



## Corpo e cuidado: um estudo etnográfico das práticas em enfermagem

Bruna Motta dos Santos<sup>1</sup>

### Resumo

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

Palavras-chave: corpo, cuidado, enfermagem, sensorialidade

### Introdução

Enquanto uma profissão que compõe a área da saúde, a Enfermagem se constituiu ao longo do seu processo de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Frequentemente apontada como a *arte* ou a *ciência* do cuidar, seus profissionais não somente mobilizam tal categoria para definirem seu ofício, mas a situam como a especificidade e essência da profissão, compreendendo um conjunto de conhecimentos, procedimentos e condutas próprias da atuação das enfermeiras e enfermeiros, visando promover o bem-estar do paciente em suas diversas dimensões. Os banhos de leito, as passagens de sonda, os cateterismos, as punções venosas e os cuidados com feridas, entre muitos outros, constituem atividades do dia-a-dia desses profissionais, compondo parte importante dos currículos das disciplinas dos cursos de graduação. Tais práticas, denominadas como técnicas de enfermagem ou tecnologias do cuidar, são empreendidas de modo sistematizado, sendo executadas de acordo

---

<sup>1</sup> Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

com uma lógica e métodos específicos para cada procedimento, através de preceitos que as regulam e ordenam, sendo fundamentados em um conhecimento particular e sujeitos à construção de uma habilidade.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a relação entre a formação profissional em enfermagem e o corpo, atentando para o modo como as práticas das enfermeiras e enfermeiros integram um processo de aprendizado no qual o corpo é o elemento central<sup>2</sup>. Para tal empreendimento, busco lançar um olhar sobre um procedimento específico, o exame físico, buscando apontar como o modo de empreendê-lo envolvia a construção de uma habilidade particular, marcada pela mobilização dos órgãos sensoriais. Baseado nos métodos e fundamentos próprios da semiologia – área dedicada ao estudo dos sinais e sintomas do corpo – e no aprendizado das semiotécnicas ou técnicas propedêuticas, o exame físico era a prática que tornava possível o acesso aos *dados objetivos* do paciente, segundo a concepção local, sendo uma forma de tornar perceptíveis indícios e manifestações dos corpos adoecidos (Carvalho da Silva *et al* 2009; Azevedo *et al* 2013). Durante este procedimento, a enfermeira mobilizaria os órgãos sensoriais do seu próprio corpo para compreender os corpos adoecidos através da aplicação das técnicas propedêuticas, compostas pela inspeção, palpação, percussão e ausculta. Tais técnicas poderiam ser executadas com o auxílio de determinados instrumentos (como o uso estetoscópio ou o termômetro) ou somente a partir do uso do corpo do profissional, mais especificamente dos seus órgãos sensoriais, como o tato, o olfato, a audição e a visão.

Para este empreendimento, partimos da etnografia realizada durante um semestre letivo com estudantes e professores da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, através da inserção nos contextos teórico e prático das disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Enfermagem I e II<sup>3</sup>, ministradas aos terceiros e quartos períodos da referida graduação. Assim, no texto que se segue, apresento as técnicas propedêuticas em sua singularidade e, em seguida, empreendo uma análise das questões apresentadas, enfatizando a

---

<sup>2</sup> O presente trabalho é parte da pesquisa de mestrado realizada pela autora, defendida em dezembro de 2020, com o título “Corpos que cuidam: uma etnografia das práticas em enfermagem”.

<sup>3</sup> O processo de formação dos estudantes durante as disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar I e II passava por duas temporalidades distintas. A primeira era a do laboratório-enfermaria, ambiente simulado que buscava reproduzir as características dos ambientes de prática efetivos, direcionada ao aprendizado e treinamento das técnicas características da enfermagem. A segunda, por sua vez, consistia no contato com os pacientes reais nos ambientes do serviço de saúde, onde realizavam as práticas em corpos humanos e no qual estabeleciam relações efetivas com o cotidiano do fazer em enfermagem.

dimensão sensorial do cuidado em enfermagem e a relação do seu aprendizado com a dimensão prática.

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

### *1. A inspeção*

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

Alguns exemplos podem ser ilustrativos. Durante a inspeção do sistema respiratório, os estudantes aprendiam a avaliar a movimentação da caixa torácica durante a respiração e, também, sua estrutura física. No primeiro caso, deveriam identificar os tipos e as frequências da respiração dos pacientes, de acordo com características como rapidez, profundidade, superficialidade e lentidão, utilizando termos como *eupneia* (respiração normal), *taquipneia* (respiração acelerada) ou *bradipneia* (respiração lenta). Ao longo da aula, a professora Aline<sup>4</sup> fazia algumas advertências, chamando os alunos a atentarem para as diferenças existentes entre cada uma das variações: “Vocês precisam aprender a diferenciar uma respiração profunda de uma respiração rápida, para observar os sinais objetivos”, dizia a professora.

Posteriormente, dedicariam a atenção às formas e contornos do tórax do paciente, seguindo determinadas classificações. Se a condição fosse de simetria, o tórax era classificado como *elíptico normal*, a partir da observação dos diâmetros de suas regiões lateral, anterior e posterior. Já as alterações seriam percebidas a partir da presença de assimetrias, abaulamentos

---

<sup>4</sup> Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

ou retrações (aumento e contração do volume, respectivamente). Nestas condições, formatos específicos do tórax poderiam ser característicos de determinadas doenças respiratórias, sendo suas formas e contornos definidos a partir do uso de metáforas, como era o caso do *tórax de tonel* (termo utilizado para designar elevações nas regiões anterior e posterior do corpo), *tórax de funil* (forma caracterizada por uma depressão na região frontal do corpo), ou o *tórax peito de pombo* (caracterizado pelo aumento do volume na região). Tais características deveriam ser observadas com o paciente imóvel, geralmente sentado ou deitado sobre o leito, enquanto o estudante se posicionaria à sua frente.

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

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

As formas, movimentos e colorações, perceptíveis através da visão, tornavam os sinais corporais inteligíveis por meio de códigos que os associavam à existência de certas patologias. Na tentativa de enfatizar a importância da construção deste olhar diferenciado, Aline chamava a atenção dos alunos para a manutenção de “um olhar clínico”, direcionado à inspeção vigilante de toda a superfície corporal, um olhar constantemente canalizado para a observação de alterações e sinais de anormalidades. Nessa perspectiva, os estudantes não deveriam apenas olhar, mas “saber enxergar” os sinais que pudessem estar associados a quadros patológicos, importantes na formulação dos cuidados em enfermagem. Para alcançar este “olhar clínico”, era importante saber diferir e identificar aspectos diversos como texturas, colorações, formas, espessuras, assim como suas incontáveis variações. Por isso, Aline advertia: “Vocês vão precisar de muita memória. Precisam aprender, estudar, memorizar para conseguir detectar”. Alcançar e partilhar da linguagem e dos códigos do grupo tornava-se fundamental, já que através do processo de formação o estudante deveria filtrar os fenômenos corporais, selecionando-os e traduzindo aspectos significativos nos temas da saúde e doença, do normal e do patológico.

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

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

Os cheiros e odores passam, assim, a compor o registro dos sinais e manifestações corporais que mais tarde ajudarão o profissional a construir o diagnóstico em enfermagem. No contexto específico das disciplinas de Fundamentos, durante a inspeção da boca no exame físico da cabeça e pescoço, as professoras explicavam aos alunos como o profissional da enfermagem poderia detectar tipos específicos de hálito, como o *hálito cetônico* (odor que remeteria a acetona), o *hálito urêmico* (com odor de urina), *hálito de maçã estragada* (ligado a complicações hepáticas) ou a *halitose* (mau hálito) causada por questões relacionadas à higiene ou infecções. Nestas avaliações, era preciso atentar-se, sobretudo, ao chamado o *odor fétido* (mau odor ou odor incomum) que, diferente do *odor característico* (comum e indicativo de normalidade), sinalizavam a existência de alterações no interior dos corpos dos pacientes.

Ao lidar com sujeitos doentes, os odores tornavam-se, assim, aspectos inerentes aos contextos de cuidado, locais reservados à experiência da doença e às suas emanações. O contato com o corpo adoecido de outro sujeito, juntamente com seus fluidos, secreções e excreções passavam a compor o cotidiano dos estudantes de enfermagem, a partir da inserção em um universo específico de cheiros e odores que necessitam de decodificação. A aquisição da sensibilidade para empreender tais discriminações passava pela formação e, sobretudo, pela prática, através da qual estes sujeitos aprendiam a servir-se do seu olfato para empreender o cuidado.

## 2. A palpação

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

Este era o caso da técnica propedêutica denominada *palpação*, uma prática que derivava da aplicação de posturas e movimentos específicos direcionados às mãos que, posicionadas em locais específicos ao longo da extensão corporal do paciente, possibilitavam o acesso tátil a regiões superficiais ou profundas do corpo humano, variando conforme a intensidade da pressão aplicada durante a ação. A palpação poderia, assim, ser realizada com a

mão espalmada, sobrepondo uma das mãos a outra, a partir da utilização das polpas digitais, com o uso do polegar e indicador em formato de pinça, com dorso dos dedos e, por último, com os dedos curvados em formato garra. Tais variações eram mobilizadas de acordo com a exigência e anatomia das regiões corporais avaliadas, permitindo, cada uma ao seu modo, tornar tangível o que estava oculto pela cobertura da pele. Desse modo, por meio da técnica era possível avaliar aspectos como mobilidade, resistência, integridade, sensibilidade e temperatura de órgãos externos, como a pele, mas também de estruturas internas, como as artérias, rins ou fígado. A palpação se constituía em uma das formas de leitura corporal operada por meio da sensibilidade tátil ou, como definiu a professora Luciana em uma das aulas: “Ela possibilita a obtenção de dados a partir do tato. Não é fácil olhar e ver, por isso tem a palpação”.

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



**Figura 1** Palpação utilizando técnica bimanual.  
Fonte: Barros (2016).

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

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

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

### 1.3 A ausculta

Nos contextos de cuidado, o corpo se constituía, ainda, em um universo ressonante, decifrado a partir da audição, sendo seus sons e ruídos internos transmutados em dados acerca da condição física do paciente. Esta ação era realizada por meio da técnica da ausculta, procedimento no qual o estudante deveria ouvir os sons produzidos pelo corpo, fazendo-o com o auxílio do estetoscópio<sup>5</sup>, que consistia em um instrumento utilizado para conduzir as sonoridades dos corpos dos pacientes até os ouvidos do profissional. Posicionando o estetoscópio em diferentes regiões do corpo, o estudante de enfermagem era ensinado a localizar as áreas específicas nas quais era possível que as sonoridades corporais fossem ouvidas, assim como identificar suas características, tornando manifestos, assim, elementos não apreensíveis pelo olfato, visão ou pelo toque.

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

Já os sons indicativos de anormalidades, eram denominados *ruídos adventícios* e, aos ouvi-los, era preciso atentar-se à sua localização, bem como seu timbre e tempo de duração. Os ruídos adventícios eram definidos como *sibilos*, compreendidos como ruídos sussurrantes e agudos, com duração mais prolongada; o *atrato pleural*, associado ao barulho de estalos e rangidos, comumente exemplificado pelas professoras como uma fricção entre dois pedaços de couro; as *crepitações grossas (bolhosos)*, caracterizadas como sons mais graves, se

---

<sup>5</sup> O estetoscópio era composto por duas hastes de metal com extremidades fabricadas em silicone que deveriam ser inseridas nos ouvidos. Conectado às hastes, havia um tubo de condução flexível, que continha em seu ápice o diafragma, um dispositivo circular que seria colocado em contato direto com o corpo do paciente.

aproximando do ruído ouvido durante o rompimento de bolhas; os *estertores finos*, compreendidos como sons agudos e de pouca duração, associados ao som produzido pela fricção de feixes de cabelo entre os dedos e, por fim, os *roncos*, sons graves e de curta duração. Nesse sentido, era comum que no decorrer das aulas as docentes aproximassem as percepções dos sons através de analogias ou, ainda, os reproduzissem através de sonoridades que se aproximassem de suas características, com a finalidade de facilitar a percepção dos estudantes. Este saber acerca das características sonoras se originava dos longos anos de prática profissional ou eram extraídas dos manuais que lhes serviam de referência, mostrando-nos como esta estratégia era bastante disseminada dentro do campo.

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

#### 4. A percussão

Como apontei anteriormente, embora o uso de determinados sentidos prevalecesse em alguns procedimentos, sua aplicação não se dava de maneira isolada, havendo uma convergência das sensorialidades na busca pelos significados das manifestações corporais. Este era o caso da percussão, a quarta e última técnica propedêutica empreendida durante os exames físicos, que consistia no ato de empregar pequenos golpes em áreas específicas do corpo do paciente, com o intuito de provocar sons e vibrações em sua superfície corporal. Ao contrário da ausculta, os sons produzidos durante a percussão eram ouvidos sem a utilização de

instrumentos adicionais e, através da percepção das características ouvidas e sentidas durante a ação, era possível tecer relações com possíveis alterações no estado físico dos pacientes. Desse modo, a percussão era uma ação que envolvia, ao mesmo tempo, tato e audição, sentidos distintos que se uniam em ações e movimentos na busca pelos sinais do corpo.

Os modos de se empreender a técnica também obedeciam a determinadas variações, podendo ser uma *percussão direta*, realizando a ação diretamente sobre o corpo do paciente; a *punho-percussão*, executada com o punho fechado; *percussão com as bordas das mãos*, realizada com os dedos unidos uns aos outros e estendidos; a *percussão por piparote*, empreendida através de petelecos suaves aplicados com uma das mãos e a *percussão digito-digital*, que se constituía na prática mais disseminada e, portanto, mais treinada nos contextos do laboratório-enfermaria. Na percussão digito-digital, o estudante era ensinado a apoiar sua mão não-dominante<sup>6</sup> sobre o corpo do paciente, enquanto os dedos indicador e médio de sua mão oposta (dominante) eram utilizados para dar leves golpes em sua mão apoiada. A partir desses movimentos, cujos gestos eram analogicamente associados às batidas de um martelo, tornava-se possível ouvir um som bastante alto que deveria ser classificado de acordo com algumas características específicas, a depender da região e condições físicas do paciente.



**Figura 2 Percussão digito-digital.**



**Figura 3 percussão piparote.**

Fonte: Barros (2016).

O exame físico do sistema respiratório era um dos momentos no qual a percussão era mobilizada, sendo empreendida a partir da técnica digito-digital aplicada na parede torácica,

---

<sup>6</sup> Os termos mão dominante e mão não dominante eram denominações usadas para ordenar os movimentos, devendo ser atribuídas às mãos direita e esquerda de acordo com as particularidades de cada sujeito, fosse ele destro ou canhoto, considerando a mão detentora de maior ou menor habilidade ou destreza.

mais especificamente nos espaços intercostais (entre os ossos das costelas). Naquela aula, um dos estudantes seria o paciente e estava sentado sobre o leito. Com a mão apoiada sobre o seu corpo, Aline explicou como os dedos – indicador e médio – deveriam fazer os movimentos da maneira correta, para que os sons fossem ouvidos com nitidez. Os dedos mantinham-se levemente flexionados e firmes durante as batidas, que se repetiam por três vezes em cada ponto de percussão. Durante a ação, as mãos eram mobilizadas através de movimentos conjugados do punho e dos dedos, como se realmente “martelassem” a superfície corporal do paciente, tal como na analogia utilizada. Embora este movimento fosse marcado pela firmeza e precisão, conservavam em si uma impressionante delicadeza.

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

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

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

fígado e baço (locais onde normalmente se percebiam os sons maciços e submaciços). Por esta razão, era importante que os estudantes atentassem não somente para os sons e suas características, mas para os sentidos e significados que lhes eram atribuídos ao serem ouvidos em diferentes regiões do corpo, para assim classificá-los nos termos do normal e do patológico.

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

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

## **2. O corpo como superfície inteligível**

Os estudos antropológicos sobre os sentidos têm buscado apontar como as questões relacionadas às percepções sensoriais não estão vinculadas à capacidade exclusivamente biológica para enxergar, tocar, cheirar, degustar ou ouvir. Ao contrário, nosso universo sensorial se constitui como uma dimensão atravessada pela cultura e seu simbolismo. Segundo Constance Classen (1997), o pressuposto fundamental para uma antropologia dos sentidos deve ser o entendimento de que a percepção sensorial se constitui como uma questão ao mesmo tempo física e social. Assim, quando tratamos da sensorialidade, não estamos apenas referindo-nos a um meio de assimilar fenômenos físicos que permeiam os ambientes que cruzamos, mas estamos lidando com mecanismos por meio dos quais valores culturais são transmitidos. Para Classen (1997), cada sociedade ou grupo social estabelece e se utiliza de domínios sensoriais específicos, instituindo ou restringindo as formas de olhar, ver, tocar, cheirar ou degustar de acordo com certos códigos sociais. Nas palavras da autora, “a visão pode estar ligada à razão ou à bruxaria, o gosto pode ser usado como uma metáfora para a

discriminação estética ou para a experiência sexual, um odor pode significar santidade ou pecado, poder político ou exclusão social”. (Classen 1997: 402, tradução nossa).

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

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

Ao lançarmos o olhar sobre as técnicas propedêuticas utilizadas durante a realização dos exames físicos, percebemos como a prática da enfermagem está munida de diferentes modalidades sensoriais e como o cuidar passa também pela construção de habilidades perceptivas intimamente associadas a um universo de cheiros, toques, sons e imagens

específicas. A partir do contato com estas técnicas, os estudantes deveriam aprender a mobilizar os órgãos sensoriais do seu próprio corpo, no intuito de identificar sinais corporais que se manifestariam em corpos outros, decifrando-os em termos do que era normal ou patológico, segundo as categorias da biomedicina que compõem o universo aqui investigado. Em outras palavras, os mais diversos fenômenos corporais deveriam ser colocados sob o crivo de uma percepção particular para, assim, serem apreendidos, discernidos e traduzidos nos termos de códigos específicos.

Logo, quando ingressavam na graduação, os estudantes de enfermagem adentravam, também, em um universo sensorial novo e desconhecido, através do qual sua percepção sensorial deveria ser reconstruída de acordo com um “modelo sensorial” particular, para usar os termos de Classen (1997). O modelo sensorial do cuidado pressupunha o conhecimento sobre uma variedade de características corporais visíveis, palpáveis, audíveis e emanáveis em cheiros e odores, uma vez que a sensorialidade só poderia ser construída levando em conta as qualidades próprias de cada região do corpo. Era necessário conhecer texturas e tamanhos característicos de cada órgão, a coloração e odores normais emitidos pelas excreções corporais e os sons regulares produzidos em regiões determinadas, para que estes dados em condição de normalidade pudessem ser diferenciados das alterações que indicassem quadros patológicos.

A construção da percepção se iniciava, dessa maneira, pela assimilação do normal, para que com base nele os estudantes reconhecessem os aspectos indicativos de anormalidade. Tal enfoque implicava que os sujeitos se direcionassem sensações particulares, que exigiam um aprendizado que os conduzissem para a seleção de determinados dados em meio a uma infinidade de outros elementos disponíveis e passíveis de decodificação. Nesta perspectiva, os sentidos se tornavam constituintes de uma sensorialidade própria de enfermeiras e enfermeiros, não se tratando somente de ver, ouvir, palpar e cheirar, mas de aprender a usar tais sensorialidades de modo específico, através de um modelamento dos sentidos destinado a um objetivo particular, o cuidado da enfermagem.

No que concerne a este ponto, Le Breton (2016) explica como a sociedade, ao estabelecer uma orientação específica sobre os sentidos, promove uma triagem, ou melhor, um filtro que apreende apenas aquilo que os sujeitos foram ensinados a assimilar ou o que foram levados a reconhecer ao mobilizá-los. Segundo o autor, a percepção consiste em uma atividade, através da qual o mundo é decodificado, transformado em familiar e compreendido. Ao

contrário de uma impressão passiva, a percepção é, nas palavras do autor, “uma atividade de conhecimento diluída na evidência ou fruto de uma reflexão. Não é o real que os homens percebem, mas imediatamente um mundo de significações”. (*Ibidem* 2016: 26). Para decifrar os elementos ao seu redor, os sujeitos desfrutam de uma escala sensorial onde se assentam as percepções e por meio do qual a cultura institui as possibilidades do que percebem, articulando um domínio sensorial específico. Segundo o autor, a percepção se constitui, em suma, como uma interpretação que, vinculada a uma condição social e cultural dos sujeitos, altera as maneiras pelas quais as coisas são percebidas de sociedade a sociedade ou dentro de uma mesma sociedade, onde existem variações culturalmente tangíveis, como é o caso do grupo de enfermagem estudado.

Assim, o corpo enfermeiro se constitui como um corpo particular, ao tornar-se decifrável através de uma sensorialidade específica. Esta sensorialidade, orientada pela detecção de dados relevantes para este grupo social, se utiliza de códigos próprios para que os elementos do mundo sejam traduzidos em termos inteligíveis. Como afirmou Le Breton (2016), a percepção é um acesso ao conhecimento, de modo que o saber sensível se torna um saber corporalmente registrado, apreendido e interiorizado por meio da educação e do hábito, operando uma expansão no universo sensorial dos sujeitos. Nesse sentido, vemos como o processo de compreensão do corpo pela enfermagem passava pela decodificação de seus aspectos sensíveis, buscando associá-los a uma significação traduzida em termos de saúde e doença, cuja interpretação estava condicionada a uma visão de mundo particular ou, nos termos nativos, ao “olhar clínico” do cuidado em enfermagem.

### **3. Corpos que aprendem, corpos que ensinam**

Para Bruno Latour (2008), “aprender a ser afetado”, consiste em um processo de aquisição corporal que acontece a partir da afetação em relação aos elementos que compõem o mundo sensível. O exemplo do kit de odores da indústria de perfumes é expressivo desse processo, pois ao adquirirem a capacidade de diferenciar tipos diversos de aromas, os sujeitos que passam pelo treinamento aprendem a ter um nariz diferenciado, ou seja, um nariz capaz de distinguir cheiros diversos que não poderiam ser assim percebidos antes do treinamento. O kit, nesse sentido, representa como que uma extensão do corpo, ou nas palavras de Latour, ele é “coextensivo ao corpo”, entendido como um treinamento para ser afetado.

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

Fugindo de uma abordagem essencialista ou substancialista, Latour nos mostra como o corpo se define e se descreve a partir da afetação. O corpo, para o autor, não se constitui em um receptáculo da alma, do pensamento ou daquilo que é universal. Ele é, sobretudo, “aquilo que deixa uma trajetória dinâmica através da qual aprendemos a registrar e a ser sensíveis àquilo de que é feito o mundo.” (*Ibidem*: 39). O processo de aquisição do corpo é um esforço que se dá de forma progressiva e que resulta na produção de um meio sensorial e de um mundo sensível. Dito de outro modo, o ato de aprender a ser afetado produz um corpo que aprende a ter uma nova percepção em termos sensíveis, além de ampliar o repertório pelo qual percebe o mundo. Quando este corpo *aprende* a ser afetado pelos elementos presentes nesse mundo, ele se torna mais definido, ou nas palavras no autor, “uma interface que vai se tornando mais descritível”. (*Ibidem*: 39).

Já para o sociólogo Pierre Bourdieu (Bourdieu 2001), a relação entre os sujeitos e o mundo é intermediada pelo *habitus*, por meio do qual o conhecimento seria apreendido pelo corpo. Nos termos que o autor o define, o conceito consiste em disposições duráveis que atuam como formadores e orientadores de práticas, gostos e perspectivas, ou seja, em um princípio de geração e estruturação das práticas dos agentes e da percepção que eles possuem acerca dessas mesmas práticas. Nesse sentido, o autor explica que os agentes sociais são possuidores de um *habitus* que se inscreve em seus corpos, por meio de experiências já vividas. Ou seja, tais esquemas de ação, percepção e apreciação se constituem como mediadores e são adquiridos através das *práticas que são incorporadas*, em um processo de interiorização e exteriorização. O *habitus* engendraria, assim, uma intencionalidade prática que se assentaria naquilo que ele denominou como *hexis*, que consiste nos modos de preservar e conduzir o corpo. Para Bourdieu, a relação que estabelecemos com o mundo é uma relação de pertença, de estar no mundo e de

possuí-lo, sendo o *habitus* a forma pela qual tornamos esse mundo inteligível e o modo como o construímos, através da maneira como nos conduzimos sobre ele. Essa relação entre corpo e ambiente, mediada pelo *habitus*, acontece duplamente, de forma estruturada e estruturante, vinculando prática e estrutura.

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

Nesse sentido, os estudantes, que ao ingressarem na graduação possuíam percepções, movimentos e posturas leigas, adquiriam uma nova corporeidade ao final do processo de formação, pautada em um conjunto de habilidades e percepções específicas. Tim Ingold (2010), ao propor uma discussão sobre os processos de aprendizagem, aponta como os conhecimentos consistiriam, sobretudo, em habilidades, entendidas como vinculadas ao conjunto de interações estabelecidas entre seres humanos com o ambiente ao seu entorno ou, em outras palavras, como uma propriedade “do campo total de relações constituído pela presença do organismo-pessoa, indissolúvelmente corpo e mente, em um ambiente ricamente estruturado”. (*Ibidem*: 353, tradução nossa). Ingold (2000) apoia-se, assim, na concepção de que a prática se constitui em um modo de usar as ferramentas e o corpo e que a habilidade, por conseguinte, estaria amparada na exigência de inserção do praticante em dado ambiente. Desse modo, tal prática não consistiria em uma ação mecânica, mas resultaria de um envolvimento atento e perceptivo do

sujeito ao longo da ação, incluindo as propriedades de cuidado, julgamento e destreza: “o movimento corporal do praticante é, ao mesmo tempo, um movimento de atenção; porque ele olha, ouve e sente, mesmo quando trabalha”. (Ingold 2010: 18).

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

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

Procurei demonstrar através de um olhar voltado às práticas da enfermagem, como o seu aprendizado estava alicerçado em uma ênfase na dimensão prática, entendida como o meio privilegiado de acessar e aperfeiçoar um conhecimento que se processa no e pelo corpo. As

professoras, enquanto condutoras do desenvolvimento de uma habilidade, eram as responsáveis pela estruturação de um ambiente físico que possibilitasse que suas experiências fossem expandidas, pelo fornecimento dos conceitos que fundamentam a prática e, sobretudo, pela orientação durante a construção de um conhecimento particular, que só poderia ser adquirido através do acúmulo de experiência, sendo para isso fundamental o estabelecimento da relação entre professores e alunos. Após a demonstração das professoras, os estudantes deveriam treinar, incessantemente, para que pudessem desenvolver suas próprias habilidades de percepção e ação. Através da inserção neste ambiente e seu conjunto de relações, os estudantes estavam dando um passo importante e decisivo no processo de se tornarem enfermeiras e enfermeiros.

### **Considerações finais**

Através da discussão da prática do exame físico, busquei demonstrar como o corpo se tornava uma superfície passível de ser compreendida a partir da tradução de visões, tatilidades, cheiros e sons em uma perspectiva particular, colocadas diante de uma sensorialidade e significações específicas. Assim, procurei demonstrar como os corpos que cuidam eram forjados em termos sensoriais, sendo os sentidos mobilizados com o intuito de dar inteligibilidade ao corpo do outro, decodificando-o e traduzindo em códigos próprios àqueles contextos. Por meio da aplicação das técnicas propedêuticas – inspeção, percussão, palpação, e ausculta –, os estudantes aprendiam a identificar os dados presentes na superfície corporal de seus pacientes e interpretá-los em suas formas, tamanhos, cores, texturas, sons e cheiros, empreendendo uma ação exploratória que só poderia se efetivar a partir de sentidos treinados, dotados de habilidade para sentir, ver, cheirar e ouvir de modo específico.

Este modo de dar significado ao mundo ou o modo particular de investigar e tornar o corpo compreensível, como nos termos aqui analisados, se configurava por uma tecnologia que não era da máquina, mas que se materializava e se concretizava nos corpos das enfermeiras, enfermeiros e estudantes de enfermagem, passando pelo uso da sensorialidade. Conforme busquei enfatizar, esta atividade implicava a inserção dos estudantes em um universo sensorial característico, que constituía o paradigma perceptivo específico do cuidado em enfermagem. Aprender a empregá-lo era parte do processo de compreensão do corpo do outro, que se tornava

tangível, mensurado e decifrado por meio de uma sensorialidade particular, um processo que se dava a partir da mobilização dos corpos daqueles que estavam aprendendo a cuidar.

## Referências

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

BOURDIEU, Pierre. 2001. “O Conhecimento pelo corpo”. In. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil. pp. 157-198.

CARVALHO DA SILVA, Carlos Magno; SABÓIA, Vera Maria & TEIXEIRA, Enéas Rangel. 2009. “O Ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas”. *Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, 3(18): 458-465.

CLASSEN, Constance. 1997. “Foundations for an Anthropology of the Senses”. *International Social Science Journal*, 49(153): 401-412.

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

HOWES, David. 1990. “Les techniques des sens”. *Anthropologie et Sociétés*, 14(2): 99–115.

HOWES, David & MARCOUX, Jean-Sébastien. 2006. “Introduction à la culture sensible”. *Anthropologie et Sociétés*, 30(3): 7–17.

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

INGOLD, Tim. 2010. “Da transmissão de representações à educação da atenção”. *Educação*, Porto Alegre, 33(1): 6-25.

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

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

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

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

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