territorial médica está materializada na definição dos atos e nos procedimentos que autorizam o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, contidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁸² – retomado mais adiante em nosso estudo.

Esta demarcação territorial médica se fecha na mobilização do conhecimento tecnológico, no consumo de produtos do tipo tecnologias/máquinas que mediam os atos em saúde (incluindo a análise e definição da compra de material médico-hospitalar) e, especialmente, na demanda por consumo de atos médicos especializados no hospital.

Em relação aos outros agentes, esta exclusividade médica se mantém no não fechamento de campo nas tecnologias manuseadas por outros agentes do hospital - tal como a enfermagem e a nutrição; na forma como se conduz a entrada de outros agentes no hospital - como o fisioterapeuta, mantendo uma estrita faixa de competência e uma relação de subordinação ao agente médico.

A centralidade do profissional médico no funcionamento das unidades hospitalares é o efeito da eficiência desta demarcação de território.

⁸² BRASIL. Ministério da Saúde. Módulo Hospitalar SIH/SUS 2002.

Em nosso estudo, interessou-nos como foco de análise, o fechamento de campo que se faz presente na **formulação de competências** – afirmada por nós, mesmo que timidamente, como forma estratégica na qual o saber/poder se desdobra, pois segundo Foucault (2003a, p.165)⁸³, o poder se exerce através de táticas e estratégias, dentre as quais de fixação espacial: “[...] através das implantações, das distribuições, dos recortes, dos controles de territórios, das organizações de domínios que poderiam constituir uma espécie de geopolítica [...]”.

Nos registros das(os) enfermeiras(os), competência está representada como capacidade reconhecida em tal ou qual matéria, que dá direito de julgar sobre ela⁸⁴ e, assim sendo, delimita um campo de atuação exclusiva de determinados agentes; contudo, é competência que segue sendo formulada, que se põe em obra nos procedimentos e nas ações do dia-a-dia trançando, de diversas formas, seus esteios e suas amarras. Desta forma, a competência se faz reconhecida nos grandes atos da UTI, tal como nas emergências – denominadas médicas, dada a centralidade das práticas médicas de intervenção sobre os corpos nestes atos; como nos pequenos e corriqueiros atos da UTI, tal como na delimitação do espaço de prescrição médica no prontuário do paciente, dentre outros inúmeros exemplos que podem ser garimpados no cotidiano da UTI, nos quais as competências dos agentes são (re)afirmadas em relação uns aos outros, em proveito ou não das aspirações profissionais, demarcando territórios de saber/poder. Estes territórios demarcados são referenciais na constituição das diversas identidades.

Em nossa análise, a formulação de competências dos agentes das práticas se dá, especialmente, em torno da apreensão do corpo pelo saber Clínico, operacionalizada no Exame, Diagnóstico e Terapêutica. Desta forma, aqui se pretende apresentar os mecanismos nos quais se (re)afirma o dono do olho, o poder de ler e de intervir, ler o corpo e decidir sobre o corpo, com base no discurso da Clínica.

⁸³ Op. cit.

⁸⁴ Com base em UOL (2001).

O Exame Médico Laboratorial e a formulação de competência

Nos registros das(os) enfermeiras(os), as competências dos agentes das práticas estão demarcadas em torno dos diversos procedimentos da realização do Exame Médico Laboratorial - em alguns mais que em outros; tal como no pedido, na autorização, na coleta de material, na sua execução, no laudo e na intervenção gerada pelo seu resultado.

Estes registros demarcam a competência médica nestes procedimentos do exame. A formulação de competência e conseqüente fechamento do campo profissional, efetiva-se especialmente no pedido e laudo do exame, embora também seja intensa esta formulação no domínio das tecnologias complexas de exame. Em torno desta formulação, as competências dos demais agentes das práticas são estabelecidas; assim, a competência da enfermagem está demarcada nos procedimentos que viabilizam a realização do exame.

Matutino 20/02/004...

+Juarez (L01) – Iniciado diurese de 24hs as 8:00 de hoje, avaliado pelo Dr. X, passado rascunho da USG vias urinárias para Resudente. (feito dia 19/02/2004). Não apresentou contraturas.

+ Renata – avaliada pela Infectologia, ↑ da área de celulite, Retirado dieta 12:00 hs para provável TC de (parte moles) ^{TORAX}, na central para autorizar, lavado região Tórax (cateter) com 1000ml SF. Fará broncoscopia e Ecocardiograma à tarde.

+ Ivone – passado SNE, realizado novo raio X de Tórax com contraste (Intracath). Falta reposicionar, fará BRONCOSCOPIA.

+ Juarez (L01) – material para nova subcl[avia esta arrumado, bocejando, desligado atracur as 12?45 hs/ febril, taquicardia feito volume, avaliado pelo Infecto.

+ João – fará ECOARGIOGRAMA e BRONCOSCOPIA à tarde, desligado seda; ao 11hs, bradicardia sinusal, iniciado com NORACRENALINA as 09?20hs, buscado laudo de TC de crânio, solução iniciado Amplictil, avaliado pelo Infecto.

+ Valdir – encaminhado para UNIMAGEM para realização de TC de crânio, (laudo verbal pelo médico do SOS AVCI), solu;o iniciado c amplictil, febril fará BRONCOSPIA À TARDE.

OBS: AVISADO DR X e Y veio avaliar e voltará à tarde para realização BRONCO do L02, L03, L04 e L05. (LI 2003, p.35)

Cada **pedido de exame** é realizado em impresso específico (requisição de exames de ultra-sonografia, requisição de exames laboratoriais bacteriologia, bioquímica / hormônios, gasometria / líquido, hematologia, dentre outros) e seu preenchimento é realizado pelo médico constando, obrigatoriamente, sua assinatura e carimbo profissional acompanhados da

indicação / justificativa fundamentada na Clínica - na história clínica e no diagnóstico médico ou hipótese diagnóstica. (Impressos do Prontuário do paciente de preenchimento exclusivamente médico).

Desta forma, estes pedidos são de competência médica, embora outros agentes incluam os resultados dos exames nas leituras que também realizam do corpo. Assim, embora a(o) enfermeira(o) instale sonda nasoenteral, ao médico compete o pedido do exame radiológico necessário para confirmar o posicionamento da sonda após sua introdução, pois este exame apresenta-se como tecnologia médica diagnóstica.

Esta demarcação de competência médica em torno do pedido está amarrada à **autorização do exame** - mecanismo institucional de controle⁸⁵; sendo que esta autorização é condicionada à que a solicitação do exame seja feita exclusivamente por médico e que o pedido de exame especializado seja solicitado por médico especialista.

A **coleta de material** para exame é de competência de vários agentes das práticas, dependendo em grande parte da tecnologia envolvida. Desta forma, a enfermagem coleta materiais corporais para alguns exames - tais como, parasitológico, análise simples urinária e algumas culturas; outros materiais corporais são coletados exclusivamente pela medicina, através de tecnologias de intervenção diagnóstica.

Diurno 2302004...

- Renata – colhido hemocultura e diurese p cultura feito curativo MSE, dreno torax D baixo debito, E sem debito.

- Ivone – colhido secreção vaginal para cultura, aguardando avaliação da GO, residente avisado...

- Valdir – avaliado pela Dra. W (Neuro), colhido líquido pelo Resid. X.

OBS. As 18.50hs realizado Ecocardiograma dos pacientes João e Renata. (LI 2003, p.37v)

A **realização do exame laboratorial** não é, necessariamente, exclusividade da área médica. Diversos exames por imagens são realizados por agentes da área técnica radiológica –

⁸⁵ Cada vez mais são realizadas medidas de racionalização do saber médico sobre o corpo, através de protocolos assistenciais que regulam as práticas e estabelecem padrões de condutas, como mecanismos de controle de gastos; e isto com conseqüências para os seus agentes.

que detêm o domínio da tecnologia do exame; outros exames são realizados exclusivamente por médicos especialistas, dentre eles, os exames por imagem endoscópica. Mas o **laudo do exame** é, geralmente, de competência da área médica, especializada numa diversidade de campos diagnósticos – anatomia patológica, hematologia, medicina nuclear, patologia clínica, radiologia; neles, detendo a exclusividade dos laudos. A intervenção gerada pelo exame é, geralmente, terapêutica médica.

Sábado 12 hs 2712003...

Ana (L01) – realizado EDA, aguarda avaliação de Dr. X (reavisado em 2612)

Rosa (L02) – continua aguardando broncoscopia para colher lavado brônquico p/ cultura Dr. X ciente.

Jose (L04) – colhido diurese p/ cultura e última amostra de hemocultura, NPT em curso (INICIO de NPT em 2511, ADMINISTRADO LIPOFUNDIN dia 2612

Anderson (L05) – aguardando Ecocardiograma, avisado Dr. X 2312 as 15.00hs, punção subcl[avia exteriorizada porem refluindo

OBS: Laudo de EDA (Ana L01) na pasta de evolução médica. (LI 2003, p.6v)

Nos registros relativos a estes exames, as competências da enfermagem estão formuladas em torno de providências para que os mesmos sejam realizados, na forma de encaminhamentos para a autorização e o agendamento do exame; preparo do paciente e seu transporte; providências para a coleta de material e seu envio para o laboratório, dentre outros. As(os) enfermeiras(os) se preocupam em registrar estas providências e em enfatizar a premência e urgência das mesmas.

Matutino 16/03/004...

+ Renata – realizado artrocentese (joelho D) encaminhado liquido sinovial para laboratório

+ Aldo – com pedido de cintilografia na central para autorizar e devera ser passado um fax para medicina nuclear agendar possivelmente para amanhã (Secretario ciente)...

+ Valdir – Residente X conversou com o médico do CEDIC e o mesmo ficou de ligar comunicando horário e data [RNM], desligado dieta as 10.00hs caso não faça hoje voltar a dieta. (LI 2003, p.52)

Focando os diversos exames que o paciente realiza, as(os) enfermeiras(os) registram detalhadamente sobre os mesmos: nome do exame, motivo de sua realização ou não

realização, aguardo do exame, encaminhamento para exame, aguardo do resultado do exame, solicitação de encaminhamento de resultado, providências relativas ao encaminhamento de resultado, dentre outros:

Matutino 11/03/004...

+ Airton – as 11:25hs encaminhado para AMECOR para cateterismo cardíaco, com pedido de cintilografia no serviço social para marcar, realizado dissecação venosa MSD

+ Marcos – Alta da UTI, gerador de marcapasso com demanda programada de 50bpm e com FC de 76 a 84 pbm, com pedido de Holter no serviço social para autorizar

+ Valdir – com pedido de RNM ^{crânio} no serviço social para autorizar. (LI 2003, p.48

Estes registros mostram a centralidade do Exame Médico Laboratorial como tecnologia médica de leitura do corpo na UTI; e reforçam a competência médica relativa ao mesmo.

Embora raros, a(o) enfermeira(o) registra alguns procedimentos com fins diagnósticos realizados pela enfermagem; dentre eles, a avaliação de presença de fístula, através da administração de azul de metileno via oral, detalhando o nome, via, horário, produto usado, resultado; a avaliação da presença de sangue oculto nas fezes, detalhando o nome do exame e seu resultado. Mas, estes procedimentos são prescritos por médico.

O Exame mostra-se intrínseco à elaboração do diagnóstico médico - domínio do saber Clínico, confirmando que as competências são formuladas em relações de saber/poder.

O diagnóstico (médico) e a formulação de competências

Todos lêem o corpo, mesmo que sob as lentes da Clínica; e podem elaborar diagnósticos a partir das leituras que realizam; mas a formulação do diagnóstico médico, exclusividade da medicina, é central no espaço hospitalar e orienta os atos que aí se efetivam.

A centralidade do diagnóstico médico pode ser evidenciada na forma como se demandam os atos sobre os corpos - o diagnóstico médico demanda atos médicos sobre o corpo e atos, sobre o corpo, de outros agentes das práticas. Assim sendo, é o médico que

solicita intervenção fisioterápica, acompanhamento psicológico e avaliação de outros especialistas da própria área médica.

A centralidade do diagnóstico médico pode ser evidenciada, ainda, na forma como se distribuem os corpos no hospital, uma vez que a ocupação do espaço do corpo é orientada pelo diagnóstico médico - a regulação do leito de UTI é realizada pela Central de Regulação do SUS e é orientada pelo diagnóstico médico (Diário de campo 2).

Plantão noturno – 18/12/03 – quinta-feira...
 Pacientes Rosa – hipertensa, Jane – s/ intercorrências e Jose estável
 02:00h – Paciente Adelson regulado pela Central, com pneumotórax. (LI 2003, p.3)

Finalmente, o diagnóstico médico determina os espaços privilegiados do corpo no hospital conferindo, ainda, determinados *status* a estes espaços, tal como o espaço especializado da UTI; mas este tema será retomado adiante, na forma como se realiza o reforço do ato médico especializado.

A prescrição (médica) e a formulação de competências

Os registros da(o) enfermeira(o) demonstram a centralidade da prescrição médica nas práticas de intervenção sobre o corpo na UTI; as intervenções prescritas são, em grande parte, executadas pelos seus agentes; em torno da prescrição médica, as práticas em enfermagem se organizam.

Podemos dizer que diversas práticas em enfermagem são demandadas por atos médicos, tomando a forma de atos (de enfermagem) sobre atos médicos prescritos - embora toda a controvérsia gerada por esta afirmativa e todas as tentativas de práticas mais autônomas em enfermagem; e devido toda a centralidade da Clínica, que constitui o principal saber na leitura do corpo e principal arsenal na intervenção sobre este corpo.

O saber Clínico formula sobre o corpo a Terapêutica, operacionalizada como intervenções pontuais sobre o corpo na prescrição. As diversas intervenções prescritas são terapêuticas médicas, pois fazem parte do arsenal de tratamento Clínico e são prescritas por

médicos, constituindo-se em atos médicos. A prescrição de enfermagem não é prática usualmente realizada na UTI.

A enfermeira X critica a não adoção da metodologia de assistência de enfermagem na UTI – considera que os enfermeiros têm resistência à metodologia e que teria sido mais fácil se ela tivesse sido implantada junto com a implantação do serviço. Considera que sem a metodologia o trabalho do enfermeiro não aparece, é um trabalho rotineiro, menos científico e menos organizado, mas não adianta, também, o enfermeiro prescrever por prescrever se o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem não lerem e seguirem a prescrição. (Diário de campo 9)

As prescrições são realizadas no impresso próprio de *prescrição diária*. Algumas intervenções prescritas também exigem o preenchimento de impressos próprios, tal como de autorização de procedimento de alta complexidade em hemoterapia e prescrição de solução para nutrição parenteral, todos assinados por médico.

A prescrição é uma determinação médica, mas a ser executada por diversos agentes das práticas - enfermagem, fisioterapia, nutrição, banco de sangue, dentre outros. Assim, diversas terapêuticas médicas prescritas são procedimentos técnicos realizados pela enfermagem, como sondagem vesical, troca de sonda, instalação de sonda enteral.

No fazer diário da(o) enfermeira(o) destaca-se a importância do prontuário do paciente e dos registros que atestam que as prescrições médicas foram cumpridas pela enfermagem. É comum a(o) enfermeira(o) registrar que comunicou o médico sobre as respostas do paciente à terapêutica realizada; é bastante comum registrar que o paciente foi “medicado conforme prescrição médica (MCPM)”, reforçando que a terapêutica, e a sua prescrição, é de competência do médico:

Matutino 03/03/004...
+ Juarez – contraturas intensas ao manuseio MCPM reiniciado com atracur, brigando com respirador MCPM (bolus) sudorese Intensa MCPM, dreno borbulhante, feito volume... (LI 2003, p.42v)

Esta formulação da competência em torno da prescrição é demarcada com insistência nestes registros. É mais, sendo a prescrição uma competência médica e a execução da mesma

(especialmente da terapêutica medicamentosa) de competência da enfermagem, entre ambas se estabelece obrigatoriamente uma proximidade e, entre os agentes, uma interface tencionada pelo domínio do discurso Clínico (e medicamentoso), essencialmente inscrito em relações de saber/poder.

A terapia nutricional é objeto de disputa entre a medicina e a nutrição; embora este serviço esteja estruturado no hospital, cabe àquele a prescrição dietoterápica de todos os pacientes. Da mesma forma, a terapêutica fisioterápica é prescrita pelo médico, ainda que de uma forma genérica, embora o fisioterapeuta faça parte da equipe básica da UTI. Também o médico prescreve *cuidados de UTI*, mesmo que de forma não detalhada. (Folha de Prescrição diária do Prontuário do paciente).

Esta prescrição está relacionada, ainda, à gestão dos gastos hospitalares, pois o consumo no hospital é ordenado essencialmente por atos médicos e sua gestão é realizada através destes atos, formalizados especialmente na prescrição médica.

São realizados alguns controles de consumo através de registros diários pela enfermagem⁸⁶, tal como o uso de tecnologias/máquinas de monitoramento da UTI; contudo, embora este monitoramento seja realizado pela enfermagem que opera suas tecnologias/máquinas, a determinação de monitorar, o que monitorar e como realizar este monitoramento do corpo é de competência médica, constando na prescrição médica. (Folha de Prescrição diária do Prontuário do paciente).

Lembramos, ainda, que embora a(o) enfermeira(o) realize leituras do corpo, especialmente monitorando-o, as informações destas leituras são utilizadas na elaboração do raciocínio diagnóstico médico e na instituição de terapêuticas que são, prioritariamente, médicas.

⁸⁶ A formulação de competências da enfermagem se dá em torno das práticas subsidiárias, incluindo a gestão das tecnologias/máquinas da assistência – dentre elas, de monitoramento; o que inclui o controle de consumo, através de impressos específicos - *cuidado especiais* e *debito de monitorização e gases*, preenchidos pela enfermagem para a gestão dos gastos hospitalares. (Diário de campo 19).

Desta forma, podemos afirmar que também a prescrição médica é central no espaço hospitalar e orienta as demais práticas que aí se realizam.

A intervenção sobre o corpo e a formulação de competências

Nos registros, as intervenções são descritas na forma de terapêuticas diversas, mas terapêuticas médicas especialmente; e, também, na forma de procedimentos e cuidados que se dirigem ao corpo e à conexão corpo/máquina.

Em diversas terapêuticas, o foco dos registros é o procedimento executado pelo médico e não o procedimento ou cuidado, também demandados pela terapêutica, realizados pela enfermagem, fisioterapia, nutrição. Desta forma, na terapêutica respiratória sobre o corpo podem intervir a medicina, a enfermagem e a fisioterapia; entretanto, a(o) enfermeira(o) geralmente registra o procedimento médico realizado.

Assim, as(os) enfermeiras(os) registram e detalham, prioritariamente, tecnologias de intervenção realizadas pelo profissional médico - tal como, procedimentos cirúrgicos de traqueostomia e fasciotomia; e instalação de tecnologias/máquinas da assistência. Estas tecnologias estão bem demarcadas como exclusividade da medicina - somente ao médico compete realizar o registro da cirurgia no impresso de *relatório de operação*. (Prontuário do paciente).

As intervenções sobre a conexão corpo/máquina são descritas na forma de procedimentos e cuidados, alguns realizados pela medicina, outros pela enfermagem. Contudo, nos registros a ênfase está na instalação de tecnologias/máquinas através de procedimentos cirúrgicos médicos, tais como realização de traqueostomia, dissecação venosa, punção de subclávia, drenagem torácica; e as competências da enfermagem estão formuladas em torno de providências para que os mesmos ocorram:

Diurno 23/02/004...

Renata (L02) e João → aguardando Traqueostomia e Ecocardiograma, residente da cirúrgica ciente e Dr. X também desde (6ª. Feira), material da traqueostomia arrumado no carrinho... (LI 2003, p.37v)

Embora diversas tecnologias de intervenção estejam bem demarcadas, algumas conflitam práticas profissionais entre si, tal como o curativo – procedimento usualmente realizado pela enfermagem, mas que pode contemplar novo *status* e ser restrita ao médico, tal como observado nos registros:

Plantão Noturno – 14/02/04 – Sábado...

2 Renata – grave – anasarca com edema duro, curativo realizado pelo médico 1x ao dia conforme passado na passagem de plantão pelo enfermeiro X... (LI 2003, p.32)

16.03.04

Plantão sem grandes intercorrências/ pte. L.04 Edno foi feito curativo +- 22hs pelo cirurgião Dr. X, tendo o nosso auxílio. [paciente com grande sangramento, conforme relatório nesta mesma pg.] (LI 2003, p.52v)

Outras tecnologias são objeto de disputa profissional, como a aspiração de vias aéreas superiores (VAS) e o manuseio de máquina de suporte respiratório; no caso, entre a enfermagem e a fisioterapia.

As tecnologias de intervenção na forma de procedimentos executados cotidianamente pela enfermagem estão numa esfera de poucas disputas; são denominados genericamente “cuidados de UTI, cuidados de rotina, cuidados do paciente adulto, cuidados de enfermagem”. Estas tecnologias dizem respeito aos cuidados de higiene e conforto, usualmente denominados *cuidados de enfermagem*; e, também, aos diversos procedimentos técnicos descritos no fazer/saber da profissão, como a instalação de via de acesso venoso periférico para infusão de medicamentos e soros.

Estes cuidados não são detalhados, nem por médicos ao prescrevê-los, nem pelos agentes da enfermagem em seus relatórios.

As competências estão bem formuladas e demarcadas nos procedimentos prescritos pelo médico e executados pela enfermagem. Mas, as competências entre os diversos agentes da enfermagem na execução da prescrição ou nos procedimentos do Cuidado são raramente

explicitadas nos registros, embora diversas competências estejam estabelecidas na legislação em enfermagem, com atribuição exclusiva entre seus agentes.

Competências formuladas e a esfera de autonomia dos atos em enfermagem.

A(o) enfermeira(o) segue reforçando a competência médica - o médico como profissional que lê e atua sobre o corpo segundo uma hierarquia de saber/poder. Desta forma, marca o lugar do médico e, em relação a ele, o lugar de si mesmo.

Este reforço da competência está discriminado nos registros, na forma e no discurso do texto, nas discriminações e ênfases. O médico é aquele que avalia e reavalia paciente, coleta determinados materiais corporais para exame, avalia exame de paciente, afirma o diagnóstico, dá o laudo, determina condutas e intervém, pede vaga na UTI, interdita a UTI, solicita especialista para avaliar paciente (quase sempre outro médico).

A formulação de competências entre os diversos agentes se faz com base no saber Clínico e na divisão deste saber no hospital, conferindo ao médico sua autoridade.

Para Foucault (2003a, p.158)⁸⁷, descrever as relações saber/poder remete “[...] àquelas formas de dominação a que se referem noções como campo, posição, região, território” e, em nosso estudo, *o local*, pois é na análise dos efeitos de poder que desemboca a descrição espacializante da delimitação de competências - baseada em determinados discursos, mais que em outros. Este autor nos fala, ainda, que:

[...] em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade⁸⁸.

E segue afirmando diversos procedimentos externos de exclusão que incidem sobre o discurso (os jogos de interditos da palavra, a partilha e a rejeição, a oposição do verdadeiro e

⁸⁷ Op. cit.

⁸⁸ FOUCAULT, 1970.

do falso no discurso), especialmente de uma *vontade de verdade* - procedimento que incide sobre o discurso opondo o verdadeiro e o falso. Esta vontade de verdade apóia-se numa base institucional, reforçada e reconduzida por toda uma espessura de práticas - como as hospitalares, mas de modo mais profundo “[...] pela maneira como o saber é disposto numa sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e, de certa forma, atribuído”. Assim, entende que as grandes mutações científicas (como as mudanças processadas no século XIX) podem ser lidas como aparecimentos de novas formas da vontade de verdade - pelas formas que põe em jogo, pelos domínios de objetos aos quais se dirige, pelas técnicas em que se apóia.

Mas desta *vontade de verdade* do discurso pouco se fala, como se esta “[...] vontade de verdade tivesse a sua própria história, que não já a das verdades que constroem [...] e as suas peripécias fossem mascaradas pela própria verdade na sua explicação necessária”.⁸⁹ A razão disso talvez seja que o discurso “verdadeiro”, agora liberto do desejo e do jogo do poder pela necessidade da sua forma, mascara a *vontade de verdade* que o atravessa como prodigiosa maquinaria destinada a excluir; assim, nossos olhos só vêem, nos discursos, uma verdade que é riqueza.

O autor conclui que, apoiando-se numa base e numa distribuição institucionais, esta *vontade de verdade* tende a exercer sobre os outros discursos [...] uma espécie de pressão e um certo poder de constrangimento”⁹⁰.

Interessa, então, contornar esta *vontade de verdade*, interrogá-la e voltar-se contra a própria verdade, precisamente onde ela procura justificar-se em seus discursos sobre o corpo, sobre as práticas e, principalmente, sobre aqueles que intervêm sobre o corpo.

Mas pensemos um pouco na forma como o enfermeiro parece fundamentar suas práticas no discurso de verdade sobre o corpo do saber Clínico, encontrando nele os alicerces

⁸⁹ FOUCAULT, 1970.

⁹⁰ FOUCAULT, 1970.

do discurso do próprio Cuidado. Nas práticas que descrevem, os enfermeiros transpiram este saber/poder médico, mais por afirmação deste, do que por constrangimentos das práticas e dos discursos do Cuidado.

A enfermeira X me diz que gosta de “tudo preparado para emergências” – citou várias ocorrências de PCR esta semana passada, inclusive várias ocorrências com o mesmo paciente, demonstrando segurança quanto ao conhecimento que tem sobre o estado hemodinâmico de cada paciente e dos procedimentos que foram realizados. Por seus relatos, demonstra que tem muito respeito por parte da equipe médica e de enfermagem, devido ao domínio que tem da assistência e pelo conhecimento clínico que tem dos pacientes. Quando chega na entrada da UTI, “só de olhar”, já sabe se alterou alguma coisa nos pacientes. “A Médica X sempre me avisa se altera algum parâmetro nas BI’s! pois sabe que tenho este domínio”. (Diário de campo 16)

A enfermagem executa práticas de leitura e de intervenção sobre o corpo e, nesta execução, sua autonomia é relativa, menos porque suas leituras subsidiem atos médicos ou porque diversos procedimentos que executa sejam terapêuticas médicas prescritas; mas, especialmente, porque há muito do domínio do saber/poder médico nas práticas que cotidianamente realiza - nos exercícios diários que constituem os registros, é o discurso Clínico que aparece, e é sobre esta linguagem que o discurso do Cuidado em Enfermagem parece se fundamentar.

É a Clínica demonstrando sua eficácia e eficiência; e é a relação saber/poder se confirmando. Assim, lembramos que o Cuidado de Enfermagem na administração de medicamentos, prática de intervenção sobre o corpo central no trabalho em enfermagem na UTI, fundamenta-se no saber Clínico Medicamentoso, um saber médico.

Por fim, a formulação de competências, nos mais diversos procedimentos das práticas, distribui uma visibilidade variada aos agentes e às suas práticas; reforça a autoria⁹¹ de determinados atos, em detrimento de outros; e implica em responsabilização dos agentes de forma diversa.

⁹¹ A autoria e responsabilização estão também demarcadas nas nomeações e serão discutidas mais adiante.

A formulação de competências é, especialmente, delimitação e marcação de território; nesta delimitação pode-se depreender o processo pelo qual o saber produz efeitos de poder. Contudo, aquilo que observamos nas práticas descritas pela(o) enfermeira(o) é o domínio do território médico, com poucos movimentos de deslocamentos e transferências neste território.

6.3.2. COMO SE REALIZA O REFORÇO DO ATO (MÉDICO) ESPECIALIZADO?

Desde muito tempo vem ocorrendo o processo de especialização do saber na área médica, constituindo uma diversidade de especialidades e especialistas no hospital⁹². Este saber, cada vez mais segmentado, demanda uma especialização dos espaços de intervenção, organizados segundo a complexificação do saber e dos modos de sua operação sobre os corpos.

As relações de saber/poder seguem materializadas nos espaços do hospital, conferindo determinados *status* aos espaços e, também, aos seus agentes. Desta forma, o saber especializado pretendendo instituir um olhar especial e um fazer específico (consubstanciados no ato especializado na UTI), segue nomeando e reforçando seus especialistas em leitura e intervenção sobre o corpo.

Formatados: Marcadores e numeração

Manual do operador AK 200 S. Máquina de Hemodiálise. O manual de operação fornece instruções para o uso da máquina, mas enfatiza que não constitui um guia para a administração de hemodiálise. Além do Manual do Operador, há o Manual de Serviço – disponível para o técnico especializado na máquina de hemodiálise. - o funcionamento seguro do equipamento requer treinamento. Ao longo do manual, destaca instruções que representam risco de perigo ou de cuidado, tais como:

- Item 1 Cuidado. “A unidade AK 200 S só pode ser feita funcionar por pessoas com formação em Hemodiálise e que tenham procedido a um estudo das instruções constantes deste manual”. (Manual do operador – definições. p.1:3).

⁹² Relativo à meados da década de 90 (século XX), algumas informações diagnósticas da situação de mercado das especialidades médicas no Brasil podem ser vistos em estudo exploratório de Machado (1995). In: MACHADO, Maria Helena (Coord.). Especialidades médicas no Brasil. **Dados Radis**, Rio de Janeiro, ENSP / FIOCRUZ, dez., 1995.

- Item 3 Cuidado. “Os doentes que estejam ligados a equipamento de sustentação de vida, tal como a unidade AK 200 S, devem ser monitorizados por pessoal médico habilitado, por pessoal intermédio especializado ou equiparado, uma vez que poderão ocorrer circunstâncias de risco de vida, cuja natureza possa não activar os alarmes. O operador deve prestar atenção aos alarmes apropriados e observar as instruções, as expressões de aviso, de cuidado e as notas constantes deste manual”. (Manual do operador – definições. p.1:3).
- “As recomendações a prestar aos doentes e a formação em técnicas de tratamento estão sob supervisão directa e a critério do médico”. (Manual do operador – definições. p.1:5).

Os especialistas atuam sobre o corpo através de tecnologias geralmente complexificadas como tecnologias/ máquinas. Desta forma, as áreas do saber que inicialmente estruturaram a formação do saber médico, tal como a biologia, a física, a química e a matemática, estão sendo “[...] desmembradas e/ou agregadas às biotecnologias, à robótica, à bioeletrônica, à tecnobiomedicina, à genética molecular, à física médica [...]”⁹³.

Podemos afirmar que estas tecnologias complexas são produzidas no âmbito do saber Clínico, resguardando campos de *expertise* aos seus agentes e constituindo, na complexificação destas tecnologias, autoridades entre os próprios agentes médicos.

Contudo, lembramos que, em Foucault (2003a)⁹⁴, o ritual de produção da verdade utiliza-se de instrumentos e métodos a todos acessíveis, sendo a eficácia da produção da *expertise* dada pela possibilidade mesma da constatação - o que também qualifica o *expert* como sujeito universal de conhecimento. Daí a possibilidade da formação da *expertise* nas inúmeras especializações produzida pelo saber Clínico; e o êxito de sua demarcação no espaço hospitalar, no **reforço do ato médico especializado**.

A(o) enfermeira(o) segue reforçando o ato médico especializado⁹⁵. O especialista é médico e é aquele que, sob um olhar especial, avalia paciente, orienta condutas - através do *parecer médico*, bastante usual na UTI; decide terapêuticas especializadas e realiza intervenções ou procedimentos segundo sua especialização, tal como procedimentos

⁹³ Vargas, 2002.

⁹⁴ Op. cit.

⁹⁵ Ato está no sentido de tudo o que se faz ou se pode fazer dentro da competência instituída.

cirúrgicos; detém a vaga da especialidade na UTI e, desta forma, somente ele pode autorizar internação em tal vaga; detém o domínio de tecnologias/máquinas complexas - diagnósticas e terapêuticas, tal como o marcapasso.

O reforço do ato médico especializado está presente na marcação dos espaços especializados; na nomeação dos especialistas em leitura e intervenção sobre o corpo através das solicitações dos pareceres, exames, intervenções e procedimentos das especialidades.

Desta forma, se marca o lugar dos agentes especialistas médicos e, em relação a eles, dos demais agentes das práticas com base na especialização do saber médico, especialmente na especialização de suas tecnologias de leitura e intervenção. O ato médico especializado segue demarcando espaços, competências, hierarquias e condutas.

A UTI se apresenta como um espaço especializado do hospital, no qual a especialização do saber se realiza e as especialidades médicas atuam com muita propriedade. Assim, a UTI se conforma, não apenas como espaço especializado, mas também como um espaço onde o saber clínico especializado se impõe como autoridade.

Nos registros, além da própria UTI, são marcados alguns espaços especializados no hospital, tal como o Centro Cirúrgico, as Clínicas Médica e Cirúrgica, a Central de Material Esterilizado. E são registrados encaminhamentos de pacientes para outras instituições especializadas na assistência:

Vespertino 50/10/04...

L03 – Roberto – Grave, entubado. Sedado, curarizado c/ drogas vasoativas, realizado Eco (c/ rompimento de válvula aórtica). Regulado e transferido p/ UCO Sta Rosa p/ cirurgica... (LI 2003, p.10v)

Nos registros, a presença do discurso da UTI - a gravidade dos corpos, as complexas necessidades terapêuticas, o risco eminente de morte; reforça o ato médico especializado como suportes fundamentais desta unidade e, desta forma, sustenta a necessária presença destas competências. Desta forma, a(o) enfermeira(o) registra que o residente pediu vaga na UTI devido piora respiratória do paciente.

Demarcando a centralidade das especialidades (médicas), de seus especialistas e das tecnologias especializadas na UTI

Nos registros, em geral os especialistas nomeados são da área médica, marcados em suas especialidades e em hierarquias de saber/poder.

Nos registros, a(o) enfermeira(o) e, especialmente, o próprio médico reforçam o ato médico especializado ao marcar as especialidades clínicas; e reforçam as hierarquias médicas nas designações diferenciadas dos seus agentes como residente, médico e doutor – lembrando-nos, ainda, toda hierarquia que acompanha a formação e o funcionamento de um hospital de ensino.

Podemos afirmar, então, que na UTI o especialista é o médico e é aquele que decide dentro de uma especialidade médica. Desta forma, como cirurgião torácico, decide a conduta torácica. É a Clínica e a especialidade marcando o lugar de cada um na relação do médico com os médicos especialistas e demais profissionais.

Fora da área médica, o especialista solicitado para *acompanhamento do paciente* foi o psicólogo - atuação raramente requerida nos relatórios.

O fisioterapeuta é pouco mencionado nos registros; o nutricionista é citado somente uma vez. A especialidade em enfermagem também foi raramente evidenciada nesta unidade, sendo nomeada somente uma enfermeira especialista⁹⁶(em nefrologia). Contudo, as/os enfermeiras/os reconhecem a necessária *experiência* profissional como requisito fundamental para o trabalho na UTI, embora a reafirmem geralmente como *experiência no trabalho*. (Diários de campo 9, 14, 16, 19).

Outros profissionais citados, embora raramente: especialista em microbiologia e funcionário da medicina nuclear (que faz preparo para exame especial).

⁹⁶ Embora outras(os) enfermeiras(os) na UTI também tenham título de especialista.

Na leitura do corpo e no estabelecimento da intervenção sobre o mesmo, estabelece-se uma relação diferenciada entre os diversos agentes médicos. Esta diferenciação está marcada no pedido de *solicitação de especialidade* (Impresso de preenchimento exclusivamente medico do Prontuário do paciente) devendo constar, também, da prescrição médica e ser autorizado pela Diretoria Clínica do hospital.

04/05/04

As 17:00h Admitido pcte Frank (AVCI), solicitado Avaliação Neurológica que deve ser encaminhado em impresso próprio de solicitação especialidade para Diretoria Clínica neste dia 05/05/04 manhã. Não passado SNE devido ter chegado final período. (LI 2003, p.85v)

Esta diferenciação dos diversos agentes médicos segue, também, uma diferenciação de *status* entre as especialidades somente implícita nos registros e nas práticas. Assim, algumas especialidades são consideradas de *elite* na UTI sendo seu *status* relacionado ao risco eminente de morte do corpo, à premência daquela intervenção especializada, à demanda de tecnologias complexas de domínio deste especialista, dentre outros.

Desta forma, a(o) enfermeira(o) registra, com frequência, pedidos médicos de pareceres de determinados especialistas, tal como cirurgião, infectologista, nefrologista, neurologista, gineco-obstetra. Registra, também, especialistas solicitados para intervenção na UTI, como o cirurgião torácico e cirurgião vascular. Nestes registros, segue discriminando a hierarquia médica, tal como nas solicitações do especialista doutor professor, médico ou residente.

A(o) enfermeira(o) geralmente registra, no texto, as especialidades médicas em maiúscula, referindo-se a elas como substantivos próprios, como à marcar sua importância. Assim, refere-se à Infectologia como área especializada. No texto, os Exames Médicos Laboratoriais também são apresentados como substantivos próprios, mesmo que em sua forma abreviada.

A UTI é o grande templo da Clínica no hospital e é o espaço onde as tecnologias especializadas estão mais presentes, mediadas por tecnologias/máquinas complexas e são, geralmente, de domínio dos especialistas médicos. Nos registros, as(os) enfermeiras(os) enfatizam a importância de determinados exames complexos, sob os quais o foco da atuação em enfermagem está centrado em controles e em providências para que os mesmos se realizem.

Desta forma, registram diversas tecnologias especializadas de intervenção, executadas exclusivamente por médicos e mediadas por tecnologias/máquinas; e realizam a gestão destas intervenções, relativas a cada paciente, no impresso de *cuidados especiais* do Prontuário do paciente, onde são relacionados os procedimentos realizados e o dia de sua realização:

No impresso de cuidados especiais do prontuário de cada paciente são registrados dados de instalação de tubos (DT, TOT, traqueostomia), aparelhos (respirador) cateteres (PVC, acesso PAM, intracath), terapêuticas (NPP, Diálise Peritoneal, Hemodiálise, cardioversão), exames (punção líquido pleural, punção lombar, ECG, ECO, Raio X, homocultura, cultura), sondas (SVD, SV de alívio, SOG, SNG, SNE), cirurgias (flebotomia, balão intra aórtico, citostomia, gastrostomia, cirurgia). Além do uso de antibióticos. Também é elaborada a escala de coma Glasgow simplificada e a avaliação da inserção intravenosa, dentre outros. (Diário de campo 19)

Atentar que, na UTI, algumas tecnologias/máquinas especializadas estão sem uso por falta de insumos e por falta do médico especialista:

O Polígrafo de beira de leito (de 21 canais) é um aparelho de avaliação hemodinâmica, chegou a ser montado, mas nunca foi utilizado na UTI, estando num canto do corredor da unidade, pois somente um médico conhece sua tecnologia e não está disponível para o setor. Seu manual está em alemão e não tem tradução. Já o Analisador de gases sanguíneos M 248 da CHIRON chegou a ser utilizado, mas está atualmente sem uso na UTI por falta de insumos – que são caros. (Diário de campo 14).

Também como tecnologias especializadas, estão presentes diversos medicamentos considerados de uso restrito à UTI, pois produzem efeitos abruptos em funções orgânicas vitais exigindo a monitorização rigorosa do corpo, sendo de uso raro em outras unidades do hospital não preparadas para este monitoramento.

6.3.3. COMO SE EFETIVAM AS CONDUTAS NA UTI?

O saber/poder médico está estruturado no hospital – no sentido de sua materialidade ser evidente na forma como os serviços estão organizados, na forma como as práticas se efetivam e na formulação das competências dos diversos agentes que neste espaço atuam.

A materialidade deste saber/poder é evidente na organização dos serviços de saúde, nas legislações e normas, nas definições do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁹⁷ que contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS através das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH.

O saber/poder médico estruturado no hospital tem sua materialidade evidenciada, ainda, nos procedimentos de AIH, pois o pacote *diária UTI* é firmado sob o ato médico – fundamentado no diagnóstico médico, clínica, dias de permanência, solicitações especiais (NE, NPP, tempo permanência maior que 59 dias), tabela de medicações, materiais especiais (cateteres, próteses), dentre outros.

No módulo hospitalar SIH/SUS, os extratos de contas hospitalares são referentes aos Serviços hospitalares, Serviços profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT). Possui instrumentos que devem ser preenchidos obrigatoriamente pelo médico: Laudo médico para emissão de AIH, Laudo médico para solicitação de procedimentos especiais, Autorização de internação hospitalar – AIH, AIH de identificação Longa permanência. A(o) enfermeira(o) preenche somente o *Laudo de enfermeiro para emissão de AIH de parto normal*.

Desta forma, o SIS/SUS é constantemente consultado pelos médicos da UTI, pois devem informar os procedimentos médicos que garantem o repasse de pagamento de gastos,

⁹⁷ BRASIL, 2002.

devendo saber enquadrar cada caso. Além disto, um agente administrativo supervisiona a emissão das AIH na UTI e orienta os médicos no preenchimento correto das diárias e procedimentos. O consumo diário em procedimentos do cuidado de enfermagem não é considerado no pacote deste sistema, embora a enfermagem da UTI realize a anotação de gastos diários do paciente em impressos próprios para este fim, mas com fins de gestão interna deste gasto no hospital. (Diário de campo 12).

Também como versões do saber/poder médico no hospital (incluída a especialização deste saber), e junto com critérios de ordem política e institucional (como o fato de ser um hospital universitário) temos a demarcação das hierarquias institucionais no organograma, na ocupação de cargos por docentes, na relação de hierarquia entre docente e aluno (professor doutor e residente). Nesta hierarquização, sempre se vai conferindo uma certa autoridade estritamente médica.

Em nossa análise interessa que, em torno das práticas de leitura e intervenção sobre o corpo⁹⁸ e nas relações com os demais agentes das práticas, o saber/poder médico mostra sua materialidade **normatizando** e **normalizando** as condutas dos agentes.

Utilizamos o termo *conduta* no sentido de ato ou efeito de conduzir-se⁹⁹, entendendo que a conduta é sempre *em ato* e *em relação com o outro*; aproxima-se do sentido da relação de poder em Foucault - um poder relacional e nunca completamente formalizado ou atribuído; em detrimento do termo *papel*, pois este tem seu sentido mais relacionado ao do ator/personagem ou de atribuições, funções e atos que se praticam. Além disso, ao problematizarmos a constituição do sujeito como produto de um *duplo*, torna-se inconsistente a noção de um sujeito constituído por um eu centrado a desempenhar um conjunto de papéis. Neste momento do estudo, a conduta não tem o sentido de procedimento moral - bom ou mau.

⁹⁸ Também evidente nas práticas subsidiárias.

⁹⁹ Com base em UOL (2001).

A norma é considerada a forma pela qual a conduta é instruída como um ato institucional, tornando-se uma regra, um padrão, uma ordem estabelecida, até mesmo uma forma jurídica; e qualquer que seja sua forma, pesará sempre sobre o agente quase como força de lei, devendo ser seguida.

Mesmo sendo assim considerada, a *normatização da conduta* deve ser efetivada nos atos de cada dia, nas relações entre os agentes das práticas, tendo o sentido daquilo que é demarcado e reforçado por acatamento à regra - a norma posta em ação pelos agentes.

A *normalização da conduta* é considerada a sua naturalização - o “como as coisas acontecem aqui”. Uma forma efetiva de exercício do poder através do dispositivo da disciplina que tem a *norma* como referência e medida comparativa da conduta dos agentes.

Nos registros, os procedimentos de **normatização da conduta** estão constituídos em torno do da demarcação¹⁰⁰ da conduta e da sua gestão em geral - “quem faz, como faz, quando faz”. Esta normatização é evidenciada nas solicitações, programações e, especialmente, no reforço da conduta do outro, tal como comunicar, dar conhecimento, dar ciência ao outro; e, ainda, no reportar-se ao outro, no aguardo do outro e no cumprimento de uma intervenção determinada pelo outro, tal como “MCPM”.

Assim, a(o) enfermeira(o) geralmente registra *o aguardo* do médico que realizará o parecer e/ou exame especializado¹⁰¹:

Diurno 28/02/004...

OBS: IRENE (L03) com solicitação da cirurgia Torácica, Dr. X de férias e na 2ª. Feira será comunicado Dr. Y; ver se no domingo não estará de plantão na Cl. Cirúrgica... (LI 2003, p.40v)

E se preocupa em registra *a ciência* do médico à solicitação de parecer e/ou exame especializado (detém a tecnologia do exame), a *ciência* deste médico sobre pendências e

¹⁰⁰ *Demarcar* tem o sentido de tornar clara, visível, evidente a conduta. Evidente é aquilo que tem evidência, que é incontestável, que todos vêem ou podem ver e verificar, como utilizado anteriormente neste mesmo estudo. Nos registros, demarcar tem o sentido de positivar geralmente a conduta do outro.

¹⁰¹ Nos registros consta os termos avaliação ou parecer, discriminando a solicitação de um médico especialista.

providências na realização do exame, e sua *ciência* sobre os exames e pareceres já realizados. Nos registros, a(o) enfermeira(o) enfatiza todas estas ciências e segue, assim, demarcando e reforçando a conduta médica especializada.

Preocupa-se, desta forma, em registrar **o aguardo do outro e o poder de decidir do outro** nas práticas não somente de leitura (exames e pareceres de especialidades); mas, especialmente, nas práticas de intervenção médica sobre o corpo, na forma de procedimentos técnicos ou não.

23/03/04 Plantao Noturno...

L04 Edineu – grave e instável, com piora gradativa do quadro pulmonar, queda da saturação tosse com expectoração de secreção purulenta. Mantendo picos hipertensivos, solicitado avaliação médica duas vezes no período medica duas vezes no período. Feito curativo, infundido plasma CPM. (LI 2003, p.59-59v)

A(o) enfermeira(o) se coloca, da mesma forma que o paciente, de forma expectante em relação à intervenção do profissional médico.

Estes registros pouco explicitam os cuidados de enfermagem; parece que as competências e condutas em enfermagem estão implícitas no cotidiano das práticas, normalizadas. Desta forma, a(o) enfermeira(o) registra apenas sucintamente que o paciente apresentou parada cardíaco-respiratória e foi reanimado com sucesso; ou discrimina a instalação de diversas tecnologias/máquinas no momento da internação na UTI segundo uma rotina padrão de admissão, eventualmente acompanhada da descrição de alterações do corpo.

Nos registros, a demarcação e reforço da conduta do outro pela(o) enfermeira(o) se deu, especialmente, com base na divisão do saber (constituindo as diversas profissões no hospital), no qual a enfermagem apresenta-se especialmente como extensão do olho e braço médico - o médico apresentando-se como o dono da clínica. Com base, também, na especialização do saber médico, na hierarquia hospitalar e na organização do serviço.

A **conduta normalizada** geralmente dispensa autoria, descrições, comentários e detalhes; mas merece registro quando se torna dissonante. A dissonância está bem

colocada como “falta de consonância ou de harmonia, encontro pouco harmonioso de vários sons”¹⁰². Desta forma, o caso dissonante foi considerado um *registro exemplar* daquilo que não é *normalmente* conduta de um agente da enfermagem na UTI.

Alguns poucos casos dissonantes da conduta foram observados nos registros – todos relativos à enfermagem, diante dos quais são colocados em operação procedimentos de disciplinização, através da sanção normalizadora. E também, nestes casos dissonantes, a nomeação dos agentes foi enfatizada. Desta forma, a enfermeira registra como intercorrência administrativa a conduta instituída por um agente da enfermagem (Técnico de Enfermagem / TE) mudando procedimento *de rotina*:

Plantão Diurno 1/03/04...

“Int. Administrativas”: → PVC’s das 14 e alguns das 16h, deixaram de ser realizados pelo funcionário Amadeu, segundo a avaliação do mesmo desnecessários de 2 em 2 horas”. (LI 2003, p.50)

Em geral, a enfermagem executa a leitura do corpo em seus parâmetros (dentre os quais, a PVC), através de tecnologias/máquinas de monitoramento; contudo, não determina como esta leitura se dará, embora este monitoramento faça parte da rotina de seu trabalho. Desta forma, o técnico de enfermagem *não deveria* ter avaliado a *necessidade* da realização da leitura do parâmetro PVC; e a enfermeira tece sutilmente esta reprimenda nomeando-a como uma *intercorrência administrativa*.

Lunardi (1995)¹⁰³ se detém no estudo da sanção normalizadora constituindo os corpos dóceis das enfermeiras. Sob a ótica *foucaultiana*, afirma que um pequeno mecanismo penal existe e se exerce no coração de todos os processos disciplinares; e estudou as micropenalidades presentes na formação das enfermeiras, dentre as quais, a sanção normalizadora dos discursos, dos modos de ser, da sexualidade.

¹⁰² UOL, 2001.

¹⁰³ LUNARDI, Valéria Lerch. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. p.79-108.

Em Foucault (2004a, p.149)¹⁰⁴, “o que pertence à penalidade disciplinar é a inobservância, tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios”.

Em nosso estudo, evidenciamos procedimentos de disciplinização que visam o restabelecimento de determinada conduta - sua normalização; através da reprimenda, reprovação, modos sutis de registro, como o questionamento e o alerta.

Matutino 02/03/004...

* Por favor retirar as traquéias que foram colocadas de molho às 12:24 porque não tivemos tempo de lavar antes, estou pedindo porque descobri que a enfermagem não é continuidade. [resposta da outra enfermeira:] É lamentável que seja esta a interpretação. (LI 2003, p.42v)

16/03/2004 Vespertino...

→ Recebemos a visita da VISA – que inspecionou toda a unidd; e retirou da mesma vários frascos de SG5% e amp. Aminofilina vencidos; TODOS estão aguardando devolução à farmácia. Na inspeção não foi encontrado o Manual de Normas e Rotinas da Unidd. (LI 2003, p.52v)

Vespertino 01/03/2004...

{OBS: EXPURGO C/ TRAQUÉIAS NO BALDE S/ SOLUÇÃO, QUAL OBJETIVO?}... (LI 2003, p.41)

Desta forma, ao longo do texto o enfermeiro utiliza *destaques* ou *ênfases* nas palavras empregadas, através de termos como “observações, intercorrências, em tempo, atenção”; e na forma de negritos, grifos, maiúsculos e pontuações (indagações, exclamações, colchetes e aspas). Estes destaques estão bastante presentes em todas as práticas descritas, especialmente nos *procedimentos administrativos* das *práticas subsidiárias*. Todos estes destaques são recursos de linguagem nos quais dispositivos disciplinares e pedagógicos estão presentes.

Por fim entendemos, como Lunardi (1995)¹⁰⁵ que não somente os atos são sancionados, mas os próprios indivíduos.

O cuidado de enfermagem é normalizado no cotidiano do trabalho, os atos de enfermagem são rotineiramente executados e as condutas de seus agentes são alvos de poucas disputas entre os demais agentes das práticas.

¹⁰⁴ Op. cit.

¹⁰⁵ Op. cit.

11/03/04 noturno. Plantão estável; sem grandes intercorrências feito diversas atribuições no que tange a assistência de Enfermagem do Enfermeiro e trabalhos elementares. * Funcionários Ok...(LI 2003, p.48)

07/03/04 Diurno. Plantão sem grandes intercorrências; dando assistência de enfermagem; feito evolução em prontuários; como houve somente 03 funcionários fiz também trabalhos elementares... (LI 2003, p.45)

6.3.4. COMO SE PERSONALIZAM AS CONDUTAS NA UTI?

Personalizar a conduta é demarcá-la e é nomear e responsabilizar seus agentes, conferindo identificação entre agentes e condutas e conferindo forte identificação profissional a certas práticas. Desta forma, a personalização da conduta relaciona-se à constituição da experiência de ser do profissional.

Esta personalização da conduta se dá nos mecanismos que marcam a personalidade ou a autoria da conduta, tal como a nomeação, a designação, a responsabilização da conduta, os atos conjugados na primeira pessoa do singular - tal como na prestação de contas e na justificativa tecida no texto.

Algumas atuações são repetidamente demarcadas nos registros da(o) enfermeira(o), como é o caso das práticas médicas de leitura e intervenção sobre o corpo, especialmente na forma de pareceres e intervenções especializadas; nestas, o registro do procedimento realizado, ou a ser realizado, vem quase sempre acompanhado do nome do especialista médico. Desta forma segue-se marcando o lugar de cada um (e de si mesmo em relação ao outro) nomeando o especialista e, assim sendo, o não especialista.

As atuações também são demarcadas nos diversos impressos e registros do prontuário do paciente, alguns de preenchimento exclusivamente médico, sempre acompanhado de sua assinatura e carimbo. (Prontuário do paciente).

Encontramos somente a identificação de um Técnico de Enfermagem, no *relatório de enfermagem*, acompanhada de seu carimbo profissional. Na *evolução*, feita por enfermeiros, esta identificação é mais regular. (Prontuário do paciente).

A personalização da conduta relaciona nomeação, responsabilização e visibilidade. Mas, na enfermagem, a impessoalidade é a regra da linguagem. A invisibilidade dos seus agentes, especialmente de nível médio em enfermagem, está presente na *não* demarcação da autoria dos atos realizados nos registros¹⁰⁶.

Esta invisibilidade parece se relacionar à normalização das suas condutas¹⁰⁷.

O ato de nomear

Os agentes das práticas são nomeados nos relatórios a todo tempo, uns mais que os outros. A nomeação se faz, ou não, acompanhar da designação (ou discriminação) da categoria profissional.

A(o) enfermeira(o) inicia o registro no Livro de Intercorrências nomeando os funcionários de enfermagem presentes no plantão, embora designando-os genericamente *equipe de enfermagem*; diferentemente dos demais agentes, onde nomeia e designa diligentemente quem é o médico plantonista (ou o doutor), o fisioterapeuta, o trabalhador da limpeza, o secretário.

Raramente deixa-se de nomear o especialista médico que realizou uma intervenção especializada.

Diferentemente das práticas realizadas por médicos, onde a autoria médica é diligentemente registrada, nas práticas realizadas pelos demais agentes, a(o) enfermeira(o) raramente nomeia ou discrimina a categoria profissional. Um único registro nomeia um enfermeiro que executou procedimento de enfermagem - no caso, a instalação de

¹⁰⁶

¹⁰⁷ Também a invisibilidade se traduz como impessoalidade – o que inscreve a conduta fora do risco da responsabilização: fora do eu, fora do risco.

tecnologia/máquina (SVD); e não há qualquer registro nomeando profissional de nível médio em enfermagem que tenha executado determinado procedimento.

Geralmente a(o) enfermeira(o) registra práticas que, sendo normalmente realizadas pela enfermagem, foram realizadas por médicos, tal como o curativo feito por determinado cirurgião ou residente. Desta forma, a autoria e a responsabilização das práticas realizadas pelos diversos agentes de enfermagem na UTI são pouco explicitadas, sendo os verbos de ação conjugados na terceira pessoa do singular.

Embora alguns procedimentos sejam executados exclusivamente por enfermeira(o) e se saiba que existe uma(um) só enfermeira(o) por plantão, quase todos os relatórios (realizados e assinados pela/o enfermeira/o do plantão) foram redigidos na terceira pessoa do singular, no tempo verbal pretérito perfeito. São raros os registros em que a(o) enfermeira(o) conjuga o verbo na primeira pessoa, explicitando sua autoria nas práticas executadas.

O único relatório realizado por médico no livro de intercorrências foi redigido na primeira pessoa do singular, relacionando nomeação e responsabilização na conduta¹⁰⁸.

25;01;04 Matutino...

INTERCORRÊNCIA MÉDICA 24.01.04 → PLANTÃO MATUTINO. Tendo em vista a falta de especialista que deveria dar suporte para UTI, tais como neurologista, angiologista e nefrologista. Sendo constante a dificuldade para se conseguir um parecer com tais especialistas, sendo que a gravidade dos pacientes que se encontram na UTI, não podem esperar por decisões burocráticas demoradas sob risco de se tornar inócua para os pacientes. Sendo o caso atual da falta de nefrologista e serviço de diálise, estando no momento com 02 paciente necessitando de diálise, e embora já se tenha comunicado Chefia UTI e Diretoria Clínica até o momento não foi tomado providencias. Como a responsabilidade pelo acompanhamento dos doentes é do medico plantonista, e diante do eminente risco porque passam o pacientes acima é que estou neste momento fechando a porta entrada da UTI do HUJM, com respaldo no Código de Ética Médica e Código Civil. E também fiz comunicação desta decisão a Central Regulação para que a mesma promova transferência dos pacientes Lucas e Maria para UTI que contem com serviço de diálise, até que sejam resolvido a questão da contratação dos referidos profissionais, fiz também notificação desta decisão para Chefia da UTI e a Diretoria Clínica, bem como Central Regulação, através memorando entregue para assistente administrativo

¹⁰⁸ Contudo, não foi nosso objetivo ver esta *pessoalidade* nos relatórios médicos.

Carlos para fazer protocolos devidos. Cuiabá, 29 de Janeiro de 2004. Ney Silva Santos. Cirurgião Geral – HRR CRM...

A nomeação acompanha a responsabilização na área profissional. O processo de nomeação se liga a responsabilização e submete (e pode subverter) as hierarquias hospitalares. A questão da autonomia médica se apóia neste processo.

6.3.5. NA DELIMITAÇÃO DE TERRITÓRIO SE PRODUZ A EXPERIÊNCIA DO LUGAR DA(O) ENFERMEIRA(O) EM RELAÇÃO AOS OUTROS SUJEITOS DAS PRÁTICAS

Na visibilidade dos espaços, competências e condutas estão marcados os territórios. Nesta visibilidade se definem os referenciais do sujeito - a verdade do sujeito, e os referenciais possíveis da experiência desse ser profissional.

Nas relações entre os sujeitos das práticas se marca o lugar de cada um e, mais ainda, o lugar de si mesmo em relação ao outro, através de diversos procedimentos constituídos em relações de saber/poder. O saber que ordena as relações é o saber da Clínica, um saber/poder eminentemente médico, em torno do qual os agentes delimitam seus territórios. Nestes procedimentos, a Clínica demonstra sua eficácia e eficiência e confirma que o saber é, sempre, relação com o poder.

Nas práticas registradas, pudemos observar procedimentos através dos quais se marca o lugar dos sujeitos: a formulação de competências em torno das tecnologias de leitura do corpo e tecnologias de intervenção sobre o corpo; o reforço do ato especializado e dos seus especialistas na marcação dos espaços especializados, das especialidades, das tecnologias especializadas na UTI; a demarcação e reforço da conduta em contraponto à normalização da conduta; e a personalização da conduta.

Também observamos alguns procedimentos disciplinares das condutas dos agentes - como a sanção normalizadora; inscritos na esfera das relações de poder entre os agentes das práticas.

Foucault (2003a)¹⁰⁹ ao estudar os discursos em seus procedimentos internos de controle (funcionando como princípios de classificação, ordenamento e distribuição) detém-se nas disciplinas, em especial na medicina. Afirma que para que haja uma disciplina é preciso que haja a possibilidade de formular indefinidamente novas proposições que reconhece como verdadeiras e falsas, mas “[...] uma proposição tem de passar por complexas e pesadas exigências para poder pertencer ao conjunto de uma disciplina; antes de se poder dizê-la verdadeira ou falsa, ela deve estar [...] ‘no verdadeiro’”. Ao mesmo tempo, a disciplina “[...] repele para o outro lado das suas margens toda uma teratologia do saber”.

Como vimos, a medicina tem sido bastante eficiente nesta produção. E mais, os procedimentos evidenciados demarcam territórios de saber/poder, distribuem uma visibilidade variada às diversas práticas e conferem forte personalização a certos agentes das práticas. Mas estes procedimentos são considerados, especialmente, na perspectiva da orientação da conduta dos agentes, como tecnologias do eu profissional.

Na visibilidade dos espaços, competências e condutas estão marcados os diversos territórios. Nesta visibilidade se definem os referenciais do sujeito - a verdade do sujeito, e os referenciais possíveis da experiência desse ser profissional.

Mas temos que nos atentar que estes referenciais possíveis do ser enfermeiro estão sendo constituídos nos referenciais do outro, na marcação do lugar do outro e na nomeação do outro como o referente na relação. Assim, o *outro* (o médico) tem se constituído como a identidade referente, central, para o enfermeiro e, talvez, para os demais agentes da saúde.

¹⁰⁹ FOUCAULT, 2003b.

Para Silva (2002c)¹¹⁰, se a diferença acaba em geral reduzida à identidade, é preciso desequilibrar o jogo em favor da diferença. Assim sendo, nas relações enfermeira/o e médico talvez devêssemos ser diligentes em constituir nossos referenciais, não em torno do outro, mas em direção ao diferir, constituindo e marcando nossas diferenças nas relações e, nestes movimentos, nos constituirmos em composições e conexões com as múltiplas, diferentes, periféricas e marginais identidades no campo da saúde, pois “A diferença não tem a ver com a diferença entre x e y, mas com o que se passa entre x e y [...] A diferença não pede tolerância, respeito ou boa-vontade. A diferença, desrespeitosamente, simplesmente difere”¹¹¹.

¹¹⁰ SILVA, Tomaz Tadeu. Identidade e diferença: impertinências. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, n.79, p.65-6, agosto, 2002c.

¹¹¹ SILVA, 2002c, p.66.

6.4. NAS PRÁTICAS / SABERES / PODERES / RELAÇÕES, OS DISPOSITIVOS DE PRODUÇÃO E MEDIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO EU PROFISSIONAL DESCREVEM QUE EXPERIÊNCIA DE SI – SER ENFERMEIRA(O), É POSSÍVEL SER PRODUZIDA, E COMO É PRODUZIDA

Realizamos inicialmente algumas considerações, com base na abordagem teórico-metodológica previamente desenhada na nossa proposta de estudo e em evidências do material empírico; após, apresentamos, na retomada das práticas, saberes, poderes e relações, os dispositivos de produção e mediação da experiência do eu profissional descrevendo que experiência de si – ser enfermeira(o), é possível ser produzida, e como é produzida.

Em seus estudos sobre tecnologias do eu e técnicas de si, Foucault analisou a constituição do sujeito relacionado com o campo ético e conduziu suas pesquisas com base em documentos na forma de textos prescritivos, que propunham regras de conduta no campo moral. Desta forma, ele situou a condução de si no campo moral afirmando que “[...] existem diferentes maneiras de ‘se conduzir’ moralmente, diferentes maneiras, para o indivíduo que age, de operar não simplesmente como agente, mas sim como sujeito moral dessa ação”¹¹².

Vimos, anteriormente, que a reapropriação de temas em torno da constituição do sujeito marca a condução das pesquisas de Foucault ao longo dos anos. Seus últimos estudos, sobre a *História da sexualidade*, privilegiaram os modos pelos quais os indivíduos são levados a se reconhecerem como sujeitos, nas formas e modalidades da relação consigo mesmo; mas o tema da constituição do sujeito vem sendo continuamente abordado por Foucault em outros dois eixos que constituem o complexo de suas indagações: ao sujeito moral, se junta o sujeito de conhecimento e o sujeito que age sobre outros, em relações de poder. Em seu percurso de pesquisa dirigiu-se, cada vez mais, para processos imbricados na

¹¹² FOCAULT, 2001, p.27.

constituição dos sujeitos, particularizando-os e destrinchando-os, interessando-se pelo *eu mesmo* do sujeito, nas práticas *pessoais* que têm este *si* como preocupação.

Alguns conceitos são utilizados por Foucault em certos momentos de suas pesquisas, mais do que em outros, como a marcar fases de seus trabalhos. Desta forma, *técnicas de si* é identificador de seus estudos sobre *A história da sexualidade*¹¹³, assim como *poder disciplinar* identifica seus estudos, em *Vigiar e punir*¹¹⁴, sobre os processos de objetivação e sujeição do indivíduo. Já em *A verdade e as formas jurídicas*¹¹⁵, ao abordar a constituição do sujeito por entre os jogos de verdade, falou em *novas formas de subjetividade* ao dizer da constituição histórica do sujeito do conhecimento; e em *Tecnologias do Eu*¹¹⁶, utilizou o termo título do seu trabalho na perspectiva dos modos pelos quais o sujeito é levado a ocupar-se de si mesmo, transformando a experiência de si.

Embora em seus estudos sobre tecnologias do eu e técnicas de si não tenha se dirigido ao *sujeito profissional*, as articulações que realizou ao longo de sua obra em torno da objetivação e da subjetivação do sujeito, nos eixos temáticos *saberes, relações de poder e processos de subjetivação*, permitiram-nos realizar apropriações no estudo da constituição desse sujeito do trabalho - a(o) enfermeira(o). Este sujeito pôde ser interrogado nos saberes que o constituem, nas relações de poder que marcam seus determinados lugares e nos jogos de verdade através dos quais se tecem as possibilidades da experiência de *ser profissional* de determinado modo.

O *corpus* de análise evidenciou que a(o) enfermeira(o) constitui a experiência de si por entre processos de objetivação e de subjetivação, em mecanismos que se localizam entre finalidades pedagógicas e disciplinares; mas sem localizarmos estes mecanismos entre um ou outro pólo da mecânica do poder, pois, se o poder se exerce de forma bastante eficaz, é

¹¹³ FOUCAULT, 2001.

¹¹⁴ FOUCAULT, 2004a.

¹¹⁵ FOUCAULT, 1978.

¹¹⁶ FOUCAULT, 1990a.

porque seus mecanismos produzem efeitos que constituem o indivíduo, como tal, na forma do duplo, sempre um efeito do duplo exercício do poder - o poder que se exerce sobre o sujeito, e o poder de si sobre si mesmo.

Foucault não confrontou técnicas de poder *versus* técnicas do eu; antes, entendeu as técnicas do eu como técnicas de poder dirigidas à constituição da subjetividade, à produção do sujeito por si mesmo, numa reapropriação de temas na história da verdade sobre o sujeito; como vimos, esta reapropriação é marcante na condução de suas pesquisas.

Em nossa abordagem, entendemos que o mecanismo disciplinar e o mecanismo pedagógico são tecnologias do poder sendo, o poder, muito mais construtivo do que destrutivo, produtor do que opressor, produtor de objetividades e subjetividades. Técnicas de poder e técnicas do eu atuam mutuamente na constituição do sujeito do trabalho – a(o) enfermeira(o); pois, são diversas as formas e os mecanismos no exercício do poder.

Desta forma, o *corpus* de análise evidenciou que dispositivos disciplinares - como a sanção normalizadora, nos casos dissonantes; e pedagógicos - como a rememoração das práticas, nos registros produzidos por enfermeira(o); orientam a produção deste sujeito, e suas competências, em torno da objetividade do corpo da clínica. Da mesma forma, marcar o lugar de cada um implica marcar o lugar de si mesmo em relação ao outro. Um poder que se exerce do outro sobre si, de si sobre si mesmo e de si sobre o outro. É a produção do duplo nos dispositivos de produção e mediação da experiência de si. Assim, a subjetividade profissional é sempre um duplo produzido.

Em estudo sobre políticas de inclusão sob influência *foucaultiana* e analisando processos de constituição, regulação e construção dos sujeitos/alunos, Xavier (2003)¹¹⁷ também nos fala em práticas pedagógicas e disciplinares, discursivas e não discursivas, desenvolvidas nas salas de aula e nas escolas com turmas de progressão. Em seu estudo,

¹¹⁷ XAVIER, Maria Luisa M. **A Construção do sujeito/aluno: inclusão, disciplinamento, emancipação em debate.** Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos2>>. Capturado em: 13 jun. 2003

analisou fichas de secretaria, relatórios de avaliação e dossiês, como tecnologias pedagógicas e disciplinares responsáveis pela construção, regulação e controle dos alunos.

Enquanto nos estudos sobre as técnicas de si, Foucault utilizou-se de textos prescritivos que propunham regras de conduta no campo moral; no trabalho de campo de nosso estudo e, talvez, devido aos instrumentos de pesquisa propostos, deparamo-nos com documentos na forma de textos que continham, em sua quase totalidade, saberes instrumentais além de elementos que demonstravam as relações de poder entre os agentes das práticas, expondo somente nas entrelinhas regras que poderiam evidenciar componentes da conduta ética, tais como a abnegação e o altruísmo.

Lembramos que diversos estudos em enfermagem demonstram os elementos de uma ética religiosa e, posteriormente, vocacional-disciplinar na conformação das práticas em enfermagem¹¹⁸. Estes estudos abordam, em geral, a formação histórica dos códigos¹¹⁹ de comportamento em enfermagem e os efeitos destes códigos na conformação histórica da enfermagem e no seu trabalho diário, acentuando que o componente forte da moral no trabalho em saúde é a codificação da conduta e a definição estrita do permitido e do proibido.

Segundo Foucault (2001, p.30)¹²⁰, toda experiência moral comporta, no sentido amplo, além dos códigos de comportamento, as formas de subjetivação; e é sobre estas formas que se detém, assim como nas práticas de si destinadas a assegurá-las: “[...] a ênfase é dada, então, às formas das relações consigo, aos procedimentos e às técnicas pelas quais são elaboradas, aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer, e às práticas que permitam transformar seu próprio modo de ser”.

¹¹⁸ Dentre estes estudos, Germano (1993) fala especialmente de uma ética *permeada de religiosidade*, com implicações práticas no trabalho e na formação do enfermeiro, em termos de sua disciplinização e submissão. Enquanto Meyer (1995) discute o modelo laico, *vocacional/disciplinar*, que configurou a criação da enfermagem profissional moderna. In: GERMANO, Raimunda Medeiros. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993. 141p. MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann (Orgs). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 203p. p.63-78

¹¹⁹ Códigos são ideais éticos, não necessariamente organizados num livro-código.

¹²⁰ Op. cit.

Para nós interessa que, por entre estes códigos, constitui-se uma(um) certa(o) enfermeira(o), como modelo e ideal regulatório de nossos modos de existir, confirmando-se como dispositivos projetivos da experiência de si. Desta forma, evidenciamos no trabalho de campo alguns elementos destes códigos nos discursos das(os) enfermeiras(os), especialmente a dedicação ao trabalho. Pensamos que talvez o próprio Cuidado apresente-se como ideal moral da enfermagem.

Enfermeira Isis salienta a assistência como centro de seu trabalho. Dá ênfase na dedicação do profissional. “Tem que gostar do que faz”. “Tem que brigar”. “Eu sou briguenta”. Na assistência, dá ênfase no conhecimento das alterações relacionadas ao estado de cada paciente, especialmente os controles e monitorizações (débito urinário, alterações de PA relacionadas ao uso de drogas vasoativas) e ao conhecimento dos procedimentos realizados pelos AE (glicemia, PVC). Toda alteração detectada pelos AE devem passar por ela. Acompanha de perto estas alterações e diz ser referência para os médicos neste acompanhamento, pois “passo o tempo todo com os pacientes e os conhece. Tenho que saber sobre cada paciente”, caso contrário, considera que não fez um trabalho adequado. Inclui o conhecimento do paciente relativo à nutrição – aceitação alimentar, distensão. É referência para a nutricionista neste saber sobre o paciente. (Diário de campo 2)

Enfermeira Ísis realizando banho em paciente junto com TE. Orienta todo o tempo “como” realizar os cuidados. Refere que gosta muito de realizar cuidados – “por a mão na massa” e que “tem que gostar do que faz”. Refere que o cuidado é muito cheio de detalhes. Diz que recebeu no último plantão elogios de familiar de paciente e que isto é muito gratificante. (Diário de campo 16)

Para Rose (2001)¹²¹, é preciso ampliar a análise das relações entre governo e subjetivação para além do campo da ética, analisando essa relação ao longo de outros eixos possíveis, tais como a genealogia da subjetivação nas técnicas intelectuais e nas técnicas corporais. Sobre as primeiras, propõe analisar a relação consigo articulada a práticas de transformação de mentalidades, nas técnicas intelectuais como a escrita, a leitura, a memorização – técnicas habituais no campo da educação.

¹²¹ ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & Realidade**, v.26, n.1, p.33-57, jan./jul. 2001.

Para este autor, existe uma diversidade de modos nos quais uma certa relação consigo mesmo pode ser estabelecida; e a própria forma da relação consigo mesmo pode variar, podendo ser uma relação de conhecimento, de preocupação, de solicitude. Da mesma forma, a relação com a autoridade pode variar, podendo ser relação de domínio, de disciplina, de pedagogia, de sedução, conversão e exemplaridade. Desta forma, pensa que a investigação deva buscar mapear a topografia da subjetivação, ou seja, “[...] traçar as formas técnicas atribuídas à relação consigo mesmo em várias práticas – legais, militares, industriais, familiares, econômicas. E mesmo no interior de qualquer prática, deve-se supor que a heterogeneidade é mais comum que a homogeneidade [...]”¹²².

Sobre os corpos, estudos em enfermagem dão conta dos modos de prescrevê-los; dentre eles, a *postura dos corpos* sob as regras do poder disciplinar, segundo análise *foucaultiana*: “[...] a disciplinarização dos corpos das enfermeiras faz-se essencialmente através da dominação dos seus corpos, compreendendo-se nesta dominação dos corpos também a dominação das suas almas, seus desejos, suas disposições, seu coração e seu intelecto”¹²³. Lembramos que, em *Vigiar e Punir*, Foucault (2004a)¹²⁴ coloca em jogo as disciplinas do corpo e da alma.

Consideramos que esta constituição disciplinada dos corpos é tão mais eficiente quando combinada a uma pedagogia dos corpos nas técnicas corporais, lembrando-nos que Foucault (1993, apud SANTOS, 2003)¹²⁵ “[...] reconheceu que as tecnologias de poder [...] eram insuficientes para dar conta do governmento, tal qual este se configura contemporaneamente; por isso empreendeu, também, o estudo do governmento a partir

¹²² ROSE, 2001, p.45.

¹²³ LUNARDI, 1995, p.84.

¹²⁴ Op. cit.

¹²⁵ SANTOS, João de Deus. **Licenciatura & Governmento**. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/>>. Capturado em 13 jun. 2003. FOUCAULT, Michel. Verdade e Subjetividade. In: **Revista de Comunicação e Linguagens**, Lisboa: Edições Cosmos, nº 19, p. 203-223, dez., 1993.

daquilo que ele denominou de tecnologias do eu”. Tecnologias do eu que Rose (2001)¹²⁶ propõe-se analisar em *heterogeneidade de técnicas corporais e mentais*, convergindo sobre as capacidades e propensões mentais do indivíduo.

Também Hall (2000, p.126)¹²⁷ afirma que Foucault foi posicionado em direção ao reconhecimento de que seria “[...] necessário complementar a teorização da regulação discursiva e disciplinar com uma teorização das práticas de autoconstituição subjetiva”.

Em nossa pesquisa bibliográfica, diversos estudos educacionais situaram a constituição do *sujeito da educação* em referência aos elementos do saber (ou modelos de verdade da ciência) no interior das práticas escolares como tecnologias pedagógicas e disciplinares. Foucault (1978)¹²⁸ nos lembra que na ciência encontramos modelos de verdade, cuja formação é produto de estruturas políticas, que não se impõem ao sujeito do conhecimento, mas que são, elas mesmas, constitutivas deste.

Ao longo do processo investigativo, o *corpus* de análise evidenciou que os dispositivos de produção e mediação da experiência de si estão constituídos, especialmente, na própria operação do saber/fazer profissional, e na forma como este saber é operado nas práticas diárias de leitura e de intervenção sobre o corpo, sempre em relação aos outros agentes das práticas, em redes de saber/poder.

Os dispositivos aqui constituídos têm o sentido atribuído por Foucault (2003a, p.244)¹²⁹ nas suas discussões iniciais sobre a história da sexualidade: “É isto, o dispositivo: estratégias de relações de forças sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles”. Ao mesmo tempo, consideramos que os dispositivos são muito mais, pois a constituição da experiência profissional parece envolver dispositivos produtivos e propositivos da experiência de si, sem deixarem de ser, também, reflexivos desta experiência.

¹²⁶ Op. cit.

¹²⁷ HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.) **Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000b. 133p. p.103-133.

¹²⁸ Op. cit.

¹²⁹ Op. cit.

Desta forma, no conjunto dos textos nos interessou, não tanto indagar dos atributos da(o) enfermeira(o), mas dos processos de subjetivação na constituição do sujeito profissional. Foram analisados textos prescritivos, tanto como textos produzidos por enfermeiras(os), pois se evidenciou, nesta produção, a operação de um modelo de verdade *pelo* sujeito e *sobre* o sujeito.

Mas o trabalho ético do sujeito sobre si mesmo não deixa de se realizar, pois as práticas assistenciais na UTI, e o próprio trabalho na saúde e no mundo atual, são repletos de regras orientadoras da conduta moral, mesmo que estes conteúdos não estejam explicitados na materialidade discursiva das práticas da UTI – práticas aparentemente orientadas por saberes extremamente técnicos.

Além do mais, na própria operação sobre o corpo doente, mesmo que por meio de saberes técnicos e procedimentos operacionais bem demarcados na rotina, na ação da(o) enfermeira(o) sempre haverá um certo *governo de si*, pois “[...] o agir supõe um sentido de auto-governo [sendo que] O governo de si, como uma forma de governamentalidade ocorre na interseção de tecnologias de dominação e tecnologias do eu”¹³⁰.

Acompanhando a apropriação do pensamento *foucaultiano*, Rose (2001, apud FISCHER, 2001)¹³¹ “[...] aponta para as várias configurações daqueles lugares, grupos ou instituições autorizadas a dimensionar e a avaliar regimes de verdade, ou para definir os fins de nossa ação, sua valoração ética”. Neste estudo, focamos o hospital como lugar privilegiado nesta produção.

Por fim, se nos estudos da área de educação as práticas abordadas são pedagógicas, contendo igualmente dispositivos pedagógicos (e, também, disciplinares) constituindo novos

¹³⁰ FITZSIMONS, Patrick. **Administração, Educação e Neoliberalismo**. University of Auckland. Trad. Maria Célia M. Moraes. Universidade Federal de Santa Catarina. In: <<http://www.educ.pb.gov.br/Cee/Artigos/aen.asp>>. Capturado em: 13 jun. 2003.

¹³¹ FISCHER, Rosa Maria Bueno. Tema em destaque: Políticas do Global e das Singularidades. EDITORIAL - **Educação & Realidade**, volume 26, nº 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/faced/setores/revista/ed261.doc>>. Capturado em: 13 jun. 2003.

sujeitos nas salas de aula; em nosso estudo em enfermagem as práticas que abordamos foram assistenciais, fortemente alicerçadas em tecnologias e procedimentos técnicos operacionais sobre o corpo doente. Esta parece ser a competência exigida do enfermeiro desde a sua formação “[...] uma competência apoiada essencialmente no saber, no saber fazer, na competência tecnicista de ensino [...]”¹³².

Mas os dispositivos pedagógicos não deixam de estar bastante presentes na UTI, nestas próprias práticas assistenciais, seja na produção do *corpo do doente*, seja na produção de *um profissional competente para atuar sobre este corpo*, e isto se mostrou em toda a análise do material empírico.

Os dispositivos de produção e mediação da experiência de ser enfermeira/o mostram sua materialidade nas práticas diárias de leitura e de intervenção sobre o corpo/máquina na UTI. Contudo, enfatizamos que esta materialidade, mostrada aqui e agora, foi construída de forma contingencial e histórica, pois “[...] atrás das coisas há ‘algo inteiramente diferente’: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas”¹³³.

Desta forma, **esta materialidade se mostra** nos mecanismos nos quais se desenvolveram (e se desenvolvem) competências em torno da objetividade do corpo da clínica e se produziu (e ainda se produz) a experiência de ser, a(o) enfermeira(o), a extensão do olho e do braço médico: na forma como se constituiu um determinado saber sobre o corpo e se impôs, no hospital, a racionalidade deste saber/poder; na forma como se pôs ao corpo uma determinada linguagem – o exame, o diagnóstico e a terapêutica na apreensão do corpo pela Clínica; no modo como o agente opera este saber na apreensão do corpo na UTI – apreendendo a visibilidade do corpo em seu olhar e operando sobre este corpo através de

¹³² LUNARDI, 1995, p.98.

¹³³ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia e a história. In: _____. **Microfísica do poder**. 18^a. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b. p.15-37. p.18.

certas tecnologias de leitura e de intervenção; no modo como o agente opera um saber sobre um corpo que também é máquina, desenvolvendo leituras e intervenções sobre a conexão corpo/máquina no espaço e tempo da UTI; na forma como se conformou (e se conforma diariamente) o Cuidado em Enfermagem; e no modo como o agente realiza o cuidado, constituindo um certo domínio do cuidado na UTI.

Nestes mecanismos, segue-se produzindo um olhar profissional, como olhar mais Clínico que Cuidativo; e uma atuação profissional orientada pela Clínica.

Esta materialidade se mostra nos mecanismos nos quais se apreendeu (e se apreende cotidianamente) a linguagem clínica e se produziu (e ainda se produz) a experiência de ser, a(o) enfermeira(o), um sujeito do discurso Clínico: no modo como se constituem o domínio da forma e do discurso da linguagem clínica, nos exercícios diários que a(o) enfermeira(o) realiza – nos detalhamentos, sintetizações e codificações da linguagem; e nas operações do discurso.

Finalmente, esta materialidade se mostra nos mecanismos nos quais se marcou (e se marca) o lugar de cada um, e se produziu (e se produz diariamente) a experiência do lugar de si mesmo, a(o) enfermeira(o), em relação aos outros agentes das práticas na UTI: no modo como se marca, se limita e se defende um território, formulando competências; na forma como se realiza o reforço do ato (médico) especializado; no modo como se efetivam as condutas na UTI, normatizando e normalizando as condutas; e no modo como se personalizam as condutas na UTI.

Nas práticas diárias de leitura e de intervenção sobre o corpo/máquina na UTI, procuramos analisar algumas **dimensões fundamentais dos dispositivos** que seguem mediando e produzindo uma certa experiência de ser, da(o) enfermeira(o), na UTI, especialmente as dimensões ótica, discursiva e jurídica.

Para Larrosa (2002)¹³⁴, essencial da obra de Foucault é **o tema da visibilidade e das máquinas de ver**: dispositivos para tornar visíveis as pessoas que capturam e tornar eficazes os processos que realizam; ou, certo modo de ver que é mecanismo de prova e de estabelecimento da verdade.

[...] em um mesmo movimento, o que é visível e o olho que vê, o sujeito e o objeto do olhar. Um mecanismo de visibilidade, uma máquina ótica, determina e constitui ambos os pólos [...] tanto o objeto quanto o sujeito são variáveis dos regimes de visibilidade e dependem de suas condições. Um regime de visibilidade composto por um conjunto específico de máquinas óticas abre o objeto ao olhar e abre, ao mesmo tempo, o olho que observa.¹³⁵

Para este autor, “[...] o sujeito é uma função da visibilidade, dos dispositivos que o fazem ver e orientam seu olhar. E esses são históricos e contingentes”¹³⁶.

A dimensão ótica “[...] envolve todo o 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”¹³⁷; e o mecanismo ótico é aquele que “[...] a pessoa tem que fazer funcionar consigo mesma aprendendo suas regras de uso legítimo, isto é, as formas corretas de ver-se”¹³⁸.

Para este autor¹³⁹, na dimensão ótica dos dispositivos de constituição e transformação da experiência de si estariam mecanismos diversos: de autovigilância - que se põem em jogo nas práticas pedagógicas e terapêuticas; de projeção - onde o indivíduo é levado a reconhecer-se e identificar-se em imagens dispostas para isso; de confissão e o sutil mecanismo do exame de consciência - onde é possível tornar-se visível a si mesmo em sua interioridade; de autoconhecimento que se relaciona a mecanismos de auto-observação - onde o ato de ver-se a si próprio, o autoconhecimento como se ver depende da aplicação em direção a si mesmo dos dispositivos gerais da visibilidade e dos dispositivos específicos para a auto-observação.

¹³⁴ Op. cit. p.62

¹³⁵ LARROSA, 2002, p.61.

¹³⁶ LARROSA, 2002, p.62.

¹³⁷ LARROSA, 2002, p.62.

¹³⁸ LARROSA, 2002, p.63.

¹³⁹ LARROSA, 2002.

Em nosso estudo, uma **dimensão ótica** de si mesma(o), enfermeira(o), é mediada e produzida continuamente nas práticas diárias sobre o corpo da UTI. Esta dimensão ótica se constitui nos dispositivos que orientam seu olhar e a(o) fazem ver de uma determinada forma e disposição.

Nos exercícios diários de leitura que realiza, é a Clínica que se mostra orientando um olhar profissional, especialmente detido e detalhado sobre o corpo. Este olhar se produz mediado e orientado por um saber que foi capaz de produzir potentes tecnologias e máquinas de ver o corpo – os exames, dispositivos óticos da Clínica.

A(a) enfermeira(o) segue exercitando a aprendizagem da leitura do corpo e, no mesmo instante, apreendendo como ler o corpo, constituindo uma certa mirada sobre o mesmo. Nas práticas diárias de leitura se educa, orienta, reforça o olhar da(o) enfermeira(o) sobre o corpo; e, neste corpo, o olhar prossegue realizando um determinado recorte.

Podemos dizer, então, que o olhar da Clínica é um mecanismo de visibilidade do corpo de intervenção e, simultaneamente, um mecanismo de produção da mirada sobre o corpo e, assim, um mecanismo que constitui o olhar profissional da(o) enfermeira(o).

O Exame - dispositivo ótico; é, ao mesmo tempo, dispositivo disciplinar e pedagógico, pois nele se ensina o que olhar e, mais, ensina como olhar. A disciplina do olhar e a pedagogia do olhar constituem a visibilidade do corpo, e assim sendo, produzem uma verdade sobre o corpo, substantivada como *A Verdade do Corpo no hospital*; neste mesmo instante, constituem o olhar da(o) enfermeira(o).

A(o) enfermeira(o), como extensão do olho médico, é a dimensão ótica de si mediada e produzida na materialidade discursiva e não discursiva das práticas sobre o corpo, nos exercícios diários que constituem estas práticas na UTI.

Nestas práticas existem, potencialmente, diversas tecnologias do olhar e suas respectivas máquinas óticas. A questão é, que tecnologias do olhar e máquinas de visibilidade

mediam e produzem a prática profissional e a experiência de ser da(o) enfermeira(o)? A descrição e análise das práticas de leitura nos dizem da Clínica, como tecnologia do olhar; e do Exame, como máquina ótica; prioritários na constituição da experiência profissional da(o) enfermeira(o).

Se em Foucault o ritual de produção da verdade aponta um objeto permanente de conhecimento, entendemos que o corpo é posto diariamente como objeto de conhecimento pelo saber Clínico; a eficácia deste saber advém do uso efetivo, repetitivo, quase exclusivo e exaustivo de suas tecnologias na UTI.

Evidenciamos, ainda, que o saber Clínico tem sido muito eficaz na complexificação das tecnologias de leitura e intervenção, especialmente tecnologias/máquinas na UTI. Esta efetivação sobre o corpo, sem interrupção no tempo e no espaço, é decisiva na eficácia da produção de olhares eficientes, tanto quanto da produção da verdade do corpo.

Desta forma, podemos dizer que diversas verdades sobre o corpo são possíveis na UTI, pois há muito tempo este corpo vem sendo pensado para além de um corpo físico Clínico. Mas a eficácia da Clínica é evidente na produção de olhares que realizam a captura deste determinado corpo Clínico – reduzido, então, a um corpo de intervenção médica.

Interessa, em nosso estudo, que na produção da verdade do corpo se apreende a mirada sobre este corpo, tanto quanto se produz uma visibilidade do corpo. Este é o ponto de ligação – na visibilidade do corpo, se apreende o olhar sobre o mesmo; e, neste apreender, se aprende a dizê-lo e a operá-lo na prática. Os agentes das práticas operam tecnologias do olhar e máquinas óticas; nesta operação, se constitui uma dimensão ótica de si mesmos.

Antes de prosseguirmos em análises de outras dimensões dos dispositivos, queremos tecer algumas considerações sobre o olhar na perspectiva *foucaultiana*, centradas na tensão que *não* se estabelece e, por isso, *não* se deixa ao menos perceber, no olhar que aplicamos

sobre o corpo – atento e minucioso; um olhar que busca evidências no corpo e as descreve o mais exato possível.

Um olhar que é meu e, também, é seu; um olhar que é nosso como agentes da saúde. São olhares tanto minuciosos na tradição positiva, como menos distorcidos na tradição crítica. São olhares do tempo do primado da visão que acredita que a verdade do mundo será apresentada ao homem pela ciência, seja através da visão que apresenta a verdade tal como ela é, conseguindo descrevê-la; seja através da visão que se lança por detrás das aparências, conseguindo alcançar uma verdade escondida. No primado da visão, a apresentação da realidade é o alcance da verdade, pois iluminando o olhar sempre estará a razão¹⁴⁰.

Todavia, para Veiga-Neto (2002, p.30)¹⁴¹, o que Foucault nos ensina é: desconfiem dos olhares! “[...] as imagens que o mundo, principalmente social, apresenta, a rigor, ele não apresenta isentamente, isto é, é o olhar que botamos sobre as coisas que, de certa maneira, as constitui. São os olhares que colocamos sobre as coisas que criam os problemas do mundo”. E mais, estes olhares são, igualmente, constituídos historicamente e contingencialmente.

É necessário, ainda, tecer a relação entre visibilidade e dizibilidade, pois no pensamento *foucaultiano* (e nas perspectivas pós-modernas) “[...] imagem e palavra não se fundem, não se reduzem, ou seja, a linguagem não faz a mediação entre o que vemos e o nosso pensamento, mas ela constitui o próprio pensamento e, assim, precede o que pensamos ver no mundo”¹⁴².

Desta forma, no entendimento do mundo o enunciado tem primazia sobre a imagem; mesmo assim, são os elementos visíveis e os enunciáveis “[...] em combinações flutuantes entre olhares e enunciados, entre visão e palavra, entre formações não-discursivas e formações discursivas [...] que farão do mundo isso que parece ser para nós”¹⁴³.

¹⁴⁰ VEIGA-NETO, 2002.

¹⁴¹ Op. cit.

¹⁴² VEIGA-NETO, 2002, p.33.

¹⁴³ VEIGA-NETO, 2002, p.33.

Talvez possamos acreditar que o olhar possa ser sempre mais livre do que a fala, pois o *olhar primeiro* pode, sim, deixar-se surpreender - mesmo que para deixar-se capturar logo em seguida. Já o dizer - desde sempre envolto por regras de expressão e censura do significado, através dos quais se exprime em signos e sistemas de significação; como poderá se deixar surpreender?

Para Larrosa (2002, p.66)¹⁴⁴, **a visibilidade guarda relação com a dizibilidade**. É através do falar e escrever que se diz *como me vejo*. A concepção *foucaultiana* do discurso o considera como mecanismo autônomo “[...] o discurso é condição de possibilidade tanto do mundo de coisas quanto da constituição de um falante singular ou de uma comunidade de falantes [...] É o discurso, em suma, quem constitui um domínio de objetos como seu correlato”.

Veiga-Neto (2002, p.31)¹⁴⁵ afirma que “o que dizemos sobre as coisas nem são as próprias coisas (como imagina o pensamento mágico), nem são uma representação das coisas (como imagina o pensamento moderno); ao falarmos sobre as coisas, nós as constituímos”. Assim, os enunciados seguem produzindo o mundo, importando saber como se pensa a realidade, pois o que se pensa é instituído pelo discurso que, no máximo, representa uma verdade sobre a realidade.

Deste modo enuncia, a Clínica, verdades no espaço representado pelo corpo e pelos próprios agentes das práticas no hospital; e enuncia de forma competente e potente, por meio de descritores genéricos e exatos que fabrica.

Assim também entende Bujes (2003)¹⁴⁶ no campo da educação, ao problematizar dispositivos pedagógicos que “[...] estabelecem mecanismos que acabam por fixar um modo

¹⁴⁴ Op. cit.

¹⁴⁵ Op. cit.

¹⁴⁶ BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **O fio e a trama**: as crianças nas malhas do poder. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/BUJES.pdf>>. Capturado em 13 jun. 2003b.

de ‘ser criança’, evidenciando que os discursos que formam sistematicamente os objetos que se esmeram em descrever”.

Funcionando no interior de um dispositivo, o discurso “[...] constitui tanto o representado e o expressado quanto o sujeito mesmo como capaz de representação ou expressão”¹⁴⁷.

A estrutura geral do expressar-se é considerada como:

[...] a dobradura reflexiva, sobre si própria, dos procedimentos discursivos que constituem os dispositivos de construção e mediação da experiência de si [...] ao aprender o discurso legítimo e suas regras em cada um dos casos, ao aprender a gramática para a auto-expressão, constitui-se ao mesmo tempo o sujeito que fala e sua experiência de si. Não se trata de que a experiência de si seja expressada pelo meio da linguagem, mas antes, de que o discurso mesmo é um operador que constitui ou modifica tanto o sujeito quanto o objeto da enunciação, neste caso, o que conta como experiência de si. É inserindo-se no discurso, aprendendo as regras de sua gramática, de seu vocabulário e de sua sintaxe, participando dessas práticas de descrição e redescricao de si mesma, que a pessoa se constitui e transforma sua subjetividade¹⁴⁸.

A produção do texto por enfermeiras(os) constitui exercícios diários nos quais apreende-se uma certa linguagem e as regras legítimas de usos de seus discursos. Este domínio da linguagem é evidenciado no uso competente da forma e do discurso da linguagem nos inúmeros detalhamentos das práticas na UTI, nos diversos registros que a(o) enfermeira(o) realiza.

Nestes exercícios diários de apreensão da dizibilidade das práticas sobre o corpo, constitui-se a produção do discurso profissional e, simultaneamente, a dizibilidade dos seus agentes. Desta forma, sempre importará o que as pessoas dizem (e fazem) dentro da instituição¹⁴⁹, pois a **dimensão discursiva** é aquela onde se produz o sujeito do discurso, na apreensão mesma do discurso da linguagem – nesta dimensão, estabelece-se e constituem-se as possibilidades de dizibilidade da(o) enfermeira(o) sobre si mesma.

¹⁴⁷ LARROSA, 2002, p.66.

¹⁴⁸ LARROSA, 2002, p.67-68.

¹⁴⁹ FITZSIMONS, 2003.

Nas práticas da UTI existem, potencialmente, diversas formas discursivas; a questão é, que formas discursivas mediam e produzem a prática profissional e a experiência de si da(o) enfermeira(o)?

Novamente é a Clínica recortando o corpo das práticas e se mostrando como um **mecanismo de discursividade** dos corpos, das práticas, dos próprios agentes. Este discurso se produz mediado e orientado por um saber que foi capaz de produzir todo um regime de dizibilidade do corpo, estruturado num discurso de estrutura científica; ao mesmo tempo, foi capaz de inscrever este corpo num vasto campo documentário, a trabalho de sua própria sustentação e grandeza. A eficiência deste aparelho de escrita e regime de documentação se mostra cotidianamente, no uso econômico da palavra por cada agente.

Os exercícios diários de produção do texto pela(o) enfermeira(o) são entendidos como técnicas intelectuais efetivas na produção e mediação de uma certa experiência de si deste sujeito profissional.

São as técnicas intelectuais que permitem inscrever o saber Clínico no domínio da experiência do sujeito profissional; desta forma, entendemos que este saber produz efeitos, no ser mesmo da(o) enfermeira(o), ao ser operado por esta(e) agente. No domínio de sua forma, produz-se uma(um) enfermeira(o) detalhadora(or), sintetizadora(or), codificadora(or) da linguagem; e, também, capaz de relacionar, priorizar, prever e distinguir, nas operações deste discurso.

Nestas operações, a previsão talvez seja a operação que melhor expresse essa inscrição do saber Clínico no domínio da experiência de si, pois relaciona este saber a um olhar que se fez perspectivo ao longo do trabalho do sujeito profissional.

Lembramos que Rose (2001)¹⁵⁰, ao estudar a genealogia da subjetivação, nos fala que as tecnologias do eu se desenrolam em técnicas corporais e em técnicas intelectuais. Nestas

¹⁵⁰ Op. cit.

últimas, ele lembra o aprendizado da matemática como dispositivo pedagógico para o desenvolvimento de um eu mais calculista.

Ao se referir à produção da subjetividade na relação humano-máquina nas ações sobre o corpo na UTI, Vaz (1999, apud Vargas 2002, p.67)¹⁵¹ ao entender que “[...] há cálculo e construção aí onde acreditávamos existir apenas percepção do dado [...] deparamo-nos com o fato do quanto nós humanos somos programados”. O mesmo que é discutido por Rose (2001)¹⁵², como subjetividade intelectual produzida.

Nos dispositivos pedagógicos de construção e mediação da experiência de si, a **dimensão jurídica** é dominante; o juízo é a dimensão privilegiada dos dispositivos de reflexão. Nas atividades de reflexão sobre a prática temos um modelo ideal que “[...] funciona ao mesmo tempo como aspiração e como critério de juízo com respeito ao próprio comportamento na prática”¹⁵³. Desta forma, o sujeito aprende a ver-se e a dizer-se em função de critérios normativos próprios em cuja lógica o sujeito se introduz.

"Se a autocritica remete o ver-se, o expressar-se e o narrar-se a toda uma lógica do critério e do valor, o julgar-se remete a uma lógica jurídica do dever, da lei e da norma"¹⁵⁴.

A dimensão do julgar-se é o resultado da aplicação a si mesmo dos critérios de juízo dominantes em uma cultura. A experiência de si “[...] é algo que se constitui e se determina na operação mesma do juízo, naquilo que os sistemas criteriosos que possibilitam o juízo produzem como seu campo de aplicação”¹⁵⁵. A dimensão do juízo pode ser jurídica - baseada na lei, normativa - baseada na norma, ou estética - baseada em critérios de estilo.

Os **aparatos jurídicos** podem ser indagados nos processos que marcam o lugar de cada um dos sujeitos das práticas, através dos quais formulam-se competências, reforça-se o

¹⁵¹ VAZ, Paulo R. G. Corpo e risco. Rio de Janeiro, **Fórum Media – Visu**, v.1, n.1, p.101-111, 1999. Disponível em: <<http://www.eco.urfj.br/paulovaz/>>. Acesso em 31 jul. 2002.

¹⁵² Op. cit.

¹⁵³ LARROSA, 2002, p.78.

¹⁵⁴ Ibid., p.74.

¹⁵⁵ Ibid., p.77.

ato especializado, normaliza-se e normatiza-se a conduta, e se nomeia os agentes. Nestes processos o agente é chamado a ocupar um ‘seu lugar’ e é, deste lugar, desta posição específica, que ele se pronuncia, age e se relaciona. É somente por meio da relação com o outro que a experiência de si pode ser constituída - o outro não é o exterior à esta experiência, é constitutiva desta.

Os aparatos jurídicos estão materializados nas práticas em critérios enunciativos e normativos: quem faz, como faz, quando faz.

Desta forma, a formulação de competências e o reforço do ato especializado são processos estratégicos de delimitação, concentração e controle de territórios, através de domínios de saber/poder; no interior destes domínios julga-se quem é (e, especialmente, quem não é) competente ou especialista nos processos de apreensão do corpo na UTI – examinar, diagnosticar, tratar. Da mesma forma, a norma demarca e reforça a conduta por acatamento à regra e define “quem faz, como faz, quando faz”. Já a normalização da conduta se efetiva principalmente pela sanção normalizadora, na qual se julga e se sanciona o que difere, o inadequado. Todos estes são processos que exercitam os critérios de juízo produzidos e enunciados nas relações de saber/poder.

Marcar o lugar de cada um sempre inclui critérios de juízo, pois enunciar e normatizar é marcar diferenciações entre o eu e o outro, sempre em relações dicotômicas e desiguais. Nos duos – eu/outro, são marcados os termos da relação: a essencialidade do primeiro termo, assim como a redução do segundo. A dicotomia é um dos meios pelos quais o significado é fixado e as relações de poder permanem¹⁵⁶; mas a interface eu/outro sempre será tencionada pelo domínio do poder de enunciação - inscrito numa vontade de verdade.

Na delimitação de território se produz a experiência do lugar do enfermeiro em relação aos outros sujeitos e, neste lugar, a verdade do sujeito e os referenciais possíveis da

¹⁵⁶ HALL, 2000.

experiência desse ser profissional naquilo que ele pode ou não dizer e realizar, com base em critérios de juízo diariamente exercitados.

Os aparatos jurídicos podem ser também indagados em relação à dizibilidade dos agentes, pois a experiência de si é construída ao longo de discursos, posições, práticas. Desta forma, estes aparatos estão materializados nos critérios através dos quais o discurso é enunciado.

Assim, a produção do texto pode ser discutida a partir dos critérios de **exclusão/inclusão** na linguagem; desta forma discutiu Vargas (2002)¹⁵⁷, procurando apresentar a terminologia utilizada pela equipe de enfermagem da terapia intensiva pretendendo e explicitando uma das dimensões do processo de exclusão/inclusão que esse tipo de linguagem da medicina opera, além da linguagem da tecnobiomedicina e enfermagem.

A autora acima procurou tornar visível:

[...] o movimento de exclusão/inclusão operado pelo discurso médico-científico em relação a quem pode dizer o quê e de que modo pode dizê-lo quanto o estabelecimento de uma determinada verdade acerca da condição desse paciente e a influência desse arcabouço discursivo nas diferentes especialidades que atuam o contexto da terapia intensiva¹⁵⁸.

A autora afirma, assim, a relação discurso e verdade na produção do caso/indivíduo (o caso estudado pela autora é a/o paciente e as enfermeiras). Desta forma, os processos de exclusão/inclusão também podem marcar os lugares dos diversos agentes das práticas.

Concordamos com Vargas (2002)¹⁵⁹, quando nos diz que o uso de siglas qualifica, ainda mais, *quem pode*, literalmente, entender o texto. Para nós, não só qualifica o sujeito entendedor do texto, mas segue, na própria produção do texto, constituindo o sujeito da linguagem.

¹⁵⁷ Op. cit.

¹⁵⁸ VARGAS, 2002, p.30.

¹⁵⁹ Op. cit., p.60

Entendemos que, no hospital, existem diferentes discursos, produzindo diferentes significados, através de diferentes sistemas de representação que marcam, muitas vezes constringindo e de forma contraditória. Contudo, os discursos dominantes são eficazes na construção dos lugares a partir dos quais os agentes podem se posicionar e a partir dos quais podem falar. Nestes diversos lugares, somos diferentemente posicionados e posicionamos a nós mesmos¹⁶⁰.

Na **dimensão prática** dos dispositivos de produção e mediação da experiência de si estão as operações de poder analisadas do ponto de vista da captura do indivíduo - uma força que lhe dá uma certa forma e lhe determina uma certa direção. Para Larrosa (2002)¹⁶¹, a disciplina, o poder pastoral, o biopoder, o governo são algumas modalidades desta captura estudadas por Foucault. Mas destacamos as operações de poder sobre si mesmo, das quais as operações de poder e submetimento são inseparáveis na produção eficaz do sujeito.

Desta forma, no texto evidenciamos alguns poucos registros que destacavam a conduta do agente - momentos de afirmação da conduta; no sentido do agente que se afirma na conduta, confirma e reforça sua ação, mesmo que geralmente em torno de competências Clínicas. A ênfase da conduta se tece na forma de imperativos – o dever ser e fazer; através de ter domínio de, estar atento à, reforçar a conduta de si. O termo “afirmação” da conduta envolve mecanismos de afirmação da conduta do sujeito por si mesmo.

Em síntese **a experiência de si**, em suas várias dimensões, é o produto “[...] das ações que o indivíduo realiza sobre si mesmo com vistas à sua transformação. E essas ações, por sua vez, dependem de todo um campo de visibilidade, de enunciabilidade e de juízo”¹⁶².

Os dispositivos de produção e mediação da experiência de ser enfermeira/o descrevem que experiência de si – ser enfermeira(o), é produzida, e como é produzida. Nestes

¹⁶⁰ WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes, 2000b. 133p. p.7-72.

¹⁶¹ Op. cit.

¹⁶² LARROSA, 2002, p.79.

dispositivos, a experiência de ser enfermeira(o) - de determinada forma, se constitui no fazer, no discursar e no se relacionar com o outro e consigo mesmo de determinado modo. Nestes dispositivos vai se constituindo a experiência de si, de sua competência, sua conduta, seus atos, sua esfera de autonomia como enfermeira(o) em torno de relações de saber/poder.

Tecemos aqui algumas impressões sobre que experiência de si, enfermeira/o, é produzida: a maior ou menor personalização e afirmação de sua conduta profissional, o domínio da linguagem, o pertencimento e entrada em determinado território, a maior ou menor aproximação das práticas que são mais Clínicas do que Cuidativas, orientadas especialmente por saberes e fazeres Clínicos.

A conduta pretendida é a apreensão e domínio do discurso e das capacidades Clínicas – talvez nos esmeremos em nossa produção como “ser um enfermeiro clínico”! Mas isto não sem conseqüências para a constituição de nossa própria experiência como enfermeiras – um ser dúbio, não por natureza.

Nesta experiência é importante indagar **que narrativas do eu podemos vivenciar?** Que história de nós mesmas podemos contar?

"É contando histórias, nossas próprias histórias, o que nos acontece e o sentido que damos ao que nos acontece, que nos damos a nós próprios uma identidade no tempo"¹⁶³.

A constituição narrativa da experiência de si se produz em um diálogo entre narrativas, entre textos:

É no trato com os textos que estão já aí que se adquire o conjunto dos procedimentos discursivos com os quais os indivíduos se narram a si mesmos [...] A consciência de si própria não é algo que a pessoa progressivamente descobre e aprende a descrever melhor. É, antes, algo que se vai fabricando e inventando, algo que se vai construindo e reconstruindo em operações de narração e com a narração¹⁶⁴.

¹⁶³ LARROSA, 2002, p.69.

¹⁶⁴ LARROSA, 2002, p.70-71.

O poder segundo Foucault, citado por Larrosa (2002)¹⁶⁵, atravessa o discurso¹⁶⁶, sobre o discurso se exercem múltiplos dispositivos sociais coativos e normativos; assim sendo “[...] as práticas discursivas são também práticas sociais organizadas e constituídas em relações de desigualdade, de poder e de controle”.

Desta forma, é a subjetividade mesma que se está construindo através da imposição de certos padrões de autonarração:

[...] a autonarração não é o lugar onde a subjetividade está depositada [...] mas o mecanismo onde o sujeito se constitui nas próprias regras desse discurso que lhe dá uma identidade e lhe impõe uma direção, na própria operação em que o submete a um princípio de totalização e unificação¹⁶⁷.

Que narrativas do eu se produzem? Ou “Como nós temos sido representados’ e ‘como essa representação afeta a forma como nós podemos representar a nós próprios’?”¹⁶⁸

Sem dúvida, uma tensão se reveste entre a experiência que se tece nos atos do cuidado – aspiração do ser enfermeira(o); e a experiência das práticas clínicas diariamente vividas. Nossas diferenças - eu ideal/eu regulatório, eu/outro, enfermagem/medicina, auxiliar/técnico/enfermeiro, paciente/enfermeiro; estão hierarquicamente organizadas e marcadas; mas irreduzivelmente entrelaçadas e indeterminadas.

¹⁶⁵ Op. cit, p.71.

¹⁶⁶ *Atravessa* está aqui no sentido de que o poder constitui o discurso; e o discurso tem existência em relação a um poder que põe em movimento.

¹⁶⁷ LARROSA, 2002, p.72-73.

¹⁶⁸ HALL, 2000, p.109.

7. CONSIDERAÇÕES

Talvez aqui possamos nos colocar mais *personalmente*, no sentido de expor questões que nos levaram a desenvolver, em nível de mestrado e, agora, de doutorado, estudos de temas tão pouco afeitos aos problemas práticos que se colocam na profissão; ao mesmo tempo, temas que nos dizem intimamente, pois afeitos à nossa própria constituição como ser humano que trabalha em enfermagem. Durante toda nossa formação nunca deixamos de indagar: o que é, mesmo, ser enfermeira? Esta indagação nos fez buscar uma diversidade de conteúdos, em alguns momentos, mais técnicos e práticos; em outros, mais teóricos, relacionais, políticos; mas sempre permanecendo a dúvida sobre nossa identificação, nos espelhos dispostos para nos vermos, nos diversos locais em que atuamos.

A aflição da dúvida persiste e não tem respostas, apenas um pouco mais de compreensão da complexidade da própria indagação. Não tanto, o que somos, mas como nos constituímos, foi o que tentamos analisar no mestrado e, numa perspectiva mais centrada nas agentes das práticas, neste doutorado.

Em alguns momentos, a análise das práticas assistenciais nos desgastou intensamente, pois, como vincular forças, valorar positivamente nossas ações e significar a nós mesmas como enfermeiras, se nos constituímos e nos produzimos marginalmente em nossa história e em nosso cotidiano. Ao olharmos o *corpus* de análise de pesquisa e indagarmos dos saberes operadores das práticas, os enunciados formulados mostraram ser *pura Clínica*, desfocando nosso saber/fazer tomado como *o cuidado* (objeto não só epistemológico, mesmo que presente de forma recente em nossa história).

Revedo os estudos que realizamos até o momento, talvez nossa questão tenha sido sempre as possibilidades de nos conduzir no nosso trabalho, numa perspectiva de governo.

O governo de si, indagado nas tecnologias do eu, adquire uma materialidade desconcertante, pois longe ficou a ilusão. Depois de tanto caminhar e produzirmos o texto, submetido à análise *foucaultiana* advém um gosto de decepção, um quê de sem sabor, sem sal, até um pouco de amargo mesmo, pois não há nada de *essencialidade* no que seja a enfermeira ou a enfermagem que possa nos resgatar de uma forma aparentemente tão estruturada, descrita nas práticas sem qualquer rebuscamento.

Mas este estudo nos mostrou, também, que os atos nossos de cada dia, o modo como procedemos e pensamos a nós mesmas possa ser interrogado e, neste processo, talvez revisado de um outro modo possível. Como afirma Veiga-Neto (2002, p.34)¹⁶⁹:

Não há um porto seguro, onde possamos ancorar nossa perspectiva de análise, para, a partir dali, conhecer a realidade. Em cada parada no máximo conseguimos nos amarrar às superfícies. E aí construímos uma nova maneira de ver o mundo e com ele nos relacionarmos, nem melhor nem pior do que outras, nem mais correta nem mais incorreta do que outras [...] O que interessa é problematizar todas as certezas, todas as declarações de princípios. Isso não significa que se passe a viver num mundo sem princípios, em que vale tudo.

Em nossa pesquisa buscamos apresentar, na perspectiva *foucaultiana*, o problema da constituição do sujeito na perspectiva da experiência de si, em especial da/o enfermeira/o, evidenciando e colocando em debate alguns diferentes dispositivos desta produção.

Esta é uma das chaves possíveis de análise da inteligibilidade da constituição da experiência de si da enfermeira. Chave está colocada aqui de forma alegórica, como ferramenta que abre uma porta que dá acesso a uma paisagem; não um lugar privilegiado, mas de onde se pode olhar e tentar compreender, como nos ensina Veiga-Neto (2002)¹⁷⁰ - sempre de forma provisória e humilde em nossas pretensões, pois “somos irremediavelmente parte

¹⁶⁹ Op. cit.

¹⁷⁰ Op. cit.

daquilo que analisamos e que, tantas vezes, queremos modificar. Isso diminui nossa ingenuidade e pode nos deixar bem mais atento”¹⁷¹.

Como chave desta inteligibilidade, utilizamos as práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva.

Entendendo *prática* como modo de atuar/pensar, na qual a experiência de ser enfermeira é constituída na imanência de um domínio de conhecimentos, esta experiência se constitui como uma noção contingente, efeito de poder próprio do jogo enunciativo, pois todo regime discursivo possui efeitos de poder. Saber e poder se relacionam; de tal forma, o modo de atuar/pensar a experiência de ser enfermeira, constitui-se na imanência de um domínio de conhecimentos e em relações com os demais agentes das práticas.

Buscamos mostrar o hospital como instituição repleta de dispositivos de produção, regulação e governo da vida; e as práticas sobre os corpos realizadas na UTI pelos diversos agentes (nós, entre eles), momentos privilegiados de produção dos corpos e dos próprios agentes destas práticas – com foco na(o) enfermeira(o), por entre saberes, poderes e relações.

As unidades de análise buscaram evidenciar diferentes modos, mecanismos e estratégias do exercício do poder em suas instâncias microfísicas, por entre regimes de verdade dos quais nós mesmas fazemos parte, pressupondo que o poder constitui objetividades e subjetividades, e que esta constituição se faz, em cada uma de suas peças, de forma contingencial e histórica.

Nas práticas, a constituição da experiência de si da enfermeira se mostrou mediada por dispositivos variados, complexos e contingentes, através dos quais se constituem repertórios de modos de experiência de si, através de mecanismos de fabricação e captura do duplo em suas dimensões: ótica – constituindo as possibilidades de como a enfermeira pode ver a si mesma, nos atos de ver de cada dia; discursiva – incluindo as possibilidades daquilo que a

¹⁷¹ COSTA (1995, apud VEIGA-NETO, 2002, p.36). COSTA, M. V. Elementos para uma crítica das metodologias participativas de pesquisa. In: VEIGA-NETO, A. (org.). **Crítica pós-estruturalista e Educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995, p.109-157.

enfermeira pode dizer de si mesma, nos deciframentos e interpretações diárias que realiza; jurídica, constituindo as possibilidades de como a enfermeira deve, e não deve, ser e atuar em UTI, nas delimitações diárias de suas competências e deveres; prática – incluindo as possibilidades de como a enfermeira deve operar em sua prática, constituindo o seu modo de atuar, nas práticas cotidianas que realiza; e narrativa – encontro de todas as dimensões, constituindo a possível história narrativa da experiência de ser enfermeira no espaço/tempo da UTI.

As unidades analíticas buscaram evidenciar que a experiência de si é, sempre, um campo de possibilidades abertas - e não inevitáveis; sujeitas a desconstruções - não irrefletidamente aceitas; lembrando-nos aquilo que pode ser a principal contribuição desta pesquisa – analisar **como e porque nós, enfermeiras, tornamo-nos o que somos**; na fala de Foucault (1994)¹⁷²: “É preciso cavar para mostrar como as coisas foram historicamente contingentes, por tal ou qual razão inteligíveis mas não necessárias. É preciso fazer aparecer o inteligível sob o fundo da vacuidade e negar uma necessidade; e pensar o que existe está longe de preencher todos os espaços possíveis”.

Foucault (2003a, p.184)¹⁷³ nos lembra que, se o indivíduo é um efeito do poder – um de seus primeiros efeitos; é, simultaneamente, seu centro de transmissão, pois “o poder passa através do indivíduo que ele constitui”. Assim, mais uma vez importa o que as pessoas dizem e fazem, como se relacionam, o que produzem e, especialmente, como produzem suas práticas, pois nelas também seguem produzindo verdades, maiores ou menores.

Evidenciar os dispositivos do poder, na trama de constituição dos próprios sujeitos, pode desconstruir nossas certezas, quem sabe desestabilizando-nos; mas, também

¹⁷² FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994, vol. IV, p.730-735. Tradução: Wanderson Flor do Nascimento. <Une esthétique de l'existence>(entretien avec A. Fontana), Le monde, 15-16 juillet 1984, p.XI. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault>>. Capturado em 8 out. 2003.

¹⁷³ Op. cit.

evidenciando o sentido político de nossa própria produção – esta tarefa parece justificar todo um empenho de pesquisa empreendido por nós.

Este é, pois, o caminho da pesquisa *foucaultiana*:

Mostrar a imanência daquilo que pensamos como transcendental. Para Foucault, tanto o conhecimento como a ação encontram suas condições de desenvolvimento nos sistemas de ordenamentos (dispositivos e epistemes) que são totalmente históricos – e como tais, contingentes e possivelmente superáveis. Tais sistemas organizam o espaço do saber e do poder (isto é, respondem às perguntas "O que podemos saber?" e "O que devemos fazer?") para um momento dado. Esses sistemas se apresentariam como condições históricas da realidade¹⁷⁴.

Substituir o fundamento pela experiência. A partir daqui, a investigação foucaultiana assume a forma sistemática que obriga à pergunta não pelo fundamento (entendido como substância invariável ou como forma transcendental), mas pela forma histórico-crítica que tem como objeto a descrição das distintas experiências, as distintas relações entre domínios de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade. O propósito desta forma de investigação é mostrar que nem os limites do conhecimento, nem as divisões normativas, nem as posições que o sujeito adquire respondem a um fundamento ou necessidade, mas têm caráter de acontecimento histórico¹⁷⁵.

Colocar o sujeito no espaço da experiência, não como norma constituinte, mas como forma constituída de maneira incompleta. O sujeito não é uma invariante, uma essência fixa, acabada e idêntica a si mesma, mas uma forma constituída com e pelas experiências históricas. Falar de sujeito é falar das complexas relações que os indivíduos mantêm consigo mesmos, com os outros e com a verdade. O sujeito se constitui na experiência e através de práticas e tecnologias (de saber, de poder, de si)¹⁷⁶.

Desta forma, destaca-se as possibilidades de aplicação do referencial foucaultiano, em detrimento às críticas que lhe são formuladas, dentre as quais segundo Hall (2000)¹⁷⁷: de que não explica o investimento, em termos da direção de seus desejos, que os sujeitos fazem em direção a determinadas identificações; de que revela muito pouco sobre as razões pelas quais os indivíduos ocupam certas posições de sujeito e não outras, em troca da descrição formal da

¹⁷⁴ Foucault (2000, apud NASCIMENTO, 2003). In: NASCIMENTO, Wanderson Flor. **Nos rastros de Foucault: ética e subjetivação**. Disponível em: <<http://www.foucault.hpg.ig.com.br/art02.html/>>. Capturado em 13 jun. 2003. FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. (Coleção Ditos e Escritos, vol. II). p.344-6.

¹⁷⁵ Foucault (2000, apud NASCIMENTO, 2003). p.347-8.

¹⁷⁶ Foucault (2000, apud NASCIMENTO, 2003). p.349-50.

¹⁷⁷ Op. cit.

construção de posições de sujeito no interior do discurso; de que o inconsciente / o psíquico está fora de suas explicações; ou mesmo a crítica à exagerada presença da intencionalidade no agir do indivíduo. Contudo, Foucault é claro em não se propor a realizar tais indagações, seja por manter uma coerência na construção de temas e métodos, seja por que a sua morte impediu vermos o caminho que trilharia na reapropriação de seus temas; e isto não retira ou diminui a importância de seu referencial no estudo dos processos que constituem o sujeito, por entre tecnologias do eu e tecnologias de dominação.

Também como contribuição deste estudo, pensamos que a questão do saber possa ser recentrada de uma visão instrumental, como mero mediador do trabalho ou instrumento deste¹⁷⁸, para o saber/discurso como local de confronto, pois sempre em relação com o poder e, especialmente, como mediador e produtor de subjetividade. Sendo assim, de um saber *fora do eu* apreendido pelo sujeito, para um saber *constituído do próprio eu*.

Pensamos, ainda, oferecer subsídios para os estudos em enfermagem sobre identidade, através da inclusão de noções como poder, saber, verdade, dispositivos constituindo subjetividades e indagando, através deles, das tecnologias do governo e das possibilidades de autonomia nos atuais cenários de trabalho.

¹⁷⁸ Saber tomado como instrumento de trabalho, largamente debatido em nossa comunidade de pesquisadoras(es), através dos referenciais marxistas, nos textos da década 80 e meados da década de 90 do século XX.

REFERÊNCIAS *

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília, 2001. 1 CD-ROM. Volumes publicados: v.1-18, 1979-2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília, 1979-2002. v.22, 1º. Semestre, 2002.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flávia Regina Souza. A arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.3, p. 288-291, 2003a.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flávia Regina Souza. O corpo do cuidado: uma interpretação genealógica para o trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.12, n.2, p.246-247, abr./jun. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Módulo Hospitalar SIH/SUS 2002.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Governando a subjetividade**: a constituição do sujeito infantil no RCN/EI. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~cee0a6/tbujes.PDF>>. Acesso em: 13 jun. 2003.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **O fio e a trama**: as crianças nas malhas do poder. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/BUJES.pdf>>. Capturado em 13 jun. 2003b.

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ, 1996-. ISSN 0102-311x versão impressa.

* De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Bases de Dados Bibliográficas LILACS, BDEF e MÉD-CARIBE. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: setembro 2003.

CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2001-. Quadrimestral. ISSN 1413-8123 versão impressa.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: setembro 2003.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Portal Periódicos. PubMed. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: outubro 2003.

COSTA, A. L. R. O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem. 1998. 135f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1998.

DEACON, Roger; PARKER, Ben. Educação como sujeição e como recusa. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.97-110

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Tema em destaque: Políticas do Global e das Singularidades. EDITORIAL - **Educação & Realidade**, volume 26, nº 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/faced/setores/revista/ed261.doc>>. Capturado em: 13 jun. 2003.

FITZSIMONS. Patrick. **Administração, Educação e Neoliberalismo**. University of Auckland. Trad. Maria Célia M. Moraes. Universidade Federal de Santa Catarina. In: <<http://www.educ.pb.gov.br/Cee/Artigos/aen.asp>>. Capturado em: 13 jun. 2003.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994, vol. IV, p.730-735. Tradução: Wanderson Flor do Nascimento. <Une esthétique de l'existence>(entretien avec A. Fontana), Le monde, 15-16 juillet 1984, p.XI. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault>>. Capturado em 8 out. 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade, 2**: o uso dos prazeres. 9^a. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 232p.

FOUCAULT, Michel. L' Ordre du Discours. Leçon Inaugurale du Collège de France, 2 décembre 1970. Paris, Gallimard, 1971. Tradução de Edmundo Cordeiro e António Bent. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault>>. Capturado em outubro de 2003.

FOUCAULT, Michel. **La verdad y las formas jurídicas**. Barcelona: Gedisa, 1978. p.13-33.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18ª. ed. Rio de Janeiro, 2003a. 295p.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia e a história. In: _____. **Microfísica do poder**. 18ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b. p.15-37.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. 231p.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France: 1970-1982**. Tradução Andréa Daher, consultoria Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zagar Editor, 1997.134p.

FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo: y otros textos afines**. 1. ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990a.

FOUCAULT, Michel. Verdad, individuo y poder. In: _____. **Tecnologías del yo: y otros textos afines**. 1ª. ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990b. p.141-150.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Tradução de Raquel Ramalhete. 29ª. ed. Petrópolis: VOZES, 2004a. 288p.

GAMAGRAFIA. In: ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA DO BRASIL PUBLICAÇÕES LTDA. **Nova Enciclopédia Barsa: micropédia**. São Paulo: Gráfica Melhoramentos, 1996. v.1. p.435.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993. 141p.

GOOGLE. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: setembro 2003.

GORE, Jennifer M. Foucault e educação: fascinantes desafios. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.9-20

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes, 2000b. 133p. p.103-133.

HARAWAY, Donna J. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz Tadeu. (Organização e tradução). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 144p. (Coleção Estudos Culturais, 5). p.37-129.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. **Relatório de Gestão UTI Adulto HUJM**. Jan. 2003 a fev. 2004.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.35-86.

LUNARDI, Valéria Lerch. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária, 1999.

LUNARDI, Valéria Lerch. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. p.79-108.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). Especialidades médicas no Brasil. **Dados Radis**, Rio de Janeiro, ENSP / FIOCRUZ, dez., 1995.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18ª. ed. Rio de Janeiro, 2003. p.vii-xxiii. p.xviii.

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**, São Paulo, v.7, n.1-2, p.83-103, out., 1995.

MARSHALL, James. Governamentalidade e educação liberal. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.21-34.

MEDLINE: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann (Orgs). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 203p. p.63-78

MEYER, Dagmar Estermann. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.2, p.189-95, mar./abr. 2002.

MEYER, Dagmar Estermann. Cuidado e diferença: da integralidade à fragmentação do ser. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.21-38, jul.2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1996.

MOREY, Miguel. Introdução: La cuestión del método. In: FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo**: y otros textos afines. 1. ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990. p.9-44.

NASCIMENTO, Wanderson Flor. **Nos rastros de Foucault**: ética e subjetivação. Disponível em:<<http://www.foucault.hpg.ig.com.br/art02.html>>. Capturado em 13 jun. 2003.

NETTO, Laura Filomena Santos de Araújo. **O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

NIETSCHE, Elisabeta A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem? Ijuí: ed. UNIJUÍ, 2000.

RAMOS, Flávia Regina Souza; SILVA, Alcione Leite. As linhas epistemológicas do conhecimento científico. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2001, Belém. **Anais...** Belém: ABEn-PA, 2001.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro: ABEn, 1948-. Bimestral. ISSN 0034-7167.

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM. Porto Alegre: UFRS / Escola de Enfermagem, 1976-. Semestral. ISSN 0102-6933.

REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM. Ribeirão Preto: EERP-USP, 1993-. Bimestral. ISSN 0104-1169.

ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & Realidade**, v.26, n.1, p.33-57, jan./jul. 2001.

SANTOS, João de Deus. **Licenciatura & Governo**. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/>>. Capturado em 13 jun. 2003.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. Biblioteca Eletrônica SCIELO Brasil. Apresenta periódicos científicos brasileiros. Disponível em: <<http://www.scielo.br/revistas/>>. Acesso em: setembro 2003.

SILVA, A. L. O processo de cuidar em enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. p.31-40.

SILVA, Tomaz Tadeu. (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a. 258p.

SILVA, Tomaz Tadeu. (Organização e tradução). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000a. 144p. (Coleção Estudos Culturais, 5).

SILVA, Tomaz Tadeu. A produção social da identidade e da diferença. In: _____. (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes, 2000b. 133p. p.73-102.

SILVA, Tomaz Tadeu. Identidade e diferença: impertinências. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, n.79, p.65-6, agosto, 2002c.

SILVA, Tomaz Tadeu. O Adeus às metanarrativas educacionais. In: _____ (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002b. p.247-58.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**: Brunner/Suddarth. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.2

TEXTO & CONTEXTO EM ENFERMAGEM. Florianópolis: UFSC/PEN, 1992-. Quadrimestral. ISSN 0104-0707.

UOL. **Dic Michaelis**. Versão: ajuda do Microsoft Windowx 5.1.2600.0. [S.I]: Microsoft corporation, 2001. 1 CD-ROM.

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

VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: COSA, Marisa Vorraber (org.). **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. 168p. p.23-38. p.31.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. p.7-30.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237p.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes, 2000b. 133p. p.7-72.

XAVIER, Maria Luisa M. **A Construção do sujeito/aluno**: inclusão, disciplinamento, emancipação em debate. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos2>>. Capturado em: 13 jun. 2003

APENDICES

APÊNDICE A – Lista de produções segundo área, descritor e autor, encontradas nas bases científicas e revistas científicas em meio eletrônico.

Lista de produções segundo área, descritor e autor, encontradas nas bases científicas em meio eletrônico LILACS, BDEF, MÉD-CARIBE / BIREME; CAPES; CEPEN/ABEn; e revistas científicas eletrônicas Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública e Revista Latino Americana de Enfermagem / SCIELO. Setembro 2003*

Área	Descritor	Obra
1. Antropologia	Foucault and enfermagem	Brandão, Rita de Cássia Cavalcanti. A representação social do "poder médico" em tempo de AIDS. Dissertação
2. Comunicação	Ciborgue	Froes, Nelma Sandra Gonçalves. Do humanismo ao transumanismo: um guia de sobrevivência. Tese
3. Comunicação	Ciborgue	Suza Filho, Rui Guilherme Freitas. Da bancada de laboratório de cientistas aos coletivos humanos: cocooners e outros híbridos. Tese
4. Educação	Tecnologias do eu	Cardarello, Carla Giovanna. Pedagogias de Paulo Freire: o cuidado de si do/a educador/a libertador/a. Dissertação
5. Educação	Tecnologias do eu	Peres, Eliane Terezinha. Aprendendo formas de pensar, de sentir e de agir - a escola como oficina da vida: discursos pedagógicos e práticas escolares da Escola Pública. Tese
6. Enfermagem	Ciborgue	Meyer, Dagmar Estermann. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? Rev. bras. enfermagem ;55(2):189-195, mar.-abr. 2002
7. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Aguiar, Beatriz Gerbassi Costa. Enfermeiras e o paradoxo das relações saber-poder no programa de infecções hospitalares: uma contribuição para acreditação hospitalar. Tese
8. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Boehs, Astrid Eggert. Os movimentos de aproximação e distanciamento entre sistema familiar e profissional do cuidado. Tese
9. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Borenstein, Miriam Süsskind. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. Texto & Contexto enfermagem ;9(3):42-53, ago.-dez. 2000
10. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Borenstein, Miriam Süsskind. Relações de poder num hospital de caridade: uma visão foucaultiana. Livro. Série Teses em Enfermagem
11. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Caccavo, Paulo Vaccari. A arte da enfermagem: efêmera, graciosa e perene. Tese

Continua

* Disponíveis em: CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Bases de Dados Bibliográficas LILACS, BDEF e MÉD-CARIBE. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: setembro 2003; COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: setembro 2003; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. Brasília, 2001. 1 CD-ROM. Volumes publicados: v. 1-18, 1979-2000; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. Brasília, 1979-2002. v.22, 1º. Semestre, 2002; SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. Biblioteca Eletrônica SCIELO Brasil. Apresenta periódicos científicos brasileiros. Disponível em: <<http://www.scielo.br/revistas>>. Acesso em: setembro 2003.

continuação

Área	Descritor	Obra
12. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Costa, Aldenan Lima Ribeiro Correa. O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem. Dissertação
13. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Daza de Caballero, Rosita. Genealogía: metodo de la enseñanza de la historia en enfermería. Esc. Anna Nery Rev. Enferm ;5(1):35-42, abr.2001.
14. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Fertig, Adriana. Missão Verderese: resgatando a fundação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Dissertação
15. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Gonçalves, Marise Xavier. AIDS: uma contribuição da enfermagem à compreensão da vulnerabilidade feminina a partir do discurso de mulheres soropositivas. Dissertação
16. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Lourenço, Lucia Helena Silva Corrêa. Mobilidade social na enfermagem: a questão das lutas simbólicas. Tese
17. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Lunardi, Valéria Lerch. A dominação do corpo pela força do olhar. Rev. enfermagem UERJ ;3(2):150-4, out. 1995
18. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Lunardi, Valéria Lerch. Bioética aplicada à assistência de enfermagem. Rev. bras. enfermagem ;51(4):655-64, out.-dez. 1998.
19. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Lunardi, Valeria Lerch. Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira. Dissertação
20. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Lunardi, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. Rev. gaúch. enferm ;20(1):26-40, jan. 1999
21. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Lunardi, Valéria Lerch. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. Texto & Contexto enfermagem ;4(2):73-92, jul.-dez. 1995
22. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Mamani, Clorinda Nivia Rojas. As práticas disciplinares e suas mudanças - estudo realizado em uma Escola de Enfermagem do Peru. Dissertação
23. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Meyer, Dagmar Estermann. A dúvida como postura intelectual: uma abordagem pós-estruturalista de análise dos estudos de gênero na Enfermagem. Nursing (São Paulo) ;1(1):27-34, jun. 1998.
24. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Moraes, Maria Auxiliadora Maciel. Legado para as mulheres provedoras de cuidado. Dissertação
25. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Nunes, Wilma Aparecida. Do cuidar como tecnologia a tecnologia do cuidar. Tese
26. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Oliveira, Isabel Cristina dos Santos; Fernandes, Jeanice Freitas; Lunardi, Valéria Lech. Como a futura enfermeira esta se cuidando e vem sendo cuidada no processo de graduação? Texto & Contexto enfermagem ;9(3):133-52, ago.-dez. 2000.

continua

conclusão

Área	Descritor	Obra
27. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza. A mística do silêncio - a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Tese
28. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza. Do cuidado da alma ao cuidado do corpo: uma nova compreensão da história da enfermagem Rev. bras. enfermagem ;51(3):431-46, jul.-set. 1998.
29. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Ribeiro, Rosa Lúcia Rocha. A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica. Dissertação
30. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Sabóia, Vera Maria. Práticas discursivas de enfermagem sobre educação em saúde: a arte de talhar pedras. Tese
31. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Santos, Mauro Leonardo Salvador Caldeira. A compaixão e suas vicissitudes na prática da enfermagem. Tese
32. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Sousa, Maria do Socorro Batista. A formação do enfermeiro no Pará: passado e presente 1942-1981. Tese
33. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Wendhausen, Águeda Lenita Pereira. Micropoderes no cotidiano de um Conselho de Saúde. Tese
34. Enfermagem	Foucault and enfermagem	Wendhausen, Águeda. Assistência de enfermagem: da sujeição dos corpos à autonomia do sujeito. Cogitare enferm ;2(1):25-8, jan.-jun. 1997
35. Enfermagem	Foucault and Tecnologia	Bastos, Marisa Antonini Ribeiro. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.10 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2002
36. Enfermagem	Tecnologias do eu	Lunardi, Valéria Lerch. Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem. Tese
37. Enfermagem	Tecnologias do eu	Nietsche, Elisabeta Albertina. Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para práxis de enfermagem. Tese
38. Linguística aplicada	Tecnologias do eu	Amarante, Maria de Fátima Silva. Ideologia neoliberal no discurso da avaliação: a excelência e o avesso da excelência. Tese
39. Psicologia	Tecnologias do eu	Crochik, Jose Leon. A ideologia da racionalidade tecnológica e a personalidade narcisista. Tese de livre-docência
40. Psicologia	Tecnologias do eu	Padilha, Andréa Campos. Adolescência e mídia: processos de objetivação e subjetivação. Dissertação
41. Saúde Coletiva	O olhar do sujeito	Vargas, Eliane Portes and Siqueira, Vera Helena Ferraz de. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. Cad. Saúde Pública , 1999, vol.15, suppl.2, p.69-83
42. Saúde Coletiva	Tecnologias	Silva, Leticia Krauss. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. Ciênc. saúde coletiva , 2003, vol.8, no.2, p.501-520
43. Saúde Coletiva	Tecnologias	Teixeira, Ricardo Rodrigues. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. Ciênc. saúde coletiva , 2001, vol.6, no.1, p.49-61

APÊNDICE B – Lista de produções em Revistas Brasileiras de Enfermagem que abordam os temas “poder, saber, corpo e tecnologias do eu” numa aproximação ao referencial foucaultiano.

Lista de produções em Revistas Brasileiras de Enfermagem* que abordam os temas “poder, saber, corpo e tecnologias do eu” numa aproximação ao referencial foucaultiano. Setembro de 2003

Produção

1. ALONSO, Ilca Luci Keller. Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. **Texto & Contexto Enferm** 2003 Abr-Jun; 12(2): 248-9.
2. AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flávia Regina Souza. O corpo do cuidado: uma interpretação genealógica para o trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enferm** 2003 Abr-Jun; 12(2): 246-7.
3. BENERI, Regina Ledo; SANTOS, Leticia Rosa; LUNARDI, Valéria Lerch. O trabalho da enfermeira hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.54, n.1, p.108-118, jan./mar. 2001.
4. BORENSTEIN, Miriam Süsskind. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3, p.42-53, ago./dez., 2000.***
5. CAPONI, Sandra. Do trabalhador indisciplinado ao homem prescindível. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.2, n.2, p.128-129, jul./dez. 1993.
6. CAPONI, Sandra. La ética contemporânea: entre la felicidad y el deber. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.2, n.2, p.118-119, jul./dez. 1993.
7. CAPONI, Sandra; LUNARDI, Valéria Lerch. A filosofia como crítica do presente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.3, p.213-219, set./dez. 1997.
8. COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.1, p.39-46, jan./mar. 2000.
9. FERNANDES, Jeanice de Freitas; LUNARDI, Valéria Lerch. A enfermagem construindo estratégias para a implementação das ações em saúde. **Texto & Contexto Enferm** 2003 Abr-Jun; 12(2): 238-9.
10. FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2003 maio-junho; 11(3):299-304.
11. LUNARDI, Valéria Lerch. Ampliando a compreensão do conceito de autonomia. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.3, p.304-313, set./dez. 1997.
12. LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.1, p.26-40, 1999.**
13. LUNARDI, Valéria Lerch; PETER, Elizabeth; GASTALDO, Denise. Enfermeiras submissas são éticas? Refletindo sobre anorexia de poder. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.2, p.183-8, mar./abr. 2002.
14. MEYER, Dagmar Estermann. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.2, p.189-95, mar./abr. 2002.**
15. MEYER, Dagmar Estermann. Cuidado e diferença: da integralidade à fragmentação do ser. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.21-38, jul. 2001.

continua

* Disponíveis em: Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem.

** Artigos assinalados também constam na pesquisa em bases científicas em meio eletrônico (apêndice 1).

Produção

16. MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico x os direitos reprodutivos em discussão. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.6, p.685-690, nov./dez. 2002.
17. NASCIMENTO, Eliane Regina P.; MARTINS, Josiane de Jesus. O poder institucionalizado da enfermagem na unidade de terapia intensiva: o cenário real x o cenário idealizado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3, p.193-215, ago./dez., 2000.
18. NIETSCHKE, Elisabeta Albertina; BACKES, Vânia Marli Schubert. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3, p.153-174, ago./dez., 2000.
19. NIETSCHKE, Elisabeta Albertina; LEOPARDI, Maria Tereza. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.1, p.25-41, jan./abr., 2000.
20. NÓBREGA-THERRIEN, Sílvia Maria. Dominação e resistência no trabalho da enfermeira. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.54, n.3, p.420-426, out./dez. 2001.
21. OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; COLLET, Neusa. Relações de poder (inter) profissionais e (inter) institucionais no hospital. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.2, p.295-300, abr./jun. 2000.
22. OLIVEIRA, Francisca Bezerra; SILVA, Antonia Oliveira. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.4, p.584-592, out./dez. 2000.
23. OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; FERNANDES, Jeanice Freitas; LUNARDI, Valéria Lerch. Como a futura enfermeira está se cuidando e vem sendo cuidada no processo de graduação? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3, p.133-152, ago./dez., 2000.**
24. OLIVERIA, Alice G. Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2003 maio-junho; 11(3):333-40.
25. PEREIRA, Wilza Rocha. As relações de poder no universo de enfermeiras docentes. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.1, p.41-56, 1999.
26. SOARES, Marilú Correa; SANTANA, Maria da Glória; SIQUEIRA, Hedi C. H. O cuidado de enfermagem no cotidiano das enfermeiras(os) autônomas(os). À luz de alguns conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderad. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.2, pt.1, p.106-117, mai./ago., 2000.
27. SOARES, Narciso Vieira; LUNARDI, Valéria Lerch. Os direitos do cliente como uma questão ética. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.1, p.64-9, jan./fev. 2002.
28. TEIXEIRA, Enéas Rangel. A subjetividade na enfermagem - o discurso do sujeito no cuidado. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.2, p.233-9, abr./jun. 2000.
29. TELLES, Eleny Alves de Britto. O doente mental e a instituição psiquiátrica: a voz do silenciado. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.1, p.13-18, jan./fev. 2002.
30. VAZ, Marta Regina Cezar; LOUREIRO, Mariângela de Magalhães; CABREIRA, Graciela Oliveira; SENA, Janaína. Trabalhador em saúde: subjetividade e auto-organização. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.11, n.1, p.50-65, jan./abr., 2002.
31. WENDHAUSEN, Águeda. A construção da subjetividade nos serviços de saúde: da sujeição à autonomia solidária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3, p.54-73, ago./dez., 2000.

APÊNDICE C – Lista de produções segundo área encontradas no site de buscas Google através do descritor “tecnologias do eu”.

Lista de produções segundo área encontradas no *site* de buscas Google através do descritor “tecnologias do eu”. Setembro de 2003*

Área	Produção
1. Educação	AMARANTE, Maria de Fátima Silva. Ideologia neoliberal no discurso da avaliação : a excelência e o avesso da excelência. Orientadora: Maria José R. Faria Coracini. Disponível em: < http://www.unicamp.br/iel/bib/teses/tamain98.html >. Acesso em: 13 junho 2003. **
2. Educação	BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Governando a subjetividade : a constituição do sujeito infantil no RCN/EI. Disponível em: < http://www.ced.ufsc.br/~cee0a6/tbujes.PDF >. Capturado em 13/06/2003.
3. Educação	BUJES, Maria Isabel Edelweiss. O fio e a trama : as crianças nas malhas do poder. Disponível em: < http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/BUJES.pdf >. Capturado em 13/06/2003.
4. Comunicação	FERREIRA, Jairo. Dispositivos discursivos e o campo jornalístico . Ciberlegenda. Número 9, 2002. Disponível em: < http://www.intercom.org.br/papers/xxv-ci/np11/NP11FERREIRA.pdf >. Capturado em 13/06/2003.
5. Educação	FISCHER, Rosa Maria Bueno. Tema em destaque: Políticas do Global e das Singularidades. EDITORIAL - Volume 26, nº 1, jan./jun. 2001. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/faced/setores/revista/ed261.doc >. Acesso em: 13 junho 2003.
6. Comunicação	FISCHER, Rosa Maria Bueno. Uma análise foucaultiana da TV : das estratégias de subjetivação na cultura. Disponível em: < http://www.curriculosemfronteiras.org/vol2iss1articles/rosa/pdf >. Acesso em: 13 junho 2003.
7. Educação	FITZSIMONS, Patrick. Administração, Educação e Neoliberalismo . University of Auckland. Trad. Maria Célia M. Moraes. Universidade Federal de Santa Catarina. In.: < http://www.educ.pb.gov.br/Cee/Artigos/aen.asp >. Acesso em: 13 junho 2003.
8. Educação	FLORESTA, Maria das Graças Soares. A educação em minas gerais nos anos 90 as mudanças na gestão educacional e a formação do estado : relações entre poder e conhecimento. Disponível em: < http://www.cedeplar.ufmg/diamantina2002/textos/D65.PDF >. Acesso em: 13 junho 2003.
9. Não identificado	GRAVOS, Konstantin. A verdade é o sexo, o sexo a verdade . Sexta-feira, Novembro 23, 2001. Disponível em: < http://www.sexoverdade.blogspot.com/2001_11_18_sexoverdade_archive.thml >. Capturado em 13/06/2003.
10. História	HISTÓRIA, Currículo e Devir . Disponível em: < http://www.universitario.net/nilton/devir.htm >. Acesso em: 13 junho 2003.
11. Sociologia	KURZ, Robert. Os bobos da corte do capitalismo. In.: Apaziguadores pós-modernos fazem moda de segunda mão dos despojos burgueses. Da sociedade que deixa apodrecer suas universidades e sua literatura, a fim de gastar em carros, nada mais há para herdar senão uma montanha de sucata . Especial para Jornal Folha de São Paulo, 11 de janeiro de 1998, \Caderno MAIS!, Páginas 5-3. Disponível em: < http://www.terraviva.pt/fernoronha/2397/texto2.html >. Capturado em 13/06/2003.

continua

* GOOGLE. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: setembro 2003.

** Texto também presente na busca em bases científicas do apêndice 1 (tese).

Área	Produção
12. Comunicação	LOPES, Maria Immacolata Vassallo. Mediações na recepção : um estudo brasileiro dentro das tendências internacionais. Disponível em: < http://www.eca.usp.br/associa/alaic/Congreso1999/17gt/Immacolata.doc >. Acesso em: 13 junho 2003.
13. Educação	LUCA, Mônica Maria Barbosa Leiva de. Histórias de identidades num assentamento rural. Educação Temática Digital , Campinas, v.4, n.1, p.10-31, dez. 2002. Disponível em: < http://www.bibli.fae.unicamp.br/etd/AR02.pdf >. Acesso em: 13 junho 2003.
14. Educação	LUNARDI, Márcia Lise. Inclusão/exclusão: duas faces da mesma moeda. Cadernos , n.18, ed. 2001. Disponível em: < http://www.ufsm.br/ce/revista/ceesp/2001/02/a3.htm >. Capturado em 13/06/2003.
15. Filosofia	NASCIMENTO, Wanderson Flor. Nos rastros de Foucault : Ética e subjetivação. Disponível em: < http://www.foucault.hpg.ig.com.br/art02.html/ >. Capturado em 13/06/2003.
16. Sociologia	O GOVERNO através da auto-ajuda. Disponível em: < http://www.pucrs.br/famecos/producao_cientifica/professores/rudiger/tl1996.htm >. Acesso em: 13 junho 2003.
17. Educação	PEREIRA, Eliana Povoas. Programando a tela nas amarras da arte de governar a distância : um estudo do "curso de extensão TV na escola e os desafios de hoje". Disponível em: < http://www.anped.org.br/25/excedentes25/elianapovoaspereirat08.rtf >. Acesso em: 13 junho 2003. *
18. Educação	PERES, Eliane. A criança-educanda no discurso de renovação pedagógica e as práticas de objetivação e de subjetivação da infância . Disponível em: < http://www.ufpel.tche.br/fae/siteshospedados/A15PERES.htm >. Acesso em: 13 junho 2003.
19. Educação	QUEIROGA, Maria do Socorro Nóbrega. Educação e pós-modernidade. Paraiwa . Revista dos pós-graduandos de sociologia da UFPB. João Pessoa, n.1, dezembro de 2001. ISSN 1518-9015. Disponível em: < http://chip.cchla.ufpb.br/paraiwa/01-queiroga.html >. Capturado em 13/06/2003.
20. Educação	RIBEIRO COSTA, Paula Regina; SOUZA, Diogo Onofre. Falando com professoras das séries iniciais do ensino fundamental sobre sexualidade na sala de aula: a presença do discurso biológico. Enseñanza de Las Ciencias , 2003, 21 (1), 67-75. Disponível em: < http://www.blues.uab.es/rev-ens-ciencias/revistes/revista_extra/67-75.pdf >. Capturado em 13/06/2003.
21. Ciências Sociais	RIBEIRO, Larissa Brito; NERY, Paulo Roberto Albieri. Lazer, consumo e relações de gênero : análise das representações de gênero no consumo do turismo aventureiro. Disponível em: < http://www.ufop.br/ichs/conifex/anais/SCS/scs0303.htm >. Acesso em: 13 junho 2003.
22. Educação	SANTOS, João de Deus. Licenciatura & Governo . Disponível em: < www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/ >. Capturado em 13/06/2003.
23. Comunicação	SANTOS, José Manuel Santos. Ética da Comunicação . Disponível em: < http://www.bocc.ubi.pt/pag/_texto.php3?html2=santos-jose-manuel-etica-comunicacao.html >. Capturado em 13/06/2003.
24. Filosofia	VALVERDE, João Batista. Subjetividade e Poder . Filosofia na veia: textos de Filósofos. Disponível em: < http://www.usuarios.cultura.com.br/valverde/poder.htm >. Capturado em 13/06/2003.
25. Educação	XAVIER, Maria Luisa M. A construção do sujeito/aluno : inclusão, disciplinamento, emancipação em debate. Disponível em: < www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos2/ >. Acesso em: 13 junho 2003.

* Versão condensada de um dos capítulos da tese de doutorado da autora (presente na busca em bases científicas do apêndice 1: Aprendendo formas de pensar, de sentir e de agir...).

APÊNDICE D – Lista de produções segundo área encontradas no site de buscas Google através dos descritores “Ciborgue; Tomaz Tadeu da Silva and Ciborgue”.

Lista de produções segundo área encontradas no *site* de buscas Google através dos descritores “Ciborgue; Tomaz Tadeu da Silva and Ciborgue” Setembro de 2003*

Área	Produção
1. Comunicação	FELINTO, Erick. Os mercados no templo da comunicação: o consumo espiritual na cultura contemporânea : Erick Felinto para Tony Potter. Disponível em:< www.eco.ufrj.br/semiosfera/expressao/txtpens1.html >. Capturado em 13/06/2003.
2. Multimeios	FRANCO, Edgar Silveira. Histórias em Quadrinhos e Hiperídia : O Processo criativo da HQtrônica “NeoMaso Prometeu”. Disponível em:< wawrwt.iar.unicamp.br/GTcompos2002/edgar.html >. Capturado em 13/06/2003
3. Educação	FRANCO, Monique. O Paradoxo da Identidade ou Des- Identidades do Pós-Humano . Disponível em:< www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos%202/Monique%20Franco_UERJ.doc >. Capturado em 13/06/2003.
4. Antropologia	MONTEIRO, Marko. O Ciborgue como recurso heurístico . Disponível em:< sites.uol.com.br/markosy/artigos.htm >. Capturado em 13/06/2003.
5. Comunicação	NOVAS, Lorena Laranjeira de Souza. O imaginário tecnológico no filme Matrix . Disponível em:< www.facom.ufba.br/acm/lorena.html-101k >. Capturado em 13/06/2003.
6. Educação	SKLIAR, Carlos (2002) Y si el outro no estuviera ahí? Notas para una pedagogia (improbable) de la diferencia. Madrid: Coedición Miño y Dávila/CTERA/Escuela Marina Vilte. Disponível em:< www.lite.fae.unicamp.br/papet/2002/fe190d/texto02.htm >. Capturado em 13/06/2003.
7. Educação	SOMMER, Luís Henrique. Governo das tartarugas . Disponível em:< www.anped.org.br/24/T1399917623929.doc >. Capturado em 13/06/2003.
8. Ciência da Computação	VENTURELLI, Suzete; BURGOS, Fátima Borges. Kennetic World : uma proposta artística na busca da fusão entre o virtual e o real. Disponível em:< wawrwt.iar.unicamp.br/GTcompos2001/suzete_fatima.html >. Capturado em 13/06/2003.

* GOOGLE. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: setembro 2003.

APÊNDICE E – Lista de produções segundo descritor e país encontradas na base científica Pub Méd / MEDLINE.

Lista de produções segundo descritor e país encontradas na base científica Pub Méd / MEDLINE. Outubro de 2003*

Descritor	País	Produção
1. Nursing and Foucault	Austrália - Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Carlton. rriley@cabrini.com.au.	Riley R, Manias E. Snap-shots of live theatre: the use of photography to research governance in operating room nursing. Nurs Inq. 2003 Jun;10(2):81-90.
2. Nursing and Foucault	Austrália - School of Postgraduate Nursing, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Carlton, Victoria. e.manias@nursing.unimelb.edu.au	Manias E, Street A. Possibilities for critical social theory and Foucault's work: a toolbox approach. Nurs Inq. 2000 Mar;7(1):50-60.
3. Nursing and Foucault	Australia - Centre for Research into Nursing and Health Care, University of South Australia, Adelaide. julianne.Cheek@unisa.edu.au	Cheek J, Porter S. Reviewing Foucault: possibilities and problems for nursing and health care. Nurs Inq. 1997 Jun;4(2):108-19.
4. Nursing and Foucault	Australia - Faculty of Human Development, Victoria University, Melbourne. jocelyn.angus@vu.edu.au	Angus J, Nay R. The paradox of the Aged Care Act 1997: the marginalisation of nursing discourse. Nurs Inq. 2003 Jun;10(2):130-8.
5. Nursing and Foucault	Australia - Faculty of Nursing (Underdale), University of South Australia.	Heartfield M. Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. J Adv Nurs. 1996 Jul;24(1):98-103.
6. Nursing and Foucault	Australia - Faculty of Nursing, University of South Australia.	Paech M. Sex or gender? A feminist debate for nurses. Contemp Nurse. 1996 Dec;5(4):149-56.
7. Nursing and Foucault	Austrália - Royal Brisbane Hospital, Herston, Queensland, Australia.	Henderson A. Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. J Adv Nurs. 1994 Nov;20(5):935-9.
8. Nursing and Foucault	Austrália - School of Nursing & Midwifery, University of South Australia, Adelaide, South Australia. terri.gibson@unisa.edu.au	Gibson T. Nurses and medication error: a discursive reading of the literature. Nurs Inq. 2001 Jun;8(2):108-17.

continua

* COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Portal Periódicos. PubMed. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: outubro 2003. Também disponível através do MEDLINE: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>.

continuação

Descritor	País	Produção
9. Nursing and Foucault	Austrália - School of Nursing and Midwifery, University Drive, University of Newcastle, Callaghan, NSW 2308. kathleen.fahy@newcastle.edu.au	Fahy K. Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. Aust J Midwifery . 2002;15(1):5-13.
10. Nursing and Foucault	Austrália - Senior Lecturer, School of Postgraduate Nursing, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Carlton, Victoria, Australia.	Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. J Adv Nurs . 2002 Aug;39(4):316-24.
11. Nursing and Foucault	Austrália - University of South Australia, School of Nursing Studies, Underdale.	Cheek J, Rudge T. The panopticon re-visited?: an exploration of the social and political dimensions of contemporary health care and nursing practice. Int J Nurs Stud . 1994 Dec;31(6):583-91.
12. Nursing and Foucault	Brasil - Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade do Rio Grande - FURG/RS.	Lunardi VL. [Bioethics applied to nursing care]. Rev Bras Enferm . 1998 Oct-Dec;51(4):655-64.
13. Nursing and Foucault	Brasil - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. moneda@usp.br	Ribeiro MO. [Sexuality according to Michel Foucault: a contribution to nursing] Rev Esc Enferm USP . 1999 Dec;33(4):358-63.
14. Nursing and Foucault	Brasil - Depto. de Enfermagem da UFSC, Pesquisadora do CNPq.	Padilha MI. [From care of the soul to care of the body--a new understanding of the history of nursing]. Rev Bras Enferm . 1998 Jul-Sep;51(3):431-46.
15. Nursing and Foucault	Canada - Faculty of Health Sciences, School of Nursing, University of Ottawa, ON.	Holmes D. From iron gaze to nursing care: mental health nursing in the era of panopticism. J Psychiatr Ment Health Nurs . 2001 Feb;8(1):7-15.
16. Nursing and Foucault	Canadá - Faculty of Health Sciences, School of Nursing, University of Ottawa, Ottawa, Ontario. dholmes@uottawa.ca	Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. J Adv Nurs . 2002 Jun;38(6):557-65.
17. Nursing and Foucault	Canadá - Faculty of Nursing, University of Toronto. denise.gastaldo@utoronto.ca	Gastaldo D, Holmes D. Foucault and nursing: a history of the present. Nurs Inq . 1999 Dec;6(4):231-40.

continua

continuação

Descritor	País	Produção
18. Nursing and Foucault	Canadá - School of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, Ottawa, Ontario. dholmes@uottawa.ca	Holmes D. Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. Nurs Inq. 2002 Jun;9(2):84-92.
19. Nursing and Foucault	Canadá - University of Oslo, Blindern, Norway.	Nortvedt P. Clinical sensitivity: the inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge. Sch Inq Nurs Pract. 2001 Spring;15(1):25-43; discussion 45-8.
20. Nursing and Foucault	Dinamarca - Centre for Innovation in Nurse Training, County of Aarhus, Denmark. n_buus@hotmail.com	Buus N. Tangled ruptures: discursive changes in Danish psychiatric nursing 1965-75. Nurs Inq. 2001 Dec;8(4):246-53.
21. Nursing and Foucault	Estados Unidos - Department of Life Span Process, College of Nursing, Ohio State University, Columbus.	Dzurec LC. The necessity for and evolution of multiple paradigms for nursing research: a poststructuralist perspective. ANS Adv Nurs Sci. 1989 Jul;11(4):69-77.
22. Nursing and Foucault	Estados Unidos - Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego, San Diego, California 92110-2492, USA. jgeorges@sandiego.edu	Georges JM. An emerging discourse: toward epistemic diversity in nursing. ANS Adv Nurs Sci. 2003 Jan-Mar;26(1):44-52.
23. Nursing and Foucault	Estados Unidos - Medical Intensive Care Unit, UCLA Medical Center, USA.	Henneman EA. Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view. J Adv Nurs. 1995 Aug;22(2):359-63.
24. Nursing and Foucault	Não identificado	Cheek J, Rudge T. Nursing as textually mediated reality. Nurs Inq. 1994 Nov;1(1):15-22.
25. Nursing and Foucault	Nova Zelândia - Massey University at Wellington, Wellington, New Zealand. A.D.Huntington@massey.ac.nz	Huntington AD, Gilmour JA. Re-thinking representations, re-writing nursing texts: possibilities through feminist and Foucauldian thought. J Adv Nurs. 2001 Sep;35(6):902-8.
26. Nursing and Foucault	Nova Zelândia - School of Health Sciences, Massey University at Wellington, New Zealand. j.a.gilmour@massey.ac.nz	Gilmour JA. Dis/integrated care: family caregivers and in-hospital respite care. J Adv Nurs. 2002 Sep;39(6):546-53.

continua

continuação

Descritor	País	Produção
27. Nursing and Foucault	Reino Unido – Escócia - Department of Nursing and Midwifery, University of Stirling, Stirling FK9 4LA, UK. jhp1@stir.ac.uk	Paley J. An archaeology of caring knowledge. J Adv Nurs . 2001 Oct;36(2):188-98.
28. Nursing and Foucault	Reino Unido - Inglaterra	Tilah M. The medical model to the management model: power issues for nursing. Nurs Pract N Z . 1996 Jul;11(2):16-22.
29. Nursing and Foucault	Reino Unido – Inglaterra	Arnold D. [Nursing and power--use of the so-called poststructuralism theory for the analysis of the power-relationships in the "female" nursing professional] Pflege . 1996 Mar;9(1):72-9. (artigo em alemão)
30. Nursing and Foucault	Reino Unido - Inglaterra - Cambridgeshire College of Health Studies, Education Centre, Fulbourn/Ida Darwin Hospital.	Gilbert T. Nursing: empowerment and the problem of power. J Adv Nurs . 1995 May;21(5):865-71.
31. Nursing and Foucault	Reino Unido – Inglaterra - Department of Community, Ageing, Rehabilitation, Education and Research, School of Nursing and Midwifery, University of Sheffield, Sheffield, UK. s.peckover@sheffield.ac.uk	Peckover S. Supporting and policing mothers: an analysis of the disciplinary practices of health visiting. J Adv Nurs . 2002 May;38(4):369-77.
32. Nursing and Foucault	Reino Unido - Inglaterra - Department of Primary Health, Mental Health and Learning Disability, Institute of Health Studies, University of Plymouth, Plymouth, UK. anthony.gilbert@plymouth.ac.uk	Gilbert T. Exploring the dynamics of power: a Foucauldian analysis of care planning in learning disabilities services. Nurs Inq . 2003 Mar;10(1):37-46.
33. Nursing and Foucault	Reino Unido - Inglaterra - Faculty of Health, South Bank University, London, UK. kotechma@sbu.ac.uk	Kotechma M. Exploring nurse learner wastage/persistence using a discursive approach: towards a theoretical understanding of the subject. J Adv Nurs . 2002 Oct;40(2):210-7.
34. Nursing and Self and Foucault.	Austrália - Curtin University of Technology, Perth, Australia. kate.irving@ubht.swest.nhs.uk	Irving Kate. Governing the conduct of conduct: are restraints inevitable? J Adv Nurs . 2002 Nov;40(4):405-12.
35. Nursing and Self and Foucault.	Canada - University of Calgary, Calgary, Alberta. cmceci@ucalgary.ca	Ceci Cristine. Midnight reckonings: on a question of knowledge and nursing. Nurs Philos . 2003 Apr;4(1):61-76.

continua

conclusão

Descritor	País	Produção
36. Nursing and Self and Foucault.	Reino Unido – Inglaterra - Leeds Metropolitan University, Calverley Street, Leeds LS1 3HE, UK. a.white@lmu.ac.uk	White AK, Johnson M. Men making sense of their chest pain--niggles, doubts and denials. J Clin Nurs. 2000 Jul;9(4):534-41.
37. Nursing and technologies and Foucault.	Não identificado	Nelson S. Humanism in nursing: the emergence of the light. Nurs Inq. 1995 Mar;2(1):36-43.
38. Nursing and technologies and Self.	Austrália - School of Nursing, Family and Community Health, University of Western Sydney, Penrith, New South Wales, Australia. a.cotton@uws.edu.au	Cotton AH. Private thoughts in public spheres: issues in reflection and reflective practices in nursing. J Adv Nurs. 2001 Nov;36(4):512-9.
39. Nursing and technologies and Self.	Austrália - School of Public Health, Curtin University of Technology, GPO Box U1987, Perth, WA 6845, Australia. M.Clinton@curtin.edu.au	Clinton M, Hazelton M. Towards a Foucauldian reading of the Australian mental health nursing workforce. Int J Ment Health Nurs. 2002 Mar;11(1):18-23.
40. Nursing and technologies and Self.	Reino Unido - Inglaterra - City University, St Bartholomew School of Nursing & Midwifery, London, England, UK. apryce@city.ac.uk	Pryce A. Frequent observation: sexualities, self-surveillance, confession and the construction of the active patient. Nurs Inq. 2000 Jun;7(2):103-11.
41. Nursing and technologies and Self.	Reino Unido – Inglaterra - Department of Community and Primary Care, School of Health Studies, Homerton College Cambridge, Victoria House, Capital Park, Fulbourn, Cambridge CB1 5XA, UK. gilbert@health-homerton.ac.uk	Gilbert T. Reflective practice and clinical supervision: meticulous rituals of the confessional. J Adv Nurs. 2001 Oct;36(2):199-205.

APÊNDICE F – Diário de campo

DIÁRIO DE CAMPO. Nº.: ____	
PESQUISA: A constituição da experiência de si da/o enfermeira/o na prática assistencial mediada por tecnologias / máquinas	
CENÁRIO. DATA: __/__/__ HORÁRIO DE INICIO E FINAL DA OBSERVAÇÃO: ____ às ____ hs. LOCAL: _____ CONTEXTO E PESSOA(S) OBSERVADA(S): _____	
DESCRIÇÃO DE CASO (práticas, procedimentos, relações, discursos e narrativas contidos num caso exemplar da prática):	Notas reflexivas do pesquisador relativas ao: método, referencial teórico e considerações pessoais

APÊNDICE G – Lista dos elementos discursivos das praticas, na forma de manuais, utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Julio Muller.

Lista de dos elementos discursivos das praticas, na forma de manuais, utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Julio Muller. Junho de 2004.

1. BARAGÃO, J.; OMAIS, Walid. **Capacitação em nefrologia**: curso teórico, 27-30 de abril de 2004. 54 f. Mimeografado.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulo Hospitalar** SIH/SUS 2002.
3. GAMBRO. **AK 200 S manual do operador**: máquina de Hemodiálise. Versão do programa 3.xx. Português. (HCPT9831. Revision 01.2002. Program version 3.xx. AK 200 S Manual do Operador).
4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. Depto de Clínica Cirúrgica. **Protocolo de Nutrição Parenteral Total**.
5. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. Gerência de Enfermagem. **Cuidados gerais com equipamentos eletrônicos**. Fev. 2000.
6. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. **Manual básico de normas para procedimentos de enfermagem na área de UTI/adulto**. Cuiabá, 2003. Organizadores: João Carlos da Silveira; Hudean Elen da S. Costas; Francine Fonseca Simões; Joelma S. Couto; Maria das Graças Lino.
7. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. **Manual simplificado de coleta**. 2003.
8. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. Serviço de Nutrição Clínica. **Cuidados com o paciente em nutrição enteral**.
9. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. Unidade de coleta e transfusão. **Procedimento operacional padrão na transfusão sanguínea e reações transfusionais**. Cuiabá, 2003. (versão 1).
10. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. Unidade de coleta e transfusão. **Normas gerais para solicitação de transfusão de rotinas e emergências no HUIJM**. Cuiabá, 2003. (versão 1).
11. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER. Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Padronização de drogas**: para sedação e drogas vasoativas.

APÊNDICE H – Lista dos elementos discursivos das praticas, na forma de registros, utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Julio Muller.

Lista dos elementos discursivos das praticas, na forma de registros, utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Julio Muller. Junho de 2004.

-
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. Unidade de terapia intensiva adulto. Coordenação de Enfermagem. **Livro de ata de reuniões**. 2003. livro 1.

 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. Unidade de terapia intensiva adulto. Coordenação de Enfermagem. **Livro intercorrências administrativas UTI**. 2004. livro 1.

 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. Unidade de terapia intensiva adulto. Coordenação de Enfermagem. **Livro de intercorrências**. 2003. Livro 1

 4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER. Unidade de terapia intensiva adulto. **Livro de registro de presença sessão UTI Adulto**. 2003.

APÊNDICE I - Apresentação esquemática dos procedimentos metodológicos de pesquisa

OPERACIONALIZAÇÃO ESQUEMÁTICA DO TRABALHO DE CAMPO

Tomar as práticas como domínio de análise de formas particulares de experiência.
Experiência que relaciona campos de discurso, campos de poder, processos de
subjetivação... Todos estes campos construídos por entre histórias de verdade

O que eleger no trabalho de campo:

AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

EM SUA MATERIALIDADE DISCURSIVA E NÃO DISCURSIVA

INTRUMENTOS TÉCNICOS	FOCALIZAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Leitura do corpo documentário das práticas na UTI (na forma de manuais operacionais e de registros produzidos) <li style="padding-left: 20px;">*eleição de cenas do trabalho da/o enfermeira/o na UTI <li style="padding-left: 20px;">*eleição de registros exemplares das práticas na UTI <li style="padding-left: 20px;">*eleição dos casos dissonantes... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As praticas e seus saberes operadores ▪ As relações (de poder) entre os sujeitos das praticas - relações que conectam saber/ poder ▪ As relações do sujeito consigo mesmo – nas quais tecnologias do eu constituem a experiência de si da/o enfermeira/o

OPERACIONALIZAÇÃO ESQUEMÁTICA DA ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

PROBLEMATIZAR A EXPERIÊNCIA DE SI - ANALISAR as *condições de possibilidades* desta experiência = os *Regimes de Verdade*

- Os discursos instituidores de verdades
 - As práticas com capacidades prescritivas / tipos de normatividade (regras, normas)
 - As verdades instituidoras de modos de ser do sujeito
-

GRADES: armações teóricas destinadas a demonstrar formas, disposições, relações daquilo que foi desterrado

Como as/os enfermeiras/os descrevem as práticas? Como descrevem as relações entre os sujeitos?	<i>Os modos das práticas: como as coisas acontecem</i> descrições detidas e detalhadas...	GRADE 1: DESCRIÇÕES DAS PRÁTICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Práticas sobre o corpo: práticas de leitura do corpo e práticas de intervenção sobre o corpo. ▪ Práticas subsidiárias
---	--	---

Releitura das descrições

Mecanismos, táticas, estratégias, dispositivos de produção e mediação da experiência de si contidos na casualidade das práticas?	<i>Procedimentos contidos nas práticas</i> que constituem as coisas tal como elas se dão	GRADE 2: PROCEDIMENTOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios diários: o domínio da forma, o domínio do discurso ▪ As relações de poder entre os sujeitos
--	---	--

Releitura das descrições e procedimentos

INDAGAÇÕES	PROPOSTA: Ontologia história de nós mesmos	UNIDADES ANALÍTICAS
Nas práticas, os saberes operadores?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nas práticas diárias e saberes operadores, o desenvolvimento de competências em torno da objetividade do corpo da clínica: a enfermagem como extensão do olho e do braço médico;
Nas relações do sujeito com o outro, as conexões poder/saber?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como sujeitos do conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios diários de apreensão de uma certa linguagem...;
Nas relações do sujeito consigo mesmo, as tecnologias do eu constituindo a experiência de si?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como sujeitos que agem sobre os outros ▪ Como sujeitos morais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nas relações (de poder) entre os sujeitos das práticas se marca o lugar de si mesmo em relação ao outro; ▪ Nas práticas / saberes / poderes / relações, os dispositivos de produção e mediação da experiência do eu profissional mostram sua materialidade e descrevem que experiência de si – ser enfermeira/o, é produzida, e como é produzida

APÊNDICE J - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561

CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **a constituição da experiência de si da/o enfermeira/o na prática assistencial mediada por tecnologias / máquinas**, será realizado pela Pesquisadora **Laura Filomena Santos de Araújo** com o apoio da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso / UFMT e sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora Trevizan da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / USP e co-orientação da Prof^a. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos da Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC.

O projeto de pesquisa tem como **objetivo principal**: analisar os processos por meio dos quais se constrói e se modifica a experiência que a/o enfermeira/o tem de si mesma/o.

Os **procedimentos** que serão usados serão:

- Observação direta das/os enfermeiras/os em atividades de assistência.
- Leitura de produções / documentos, tais como protocolos assistenciais, normas, rotinas e manuais de procedimentos de uso das/os enfermeiras/os.

A pesquisa não oferecerá risco à saúde da/o trabalhadora/r, pois implica somente em observação de práticas, discursos e narrativas. Esta observação durante o processo de trabalho hospitalar será feita com a máxima discrição possível e **será respeitada a vontade da/o trabalhadora/or em participar da pesquisa através da narrativa de suas experiências**.

Os resultados da pesquisa terão benefícios indiretos aos sujeitos da pesquisa e são previstos:

- Oferecer subsídios para os estudos em enfermagem sobre identidade e poder.
- Encaminhar discussões sobre os efeitos das transformações decorrentes das inovações tecnológicas na esfera do trabalho da/o enfermeira/o sobre o modo de ser desta/e trabalhadora/r.
- Encaminhar discussões sobre as possibilidades de autonomia da/o enfermeira/o nos atuais cenários de trabalho.

Eu.....
....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa e instituições envolvidas. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que, se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura da/o participante

Assinatura da pesquisadora principal

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

Em caso de necessidade, contate com: Laura Filomena Santos de Araújo.

Telefone: (65) 644-2280. Rua D casa 3. Setor Centro Sul.
Morada do Ouro. Cuiabá / MT. CEP: 78053-174. E-mail:
laurafil@bol.com.br