



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Evanilda Souza de Santana Carvalho

**CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS:
representações sociais da equipe de enfermagem**

**SALVADOR
2006**

Evanilda Souza de Santana Carvalho

**CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestre na área de concentração O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Sadigursky
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR

2006

Evanilda Souza de Santana Carvalho

**CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 16 de Dezembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Dora Sadigursky _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade São Paulo

Enêde Andrade Cruz _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antonia e Expedito, pelas oportunidades criadas, apoio e contribuição para a formação do sujeito que hoje sou. Em especial à minha mãe, a primeira cuidadora com a qual pude experimentar o cuidado, além de me presentear com a vida, me ensinou a viver, sonhar e lutar.

Às minhas irmãs Eliana, Neidinha e Ane, pela presença e apoio incondicional em todos os momentos importantes de minha vida.

A Regi, meu companheiro, amigo e crítico, sempre o primeiro ouvinte de minhas tantas inquietações, pela atenção, companheirismo, compreensão e sobretudo por suas palavras de estímulo.

Meus amados filhos, Frederico e Bernardo, minha luz, razão maior de minha felicidade.

Às pessoas que vivenciaram feridas infectadas, em algum momento de suas vidas, estímulo maior desta investigação.

AGRADECIMENTOS

Este estudo é motivo e sinal de fase muito intensa de minha vida pessoal e profissional, o que me impeliu a inventar o tempo-extra de plena dedicação. Ressaltou para mim a força de uma vontade que faz transpor barreiras para o alcance de ideais. No entanto, essa conquista, compartilho com todos que contribuíram para que eu chegasse até aqui e, a eles dedico meus sinceros agradecimentos

A Deus. Impossível esquecer dAquele que, a cada viagem naquela estrada sempre estivera ao meu lado, me guiando, me iluminando em direção aos meus sonhos e me conduzindo de volta ao meu porto seguro.

À CAPES, pelo apoio financeiro na concessão de bolsa durante o período de junho a dezembro de 2005, sem o que teria sido difícil a conclusão deste estudo.

À Coordenação do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelas oportunidades criadas, apoio e condução de mais esta etapa em meu crescimento profissional.

À Prof^ª Dr^ª Dora Sadigursky minha estimada orientadora, sempre atenciosa, que apontou os caminhos necessários, estabelecendo disciplina e limites para a construção deste trabalho, e, sobretudo, pela amizade e zelo meu muito obrigado.

À Prof^ª Dr^ª Fernanda Carneiro Mussi, por suas críticas e sugestões valiosas, e pelo carinho expresso em suas doces palavras de incentivo.

À Prof^ª Dr^ª Enêde Andrade da Cruz, que ao me apresentar a Teoria das Representações Sociais, apresentou também sua paixão pela pesquisa social e me contagiou.

À Prof^ª Dr^ª Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, em primeiro lugar registro minha admiração por seu espírito científico e por suas contribuições ao cuidado de pessoas em situações especiais. Por suas considerações, disponibilidade e cuidado meticuloso na avaliação deste estudo, meu sincero agradecimento.

Às secretárias da pós-graduação, D. Edivaldina e D. Alzira, sempre disponíveis a ajudar em todos os momentos.

Às colegas Juliana, Silvone e Eliana, hoje amigas, que nas inúmeras de viagens, ouviram, compartilharam, sugeriram e contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas do Mestrado, em especial à turma do Cuidar, Simone, Juliana, Thaís e Roseane. Com vocês por perto, tudo ficava mais bonito e prazeroso.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da EEUFBA, Dr^ª Cristina Meira de Melo, Dr^ª Norma Carapiá Fagundes, Dr^ª Mirian Santos Paiva, Dr. Álvaro Pereira, Dr^ª Darci Oliveira Santa Rosa, Dr^ª Sílvia Lúcia Ferreira, Dr^ª Enilda

Rosendo do Nascimento, Dr. José Lucimar Tavares e Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes, que dedicam seus dias a defender o ensino público.

Ao estimado Professor José Jerônimo de Moraes pela criteriosa revisão da língua portuguesa, pelas palavras sábias e esclarecedoras.

À Professora Graça Maria Dultra Simões, bibliotecária da Universidade Estadual de Feira de Santana pela atenção e orientações prestadas.

Aos meus sogros D. Dete e Sr. Pinheiro, pelos preciosos cuidados aos meus pequenos Pithuco e Bimbo.

Aos amigos, estes que são eternos porque só eles são capazes de compreender as loucuras que cometemos ao perseguir nossos sonhos; meu agradecimento a Edna Araújo, Elisete Café, Vera Patrícia Nobre, Maria Goreti Freitas, Rosangela Barros, Norma Célia Almeida Lima, Andréa Sobral e Rita Góis.

Léia Barreto Del'Rey, além de colega, uma amiga, muitas vezes se sobrecarregando para que eu estivesse estudando: nunca esquecerei sua simplicidade e amizade sincera.

Aos amigos José Bonifácio Pereira da Silva, Karine Azevedo Ferreira e Kátia Freitas, pela atenção e solidariedade.

À Diretoria Geral e Coordenação de Enfermagem do HGCA na pessoa de Denise Mascarenhas, Evaní Cerqueira e Sílvia Passos, pela compreensão e oportunidades criadas.

À Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação das Unidades Básicas de Saúde e Coordenação do PACS/ PSF de Feira de Santana, pela anuência para a presente investigação.

Aos meus colegas de trabalho das Unidades de Saúde da Queimadinha, e Clínica Cirúrgica do HGCA, cujo respeito, consideração, incentivo e torcida organizada me trouxeram aqui.

Aos profissionais Enfermeiras, Técnicas e Auxiliares de Enfermagem, sujeitos deste estudo, por me permitir escutar suas crenças e conhecer suas práticas, meu respeito e eterna gratidão.

Aos usuários, que permitiram ser observados em sua privacidade nos momentos de cuidado.

Às minhas queridas e inesquecíveis Professoras da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Porque vocês acreditaram e semearam, hoje colhemos este fruto. Minha sincera gratidão.

Eu sou um homem invisível. Não, eu não sou um fantasma [...] Eu sou um homem concreto de carne e osso, fibra e líquidos - e de mim pode-se dizer até que tenho inteligência. Eu sou invisível, entenda-se simplesmente por que as pessoas recusam ver-me. Como a cabeça sem corpo [...]. Quando eles se aproximam de mim, eles vêem apenas o que me cerca, vêem eles mesmos, ou construções de sua imaginação - na realidade, tudo, exceto eu mesmo (ELLISON, 1965 apud MOSCOVICI, 2003 p.30-31)

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, com o objetivo de apreender e analisar as Representações Sociais elaboradas pelos profissionais da equipe de enfermagem que cuidam de pessoas com feridas infectadas, através da determinação do núcleo central e sistema periférico. Realizado em 3 unidades de saúde de Feira de Santana-Bahia, 2005. Foram coletadas evocações livres de 132 profissionais de enfermagem, provocadas pela expressão “Cuidar de pessoas com feridas infectadas” analisada pelo Software EVOC (Vergés, 1992). E entrevistas de 33 profissionais as quais foram submetidas à análise temática de Bardin (2000). Os resultados apontam que a estrutura das representações sociais sobre cuidar de pessoas com feridas infectadas tem como elementos centrais *dor, odor, cuidado e secreção*. O termo *cuidado* aparece com o sentido de cautela e precaução, sinalizando o receio do contágio confirmado pela presença de outros termos como *infecção, purulenta, contaminação, descuidado e sujeira*. Cognições como *apoio, carência, carente, debilitado, dependência e insegurança* constituem o sistema periférico, com conteúdos que resultam das experiências concretas da prática entre quem cuida e quem é cuidado. Para a equipe de Enfermagem o sujeito de seus cuidados é um “ser fragilizado” por dor física e psicológica, provocada pelos odores da ferida e o isolamento social. Cuidar de pessoas com feridas infectadas, para os sujeitos deste estudo, está representado por três categorias: “**Cuidar como sofrimento**”, por conviver com uma pessoa sofrida e carente de atenção, pessoa discriminada e rejeitada, uma pessoa envergonhada e constrangida, por sentir nojo e repulsa, temer o contágio, sentir-se frustrado, inseguro e impotente; “**Cuidar como obrigação**”, por cumprir papel profissional e por exigir um esforço para atender o outro. E, “**Cuidar como gratificação**”, por aliviar o sofrimento do outro, sentir-se útil e recuperar e cicatrizar a ferida. Conclui-se que, para eles cuidar dessas pessoas traz emoções ambíguas, que vão da dor à gratificação e que, embora esses profissionais identifiquem as carências dos seres cuidados, eles também são influenciados pela natureza repulsiva das feridas, demonstrando através deste estudo que o que prevalece, ao cuidar dessas pessoas, é o sofrimento.

Palavras-chave: Representações sociais, cuidar, enfermagem, feridas.

ABSTRACT

This is a quantitative and qualitative study with intent to learn and analyse the Social Representations designed by professionals of the nursing team that takes care of people with infected wounds, through the determination of the central nucleus and peripheral system. This study was carried out in 3 health units in Feira de Santana-Bahia, 2005. Spontaneous evocations were collected from 132 nursing professionals stimulated by the phrase "care of people with infected wounds" analysed by the software EVOC (Vergés, 1992) as well as interviews of 33 professionals that were submitted to Bardin's (2000) thematic analysis. The results show that the structure of the social representations as to the care of people with infected wounds, has central elements - pain, smell, care and secretion. The term "care" comes with a meaning of caution and precaution showing the fear of contamination confirmed by the presence of terms such as - infection, purulence, contamination, negligence and dirt. Cognitions such as support, privation, needy, weak, dependence and insecurity form the peripheral system with contents that result from the concrete experiences in the practice between the one who cares and the one who is cared for. For the nursing team the subject of its care is a "fragilized being" because of the physical and psychological pain caused by the smells emanating from the wound and social isolation. Taking care of people with infected wounds, for the subjects of this study is represented by three categories: "Care as suffering" due to the coliving with a person that suffers and is needy of attention is discriminated and rejected, is aslamed and uncomfortable because he/she feels repulsion, is afraid of contamination, is frustrated, insecure and impotent. "Care as an obligation" so to fulfill the professional paper and demand special effort to care for the other. And "Care as a reward" for relieving suffering, feel oneself useful and heal the wound. For them, taking care of these people brings up ambiguous emotions that range from pain to reward. Even through these professionals identify the privations of the ones being cared for, they are influenced by the repulsive nature of the wounds and show through this study that what prevails while taking care of these people is suffering.

Key words: social representation, care, nursing, wounds

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Plano de análise.....	65
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do resultado do teste de associação livre de palavras cuidando de pessoas com feridas infectadas.....	73
---	----

Quadro 2 - Visualização do núcleo central-freqüência e ordem média de palavras evocadas.....	75
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão do Núcleo Central, segundo variáveis sócio demográficas.....	71
--	----

Tabela 2 - Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão das Representações Sociais.....	72
---	----

Tabela 3 - Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas quanto ao número de unidades de registro.....	81
--	----

Tabela 4 - Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas quanto ao número de sujeitos entrevistados.....	85
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Análise das evocações através do quadro de quatro casas.....	63
---	----

Figura 2- Sinopse dos conteúdos das representações sociais da equipe de enfermagem sobre cuidar de pessoas com feridas infectadas.....	89
---	----

Figura 3 - Síntese de análise da categoria 1-Cuidar como sofrimento.....	103
Figura 4 - Síntese de análise da categoria 2- Cuidar como obrigação	105
Figura 5 - Síntese de análise da categoria 3- Cuidar com gratificação.....	109

Ficha Catalográfica

Carvalho, Evanilda Souza de Santana
C322c Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações
sociais da equipe de enfermagem / Evanilda Souza de Santana
Carvalho. – Salvador, 2005.

138 f. : il

Orientadora: Dora Sadigursky

Co-orientadora: Fernanda Carneiro Mussi

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem,
Universidade Federal da Bahia, 2005.

1. Cuidado em enfermagem. 2. Feridas. 3. Representações sociais
Enfermagem. I. Sadigursky, Dora. II. Mussi, Fernanda. III. Escola de
Enfermagem. IV. Universidade Federal da Bahia. V. Título.

CDU: 616-083

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A PESSOA COM FERIDAS INFECTADAS E A EVOLUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	17
2.1	FERIDA INFECTADA.....	17
2.2	UM RESGATE DA HISTÓRIA DO CUIDADO DE FERIDAS.....	20
2.3	O CUIDAR/CUIDADO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADOR E A PESSOA COM FERIDA INFECTADA.....	27
3	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	38
4	BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	43
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2	O CENÁRIO DO ESTUDO.....	45
4.3	UNIVERSO, AMOSTRA E SUJEITOS.....	48
4.4	APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO.....	49
4.5	COLETA DE DADOS: evocação livre, entrevista, observação	55
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	61

5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	69
5.2	A APREENSÃO DA ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	73
5.3	CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS	80
5.4	O CONHECIMENTO DO SENSO COMUM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO CUIDAR DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS.....	87
5.4.1	CATEGORIA I – CUIDAR COMO SOFRIMENTO.....	90
5.4.2	CATEGORIA II – CUIDAR COMO OBRIGAÇÃO.....	102
5.4.3	CATEGORIA III– CUIDAR COMO GRATIFICAÇÃO.....	106
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICES.....	123
	ANEXOS.....	136

1 INTRODUÇÃO

Quando aluna do Curso de Graduação em Enfermagem recordo-me que, na unidade onde exercia prática da disciplina Fundamentos de Enfermagem, havia um paciente, em particular, do qual a maioria das alunas, das enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem¹ evitavam uma aproximação. Este era um homem com complicações cirúrgicas, uma extensa deiscência de sutura, fístula entero-cutânea e estomia, e que demonstrava muita tristeza. A partir dessa percepção, um sentimento de compaixão me aproximou daquela pessoa e fez com que eu me preocupasse em prestar-lhe mais cuidados. Notei que aquele paciente, como tantos outros, em estado semelhante, era sempre o último a receber os cuidados de higiene, a refeição e a ter seus curativos realizados. Primeiro cuidava-se dos demais e, por último, do portador de ferida infectada e fétida.

Comecei a inquietar-me, ao perceber que os indivíduos que mais precisavam de cuidados eram os que menos os recebiam, por parte da enfermagem. E, esses cuidados, eram feitos muito rapidamente para “acabar logo”, pois os odores incomodavam muito os profissionais.

Depois da graduação, trabalhando como enfermeira, em uma unidade materno-infantil, observei atitudes semelhantes dos profissionais de enfermagem, com as puérperas que evoluíam com infecção da

¹ Equipe composta por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem.

ferida cirúrgica pós-cesárea, e que necessitavam de isolamento. Elas ficavam sozinhas, porque havia muita resistência para cuidar delas.

Posteriormente, tive a oportunidade de trabalhar na unidade Cirúrgica de um hospital de referência para 121 municípios circunvizinhos, que recebe uma grande demanda de pessoas com feridas infectadas como: necrose em pé diabético, erisipela bolhosa, gangrena, fascíte necrotizante e complicações cirúrgicas. Nesse contexto de atuação, também, observei repetir-se a dificuldade de aproximação dos profissionais de enfermagem e outros da área de saúde, com aqueles indivíduos. Percebia que o distanciamento dos profissionais e dos familiares e o sofrimento produzido pela ferida contribuíam para os pacientes tornarem-se apreensivos, preocupados, tristes, deprimidos, retraídos, cabisbaixos e desesperançados. Muitos deles relatavam que os profissionais pouco os visitavam e, quando o faziam eram apressados em seu contato.

Tenho, constantemente, participado de cursos e seminários cujo tema tem sido “cuidando de feridas”, ao invés de “cuidando de pessoas com feridas”. Centralizam as discussões na ação técnica do procedimento, métodos de limpeza, tipos de soluções e coberturas, ou seja, reproduz-se o modelo biomédico de assistência que prioriza as práticas centradas na ferida, no ambiente hospitalar e na cura, em detrimento de uma concepção mais holística do indivíduo. Esse fato tem me feito refletir bastante sobre o assunto, e trazido questionamentos que pretendo abordar neste estudo.

Parece natural, tanto para a enfermagem, quanto para os clientes, que, quando se tem uma ferida, deva-se procurar uma sala de curativos, espaço apropriadamente equipado para realizar procedimentos “curativos”, com o objetivo de curar a ferida. Entretanto, algumas pessoas retornam aos serviços inúmeras vezes, sem obter o efeito desejado, “a cura”, e com queixas a cerca da qualidade do relacionamento interpessoal.

Com frequência, em minha experiência, as falas das pessoas com feridas referem perda da auto-estima, medo da amputação, sofrimento pela peregrinação em busca de atendimento, desemprego, necessidade de conseguir benefícios e aposentadorias, isolamento familiar e abandono pelo parceiro. Lidar com essas questões culmina em desgaste emocional, também para o cuidador.

Diversos trabalhos sobre esse tema denotam particular interesse nas modalidades técnicas de curativos, no desenvolvimento de terapias tópicas, na validação de soluções de limpeza, desbridantes e

cicatrizantes, mas a abordagem da pessoa com uma ferida e a relação intersubjetiva com ela é pouco explorada (MONETTA, 1998; BORGES e CHIANCA, 2000; CÂNDIDO, 2001; HESS, 2002; GOGIA, 2003). Essa relação, que envolve o compartilhar de sentimentos, imagens, desejos e expectativas entre o ser cuidado e o ser cuidador, tem despertado meu interesse para explorar as crenças e valores elaboradas pelos cuidadores em relação ao cuidar de pessoas com feridas infectadas, e tem-se constituído um desafio para a minha prática profissional.

A literatura de enfermagem retrata que a realização do curativo visa cicatrizar as feridas e promover conforto físico geral (DEALEY, 1996; BORGES e CHIANCA, 2000; CÂNDIDO, 2001; SANTOS, 2000; HESS, 2002; GOGIA, 2003; YAMADA, 2003). O mercado disponibiliza vasta opção de produtos para tratamento de feridas, exigindo dos profissionais atualizações frequentes. Porém, para cuidar de pessoas com feridas, o fato de apenas conhecer os produtos e suas formas de uso, e focar os interesses comerciais, institucionais e profissionais, pode corroborar para uma assistência desumanizada. Nota-se, no cotidiano da prática da enfermeira, uma preocupação com os recursos materiais, para suprir as salas de curativos, e com o número de procedimentos para atender as exigências de produtividade da instituição de saúde. Todavia, o cuidar restrito só às ações técnico-científicas pode ocasionar um distanciamento dos profissionais em relação a sua clientela.

Concordo com Kreutz, Merighi e Gualda (2003) quando afirmam que, ao valorizar a tecnologia e privilegiar meramente a competência técnica, a enfermagem passa a conceber a pessoa como uma receptora passiva de cuidado. A questão, aqui, não é a renúncia aos méritos da racionalidade médico-científica, mas considerar os seus benefícios na preservação da saúde sem o sacrifício indevido da pessoa.

A abordagem do indivíduo com a ferida infectada exige conhecimento e habilidades que dêem conta da atenção ao corpo biológico e da consideração das demais dimensões do ser humano. Cuidar da pessoa demanda, portanto, não apenas domínio de técnicas científicas, mas de relacionamento interpessoal.

As reflexões aqui apresentadas levaram-me a definir como objeto de pesquisa as representações sociais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, e a indagar: *O que representa para a equipe de enfermagem cuidar de pessoas com feridas infectadas ?* Portanto, constituíram-se em objetivos deste estudo:

1. Aprender as representações sociais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, construídas pela equipe de enfermagem.

2. Analisar as representações sociais apreendidas dos sujeitos, a partir da importância atribuída por esses ao processo de cuidar.

Penso que este estudo poderá contribuir para o conhecimento dos valores e as crenças que influenciam os comportamentos adotados, na prática, pela equipe de enfermagem, estimulando e redirecionando reflexões sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, valorizando o relacionamento construído entre os sujeitos cuidadores e as pessoas cuidadas.

É importante considerar que os profissionais de enfermagem, inseridos nos campos de prática e que participam da formação profissional de estudantes de enfermagem, influenciam por meio de seus comportamentos, a construção pelo grupo de trabalho e pelos estudantes, “futuros cuidadores” de novas imagens, valores e significados. Conhecer, portanto, as representações sociais desses profissionais favorecerá a reflexão sobre a abordagem e implementação de conteúdos curriculares e a capacitação profissional para o cuidar/cuidado das pessoas com feridas.

2 A PESSOA COM FERIDA(S) INFECTADA(S) E A EVOLUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

2.1 FERIDA INFECTADA

A palavra ferida descreve uma ruptura nos tecidos do corpo, causada por injúria ou violência externa, e, uma vez que interrompe a integridade da pele, a ferida é considerada uma imperfeição (VAN RIJSWIJK, 2001).

Entende-se por ferida toda e qualquer lesão com perda da integridade de tecidos ou órgãos, atingindo desde o tecido epitelial, até mucosas, músculos, tendões, ossos e/ou órgãos cavitários, com prejuízo de suas funções básicas (MENECHIN et al.2002). E pode ser classificada conforme sua etiologia, o tempo de reparação e a profundidade das camadas de tecidos atingidas.

A ferida carrega uma diversidade de significados, podendo ser representada como chaga, ferimento, pústula, úlcera, ulceração e, em seu sentido figurado, pode, ainda, ser dor, amargura, mágoa, sofrimento ou injúria, afronta, agravo, desconsideração, insulto, ofensa, opróbio, ultraje (HOUAISS, 2003, p.323).

Por ferido entende-se alguém que possui ou carrega uma ferida, que está abatido, caído, derrotado, derrubado, vencido e, no sentido figurado, estar impressionado, abalado, comovido, emocionado, perturbado, ou lesionado, golpeado, machucado, magoado, ofendido, pisado. Pode, ainda, ser injuriado, ofendido ou renhido, árduo, difícil, disputado, porfiado. (HOUAISS, 2003).

Outras representações da ferida são encontradas na cultura popular; entre elas podemos citar: pereba, creca, carne podre, pé podre, referindo aos pés infectados, e escaras referindo-se às úlceras por pressão.

Por definição, a ferida pode ser ainda: algo que penaliza, estigmatiza, desgraça, deixa cicatriz.

Sobre o estigma Van Rijswijk (2001) afirma que, historicamente os indivíduos que sofreram com feridas e injúrias foram banidos da sociedade e marcados pelo resto de suas vidas. Ainda hoje, observa-se o preconceito e estigma que acompanha essas pessoas, vinculados principalmente aos aspectos repulsivos das secreções e dos odores.

A ferida infectada está relacionada à presença de agentes infecciosos locais, acrescida de reação inflamatória e morte tecidual, podendo apresentar exsudatos, secreções, excreções e odores. (STOTTS, 2000; JORGE e DANTAS, 2003).

O exsudato é um “[...] fluido composto de células e debrís celulares que escapam de um vaso sanguíneo e se depositam nos tecidos ou nas superfícies teciduais, usualmente como resultado do processo inflamatório” (UNICAMP, 2001, p.9). O odor deriva da ação bacteriana e da decomposição celular dos tecidos, que produzem substâncias aromáticas.

Tanto as feridas agudas, quanto as crônicas apresentam risco de infecção que aumenta a sujeição do paciente à bacteremia, sepsis, falência múltipla de órgãos e a óbito. A infecção ocorre quando há um desequilíbrio entre a defesa do organismo e a ação de agentes agressores (STOTTS, 2000).

A infecção da ferida é compreendida como agravamento da causa da lesão, pela associação de fatores externos ou internos do paciente, que vêm a favorecer a invasão bacteriana, destruição dos tecidos envolvidos, ampliação do tamanho e profundidade da ferida.

Na tentativa de resgatar a integridade, o organismo aciona um conjunto complexo de mecanismos fisiológicos de reparação. Quando esse processo encontra obstáculos, a cicatrização torna-se retardada e complicada. Fatores que interferem na

cicatrização podem ser tanto sistêmicos como: má nutrição, desidratação, doenças crônicas, tabagismo, imunodepressão, septicemia, idade, sexo, medicação/radioterapia/quimioterapia, neoplasia maligna, estados de choque, quanto locais: infecção, isquemia, necrose, hipotermia, pressão, força de cisalhamento, corpos estranhos, dessecação, agentes citotóxicos, extensão, déficit de higiene e incontinência (SILANE e OOT-GIROMINI, 1990; MERTZ, 1990; DEALEY, 1996; STOTTS, 2000; CÂNDIDO, 2001; HESS, 2002; GOGIA, 2003; MENEGHIN e VATTIMO, 2003).

Para Thomaz (2000, p.59) “a infecção é a causa isolada mais importante para o retardo da cicatrização”. Ao examinar os fatores gerais e locais que interferem na cicatrização, a infecção é o final comum de todas as feridas com retardo de cicatrização.

A presença da infecção retarda a cicatrização, porque provoca morte celular, impedindo a produção de colágeno e a epitelização. A morte celular (necrose) amplia a área da ferida, serve de meio de cultura para microrganismos patogênicos que, à medida que crescem, decompõe cada vez mais tecidos, produzindo odores desagradáveis e liquefação visualizada em forma de exsudatos (purulentos ou purosanguinolentos).

Afirma-se que uma ferida está infectada quando apresenta uma concentração maior que 10^5 microorganismos por grama de tecido. Na presença de infecção a síntese de colágeno sofre redução e há um aumento da lise celular, ocorrendo, também, uma competição das bactérias pelos nutrientes que seriam utilizados para a cicatrização. (MERTZ, 1990; GOGIA, 2003). No entanto algumas bactérias mais virulentas podem causar infecção com número menor de microorganismos (10^3).

A identificação da infecção faz-se por meio da observação dos sinais clínicos, tais como eritema, edema, endurecimento e fragilidade tissular, pus, hipertermia, crepitação, dor, leucocitose e neutrofilia (GOGIA, 2003; DOW, 2001; SANTOS, 2000; STOTTS, 2000; MERTZ, 1990). E, por meio do exame bacteriológico:

[...] não para provar a existência da infecção, fato que já foi comprovado pela observação clínica. Esse exame tem como objetivo identificar as bactérias que estão infectando a lesão e depois selecionar os antibióticos sistêmicos mais adequados. (FERREIRA; POLETTI; SIMÃO, 1999, p.28).

De modo geral, a abordagem terapêutica para pacientes com ferida infectada é sofrida, dolorosa e com alcance de resultados lentos, devido ao caráter invasivo das intervenções cirúrgicas, de limpeza e desbridamentos.

O fato das feridas apresentarem necrose e drenagem de secreções purulentas, muitas vezes indicam a necessidade de isolamento da pessoa, devido ao risco de infecção cruzada, na unidade de tratamento, o que limita a convivência do paciente com outras pessoas, inclusive a família.

Frequentemente, a pessoa com ferida infectada apresenta co-morbidades que acentuam sua fragilidade e dependência de cuidados, condicionando-a ao internamento hospitalar para tratamento. Sofre, também, risco de vida e, assim, vivencia a proximidade da morte o que, muitas vezes, leva à depressão.

2.2 UM RESGATE DA HISTÓRIA DO CUIDADO DE FERIDAS

O homem primitivo necessitou experimentar modos de lidar com os problemas que afetavam a sua saúde, descobrindo formas de tratamento e de cura. De acordo com Donahue (1985) que passou a observar o comportamento dos animais no enfrentamento das doenças, e percebeu que eles lambiam suas feridas para limpá-las, comiam ervas e outros vegetais que atuavam como eméticos e purgantes, imergiam suas feridas na água e realizavam outras práticas com efeitos positivos para seu bem estar. A partir dessa observação, o homem primitivo desenvolveu seus próprios métodos de cuidar/curar.

Durante o período denominado era pré-cristã, prevalecia a crença de que espíritos quase sempre malignos, que influenciavam na saúde e doença, encontravam-se nos seres animados e inanimados, e as práticas de cura mística eram executadas por curandeiros. A adoção dessas práticas por meio de rezas e rituais religiosos visavam a expulsão de demônios causadores de doenças presentes no corpo. Os métodos físicos mais empregados consistiam na utilização de substâncias de origem vegetal e mineral de sabor repugnante, uso de fezes humanas e de animais (DONAHUE, 1985; WALDOW, 1998; COLLIÉRE, 1999; KREUTZ, 1999; OGUISSO, 2005). As substâncias amargas, de sabores e odores repulsivos e que provocavam ardência também eram utilizadas nos ferimentos, para promover a cicatrização.

Em tempos primitivos, as práticas dos cuidadores, similares ao que hoje se atribui ao papel da enfermagem, variavam em cada tribo, tendo em comum a prática exercida por mulheres (mãe-esposa), permanecendo como consequência da divisão sexuada do trabalho, posto que os homens saíam para a caça em busca do alimento e proteção da tribo, enquanto a mulher ocupava-se de cuidar das crianças. Posteriormente, as mulheres estenderam esse cuidado também aos doentes, “[...] indivíduos atingidos pela enfermidade, a velhice, as lesões e outros processos incapacitantes”.(DONAHUE, 1985, p.31). A vivência freqüente com estas práticas favoreceu a mulher no desenvolvimento de um conhecimento prático/empírico no tratamento e cura de feridas e doenças, dentro de seu espaço privado.

A interdependência existente entre governo, religião, bem estar e saúde nos primeiros centros da civilização, reproduziram práticas de cura comuns aos povos primitivos, utilizando-se da magia, superstição e religião. Líderes religiosos fundamentados nas crenças e mitos religiosos, responsabilizaram-se pela cura e tratamento dos enfermos e feridos.

No século XIX, a chegada de Florence Nightingale, além de trinta e oito enfermeiras, ao hospital de base de Scutari na Turquia, contribuiu para a melhoria da assistência de cerca de três a quatro mil feridos de guerra. Ao longo de seis meses instituíram medidas sanitárias, fizeram melhorias na alimentação, vestiário, ambiente e higiene, possibilitando reduzir os índices de mortalidade de 42,7% para 2,2%. Essas conquistas demonstraram a visão ampliada de Florence no que tange ao cuidado dos portadores de feridas (DONAHUE, 1985; GEOVANINI et al 2002).

Nesse período, desenvolveu-se uma gama de coberturas para curativos de fibras vegetais tais como: “tecido de linho, a estopa feita de corda velha desfiada e penteada até ficar macia; o cânhamo era feito de fibras de linho emaranhadas e quebradas; as compressas, de linho branco raspado de um lado”[...] todos esses curativos eram lavados e reutilizados várias vezes”(DEALEY, 1996, p.9), porém eram pouco absorventes. Após as descobertas de Gangee, sobre o método de extração do óleo de algodão, os curativos tornaram-se mais retentores de líquidos (DEALEY, 1996).

Em seu livro *Notes on Nurse*², Florence Nightingale afirmava que “a cirurgia remove a bala que constitui um obstáculo à cura de um membro, mas a natureza cicatriza a ferida”. (NIGHTINGALE, 1989, p.146). Para esta, enfermeira pioneira, enquanto a medicina se ocupa em remover o obstáculo, a enfermagem deve preocupar-se em “manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele”.(1989, p.95).

Sobre as úlceras por pressão, Florence Nightingale aconselhava: “[...] quando houver algum perigo de sobrevir uma escara de decúbito, nunca deve ser colocado cobertor sob o doente. O cobertor retém umidade e atua como um cataplasma”.(ibidem). A umidade da pele consiste em um dos fatores associados ao aumento do risco para desenvolvimento de úlceras por pressão, condição conhecida, na época, por escaras.

² Notas sobre a enfermagem.

Os resultados positivos da experiência de Florence Nightingale foram difundidos pelos demais hospitais militares da época. Com a gratificação recebida por seu trabalho em Scutari, Nightingale decidiu fundar uma escola para formação de enfermeiras, utilizando o St.Thomas Hospital como campo. Entre seus opositores o cirurgião, John Flint South publicou: “No que diz respeito às enfermeiras ou assistentes de sala, estão em posição semelhante a das assistentes de hotel, e necessitam de poucos ensinamentos além da preparação de cataplasmas”.(DONAHUE, 1985, p.248).

No entanto, outros médicos como J.Henri Dunant, sensibilizado com os horrores da guerra entre Áustria e França, e, após constatar a presença de apenas dois médicos para cuidar de seis mil feridos recrutou pessoas para prover cuidados de enfermagem. Inspirado no exemplo de Florence Nihgtingale, em 1863 na Criméia, Dunant propôs a criação da Cruz Vermelha e, em 1864, os governantes de doze países celebraram a Convenção de Genebra na qual constavam os princípios para o tratamento dos feridos de guerra, a provisão de recursos humanos e materiais necessários para o atendimento dos feridos, a utilização de um emblema único – a cruz vermelha. Esse emblema tornou-se indissociável da figura da enfermeira (DONAHUE , 1985).

Segundo Donahue (1985), todos os governos concordaram em honrar as enfermeiras da Cruz Vermelha, em reconhecimento da importância de seus cuidados aos feridos de guerra. O símbolo da cruz passou então a sinalizar os uniformes de enfermeiras e materiais para a prestação de cuidados.

A relevante participação das enfermeiras no salvamento dos soldados feridos nas guerras (Revolução Americana, 1607 a 1777; Criméia, 1854 a 1856 ; Guerra de Secessão, 1861 a 1865; I Guerra Mundial, 1914 a 1918; II Guerra Mundial 1939 a 1945 ; Coréia 1950 1953; Vietnam 1961 a 1975), contribuiu para relacionar, definitivamente,

a imagem da enfermeira ao procedimento de cuidar de feridas e realizar curativos.(MELLO e COSTA, 1993).

De acordo com relatos da Guerra de Secessão, levantados pela historiadora de enfermagem Patrícia Donahue (1985, p.288), sabe-se que “as enfermeiras administravam medicamentos, se ocupavam da alimentação e bandagem das feridas”. A autora afirma, ainda, que naquela guerra, cerca de seiscentos e dezoito mil homens morreram em consequência das feridas e de doenças, e os que sofreram feridas menos graves tiveram que enfrentar as condições sanitárias inadequadas das unidades de cuidado. A septicemia, a erisipela, a gangrena e o tétano foram as complicações mais comuns entre os feridos.

Durante a primeira Guerra foram desenvolvidas soluções antissépticas com objetivo de tratar a infecção e a gangrena dos soldados (DEALEY, 1996).

A constância das guerras estimulou a expansão das escolas de enfermagem em toda Europa e América do Norte. Nas primeiras escolas norte-americanas, a exemplo do Woman’s Hospital of Philadélphia, o curso de enfermagem tinha a duração de seis meses e incluía conteúdos de cirurgia, medicina, obstetrícia, preparação de cataplasmas e gessos, nutrição, dietética e métodos de cozinha.

Para Donahue (1985), as escolas americanas tinham o objetivo de preparar as enfermeiras para cuidar dos pacientes por meio da aplicação de bandagens, e a rotina da enfermeira, nas tendas de cuidado a feridos, durante a guerra da Coréia, consistia em verificar e anotar na papeleta o pulso e a pressão arterial, transfundir sangue, aplicar penicilina nas feridas abertas, cortar as roupas e expor as feridas, identificar os casos graves e distribuir os pacientes de acordo com o tipo de tratamento que necessitavam. Entre esses, a maioria apresentava feridas torácicas, abdominais e de extremidades.

Segundo Dealey (1996), antes de 1930, os curativos das alas cirúrgicas dos hospitais eram realizados pelos médicos e estudantes de medicina. Posteriormente, o procedimento foi delegado às freiras e, mais tarde, incorporado à prática da enfermagem. A aproximação da enfermagem às pessoas com feridas concorreu para o desenvolvimento de técnicas assépticas de curativo, nas quais se evitava tocar diretamente no corpo dos pacientes.

Durante as décadas de 1930 e 1940 a enfermagem organizava tambores que continham materiais para utilização em curativos: quadrados de gaze, bolas de algodão e buchas (DEALEY, 1996). Na década de 1980, o uso dos tambores foi substituído por “kits curativo³” envoltos por papel Kraft ou campos duplos de tecido de brim e, a partir de 1980, por papel Grau cirúrgico.

Em 1980 ainda era comum o uso de medidas higienizadoras nos quartos de pacientes. Tais medidas consistiam em manter bacias contendo permanganato de potássio sob a cama das pessoas portadoras de feridas fétidas visando a redução de odores desagradáveis. Os antissépticos foram amplamente difundidos nas unidades hospitalares durante esse período, tais como o hipoclorito de sódio, iodo, polivinipirrolidona, álcool, peróxido de hidrogênio 3% (água oxigenada) e a clorohexidina.

Para a técnica de curativo recomendava-se o uso de chumaços de gaze umedecidos com antissépticos, amplamente esfregados no leito da lesão. Após o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, incorporou-se a esta prática o uso de luvas de procedimento para proteção do cuidador frente ao risco de contrair a doença.

³ composto de pinça anatômica, pinça anatômica com dente de rato, pinça pean e tentacânula; gazes e bolas de algodão (Nota da autora).

Com o surgimento das especialidades em enfermagem, como a Estomaterapia e Enfermagem Dermatológica, iniciou-se uma série de discussões nos ambientes de prática assistencial e acadêmica, voltadas para a compreensão dos processos de cicatrização e seus fatores intervenientes. O desenvolvimento dessas especialidades estimulou as enfermeiras a buscarem novas formas de cuidar dessa clientela, ampliando seu olhar, abandonando a visão restrita à ferida e buscando o cuidado integral do ser humano, um cuidado com vistas na avaliação de fatores sistêmicos que interfiram na cicatrização, tais como: nutrição, sono, repouso, uso de medicamentos, doenças crônico-degenerativas, limitação motora e neurológica, dentre outras. Com isso, a enfermagem dá um salto qualitativo para a assistência, apresenta resultados positivos no seu trabalho ganhando visibilidade na equipe multiprofissional e enriquecendo o seu corpo de conhecimentos.

Diante dos avanços da Enfermagem, percebidos pela construção, aplicação, avaliação e difusão de conhecimentos da Estomaterapia e Dermatologia, as enfermeiras substituem as antigas técnicas pela técnica da irrigação da ferida com solução salina morna, como meio de favorecer a limpeza, manter o meio termoneutro, menos traumático e menos doloroso ao paciente. As coberturas de gaze de algodão são, em algumas situações, substituídas por coberturas bioativas que interagem com a ferida promovendo a cicatrização e/ou a absorção de secreções e redução dos odores.

As abordagens mais integralizadoras e generalistas, menos centradas na ferida podem-se constituir num reflexo ou como consequência de um novo paradigma para as ciências da saúde. Esse novo paradigma, apreendido das ciências humanas, emerge como tentativa de escapar do modelo cartesiano predominante e bastante sedimentado na cultura ocidental, em busca de abordagens holísticas às pessoas com feridas.

Uma ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais; uma marca ou uma mágoa,

uma perda irreparável ou uma doença incurável. A ferida é algo que fragiliza e muitas vezes incapacita. (DANTAS, 2003, p.3).

Portanto, depreende-se dessa autora que cuidar da ferida de alguém vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo. Assim, estar atento à subjetividade da pessoa, ao enfrentamento da situação de saúde/doença, à manifestação de tristeza e medo, de atitudes de agressividade ou recusa dos cuidados, às crenças e expectativas poderá revelar dados importantes para a solução de problemas que envolve o contexto do cuidado da pessoa com a ferida. Conforme Remen (1993, p.42) “Ignorar a esfera subjetiva faz com que determinados recursos e informações muito importantes se tornem inacessíveis”. Esta autora reforça, ainda, que, ao desconsiderar a esfera subjetiva, descartamos o que há de mais humano nas pessoas a que cuidamos e em nós mesmos, por valorizarmos tudo aquilo que se expressa em números e dispensarmos aquilo que só se expressa em palavras.

2.3 O CUIDAR/CUIDADO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADOR E A PESSOA COM FERIDA INFECTADA

Ao buscar a representação da palavra cuidar, deparamo-nos com termos que redundarão numa frase do senso comum citada por Collière (1999), ou seja, significa **tomar conta de algo ou de alguém**⁴. Nos dicionários, é possível encontrar cuidar como imaginar, meditar, cogitar, julgar, supor; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; ter cuidado, fazer os preparativos; zelar, ter desvelo; prevenir-se; ter cuidado consigo mesmo. (FERREIRA,1993; XIMENES, 2000).

Pensar sobre o cuidar/cuidado conduz-nos a refletir sobre as contribuições que a prática de cuidar/cuidado pode trazer para a preservação não só do homem mas, de toda

⁴ Grifo nosso

forma de vida no planeta. Nesse sentido, o cuidar ganha uma dimensão ecológica e ética, pois

[...] desde que surge a vida que existem os cuidados, por que é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidado, por que cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie. (COLLIÉRE,1999, p.27).

À Enfermagem cabe conceber seus modelos de cuidado profissional e apreender como o cuidar é representado pelos cuidadores e por aqueles que a seus cuidadosrecorrem, e como este cuidar/cuidado tem se reproduzido na prática.

Esse interesse da Enfermagem em conceber, delimitar, explorar e compreender as facetas do cuidar/cuidado relaciona-se à necessidade de ampliação do seu corpo de conhecimentos e de confirmação da importância de seu papel dentro da sociedade. Seus estudos têm buscado explorar o cuidar sob várias perspectivas: antropológica, filosófica, psicossocial e fenomenológica (WOLFF,1996).

Mas o que vem a ser cuidar? A palavra que se origina de *cogitare-cogitatus* (latim) está vinculada à atitude de preservar, zelar, mostrar atitude de desvelo, interesse e responsabilidade (BOFF, 1999). Cuidar, então, resulta na preocupação com o outro, no respeito à sua integridade e sobretudo na preservação da dignidade humana.

Diariamente, adotamos medidas de cuidado para a preservação de nós mesmos, de outras pessoas e daqueles que prezamos. Tomamos banho e escovamos os dentes ao acordar, nos agasalhamos no frio ou vestimos roupas leves no calor, regamos as plantas que embelezam o nosso jardim, conversamos e acarinhamos nosso bicho de estimação, telefonamos e enviamos cartões e mensagens para os nossos amigos, enfim, sem esse cuidar tudo que está ao nosso redor está ameaçado, inclusive nós mesmos.

Ao tratar desse tema na Enfermagem vale ressaltar que cuidar envolve uma relação entre dois sujeitos: o ser que cuida e o que é cuidado. Desse modo, a relação do cuidar/cuidado deve ser entendida como espaço de construção intersubjetiva uma vez que envolve o simbólico e a troca de experiências entre pessoas com diversas concepções e visões de mundo.

De acordo com Oliveira e Alvarenga (1993,p.60) essas relações são complexas e compõem-se por

[...] uma verdadeira teia de relações da qual participam três elementos: o ponto de vista do profissional sobre o objeto de sua prática (suas representações); o contexto institucional onde essa prática se desenvolve e as demandas trazidas pela população atendida (suas representações).

A cada relação o cuidador e o ser cuidado re-elaboram o seu modo de ser e de estar no mundo. Nesse sentido, cuidar deve ser precedido de intenção, ou seja, quem cuida deve comprometer-se, envolver-se intencionalmente com aquele que necessita do cuidado. O envolvimento mútuo favorecerá o encontro de ações humanizadoras e emancipatórias, pelas quais é possível vislumbrar a independência do ser cuidado, a partir do momento que ambos os sujeitos participam em papéis de igual importância na busca de soluções e tomada de decisões.

Ao serem resgatadas as práticas de cuidar/cuidado primitivas, observa-se que estas evoluíram a partir da ação instintiva de preservação das mulheres/mães que cuidavam de suas crianças, doentes e idosos. Após esse período (pré-cristão), nota-se a presença de práticas do cuidar ligadas ao poder mágico-sacerdotal, exercidas por sacerdotes ou xamãs (feiticeiros). Posteriormente, o cuidar passa a ser executado por leigos, mulheres de baixo valor moral e pessoas socialmente desclassificadas (COLLIÈRE,1999; OGUISSO, 2005).

Sob influência do cristianismo, ocorre uma expansão de hospitais vinculados à igreja e à prática da caridade e bondade atrelando o cuidar ao status de sacrifício por ser exercido pelas mulheres consagradas (freiras). Nesse sentido, cuidar representa prestar um serviço a Deus e a enfermagem é uma obra de caridade, possibilitando espiar culpas e livrar-se dos pecados. Por fim, no século XIX Florence Nightingale inaugura um modelo de cuidar/cuidado marcado por uma rígida disciplina militar, realizado por damas respeitáveis da sociedade inglesa, o que lhe conferiu status profissional, já agregando também alguns conteúdos científicos. Já no séc.XX, o uso de teorias desenvolvidas pelas enfermeiras possibilita à enfermagem dar cunho científico à profissão (OGUISSO, 2005; GEOVANINI et al.2002).

Percebe-se, então, que o cuidar foi e é exercido por diversos sujeitos ao longo da trajetória histórica, sob influências de seu contexto social e sendo, prioritariamente, exercido por mulheres, mas, não exclusivamente pela Enfermagem, como por outros grupos.

Um grupo caracteriza-se por ser um conjunto de indivíduos que compartilham determinadas normas na realização de uma tarefa. A repetição rotineira dessas normas e atitudes são reveladas na estrutura e integração do eu individual e do eu grupal, conferindo ao grupo uma identidade. (BLEGER ,1991; CRUZ, 2003). Nesse sentido, os diversos profissionais da Enfermagem compõem um grupo de pessoas que interagem em torno de práticas de cuidar de outras pessoas.

Essas práticas, segundo Moscovici (2003) são introjetadas e influenciam a mente de cada um individualmente, mas não são pensadas, são, na verdade, “re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas”. Ainda para esse autor as Representações sociais (RS) “[...] são o produto de uma seqüência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações”.

Como ressalta Roach, os programas de formação das profissões da saúde, buscam qualificar a todos para cuidar, por meio de habilidades específicas, diferindo apenas na forma como cuidam.(1993 apud WALDOW,1998, p.21). No caso da enfermagem cuidar diz respeito a seu papel essencial, construído por meio da relação interpessoal, com objetivos centrados na manutenção e reparação da vida.

Vale lembrar que outras profissões têm se preocupado em discutir o cuidar: antropólogos, sociólogos, filósofos, médicos, psicólogos, arquitetos, teólogos, artistas e políticos.(LEITE SILVA, 1997). Segundo esta autora, o cuidar/cuidado está presente, também, em outras ocupações, a exemplo de cabeleireiros, massagistas, terapeutas, domésticas e todos aqueles que se associam ao papel de ajuda para a preservação da vida. No entanto, as ocupações e profissões mais conhecidas no desenvolvimento da prática do cuidar estão vinculadas à saúde.

A compreensão do cuidar pela enfermagem sensibiliza o cuidador a perceber a pessoa com ferida infectada, não como mero objeto receptor de desbridamentos e curativos, mas como um sujeito-ator, com capacidades para pensar, decidir, agir e transformar. Assim,

O outro, ser cuidado passa a ser colaborador no processo e com responsabilidades no resultado de cuidar/cuidado. Sua história de vida, sua experiência e cultura são considerados, bem como sua individualidade e desejos. O ser cuidado passa a ter uma identidade, deixa de ser objeto, sendo assim, passa a ser amado, tocado e compreendido.(WALDOW, 1998, p. 25).

Um dos desdobramentos da concepção holística do cuidar é ouvir o ser cuidado, torná-lo participativo, valorizar suas crenças, sua visão de mundo. Prestar cuidados que sejam capazes de melhorar o corpo biológico e as demais dimensões do ser humano contribuirá para um indivíduo mais pleno, participativo e não um mero receptor de

curativos. Ao envolver o ser cuidado no processo de cuidar/cuidado é possível estabelecer uma relação de troca, na qual aquele, por sua vez, ao participar do seu próprio cuidado, sente-se valorizado e comprometido com sua melhora.

Discutir o cuidar com o ser cuidado colabora para que a enfermagem assuma uma atitude ético-humanística, considerando a afirmativa de Bonin de que “[...] apesar do indivíduo ser concebido como o produto da história e da cultura, é também um ser intencional e criativo, em constante transformação [...]”.(1998, p.60). Desse modo, a relação passa a ser marcada pelo envolvimento, compromisso e responsabilidade, na medida em que a enfermagem preocupa-se com o que o outro pensa, sente e deseja. O cuidado torna-se, então, um espaço de crescimento mútuo.

Segundo Waldow (1992), para cuidar, a enfermagem deve levar em consideração as particularidades de cada indivíduo, reforçando o comportamento de auto-cuidado, visando não somente a cura de doenças, mas o estímulo à busca pela liberdade e plenitude como ser humano.

A prática de cuidar, elaborada e construída em grupo, neste caso a equipe de enfermagem, encontra-se alicerçada na cultura, valores e crenças de quem a vivencia, sendo modificável por seus sujeitos ao compartilharem suas idéias em espaço comum. Em outras palavras, a forma como cuidamos serve de incentivo, para quem é cuidado ou para quem nos observa, a adotar semelhantes práticas. Portanto, se adotarmos modos de cuidar mecânicos, condicionados pela obediência às normas rígidas e com pouco interesse no ser humano estaremos abortando a possibilidade de formarmos e transformarmos-nos em cuidadores mais criativos, sensíveis e solidários.

Considerando que as RS do cuidar de pessoas resultam de práticas socialmente construídas, não podem ser compreendidas isoladas das condições do meio que as delineiam. Conhecer o contexto permite elucidar as condições de produção, circulação,

funções e transformação das RS.(SPINK, 2004). Os ambientes de atuação da Enfermagem, pela sua própria dinâmica, são marcados pela frieza das relações e pouco contato humano.(WALDOW, 2004). Paradoxalmente, o cenário da assistência deveria resgatar o ser humano através do cuidar em seu sentido ético e humano, no entanto está mais compatível com atitudes do não-cuidado, carecendo de transformação.

Para que continuemos a existir e a cuidar do outro, torna-se imprescindível cuidar de nós mesmos e de nossas relações. É na relação que se dá a troca de experiências, imagens, sentimentos, afetos, comportamentos e valores, a qual constitui oportunidade para a re-criação, disseminação e transformação dessas práticas de cuidar, mediadas pela comunicação e influenciadas por seu contexto. (MOSCOVICI, 2003; CRUZ,2003; SPINK,2004).

É preciso ampliar a visão para entender que o cuidar está voltado para todos os sujeitos em sua integralidade, e não apenas para aqueles cuja saúde encontra-se ameaçada, pois esta concepção, dentro da qual fomos condicionados, está centrada no modelo biomédico e na fragmentação do sujeito em partes. Esse sujeito, considerado a máquina de produzir bens e riquezas, que só tem valor quando está íntegro e produtivo e, por isso, nos preocupamos apenas em consertar a parte deficiente, que atrapalha o funcionamento do corpo. Ampliar essa visão para o alcance da representação do homem em sua totalidade e de sua família, em seu contexto social, é o desafio para todos os cuidadores de Enfermagem.

Ao reproduzir o reducionismo da biologia moderna, a medicina aderiu à divisão cartesiana, negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, conforme assegura Capra (1992). Tais padrões influenciaram a enfermagem por estar historicamente atrelada às práticas médicas de cura. No entanto, somente isso não é mais admissível nos dias de hoje. Sob influência do cartesianismo, a abordagem do

cuidado das pessoas com feridas está permeada por uma cultura tecnicista, fomentada pelas recentes descobertas a cerca do processo cicatricial e das terapias tópicas desenvolvidas pela indústria para o tratamento de feridas.

O advento de novas tecnologias para tratamento de feridas trouxe inquestionáveis benefícios para os usuários e seus cuidadores, tais como conforto por eliminação de odores, segurança, melhora da auto-imagem e auto-estima, redução do número de trocas de curativos, e do risco de trauma da ferida e da dor, além de diminuir o tempo gasto com procedimentos, que pode ser reservado para a interação entre as pessoas. Cabe agora à enfermagem aliar todos esses benefícios tecnológicos aos aspectos humanos do cuidado, por que “o processo de cuidar de pacientes com feridas agudas e crônicas é muito mais amplo, científico e interdisciplinar do que cuidar de feridas”. (SANTOS, 2000, p.303).

Ayello (2003, apud MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003, p.8) , adverte os profissionais para mitos e crenças incorporados ao cotidiano e que são utilizados como argumentos para a adoção de condutas; Ele ressalta que os profissionais podem ser influenciados a adotar novos recursos da tecnologia como “**substitutos do cuidado**”⁵. Valores como esses podem contribuir para uma abordagem do cliente pouco eficaz e desumana. Destaco que minha posição não é contrária ao uso das tecnologias para o tratamento de pessoas com feridas, mas contra o modo como elas estão sendo utilizadas na prática, de modo a acreditar-se que as novas terapias tópicas podem solucionar todos os problemas que envolvem a pessoa e sua ferida.

De acordo com Cruz (2003) e Jodelet (2005) é na comunicação que as trocas de experiências dirigem as formas de agir. Acredito que pensar a tecnologia como substituta do cuidado incorpora-se às práticas de cuidar a partir das trocas de informações ocorridas entre os grupos durante as atualizações, cursos e treinamentos

⁵ Grifo nosso

dirigidos à propagação do consumo de produtos, quase sempre promovidos pela indústria de coberturas. Pouca ou nenhuma ênfase é dada à discussão do custo-benefício dessas tecnologias, de alternativas para torná-las acessíveis à maioria da população, e ao relacionamento interpessoal, bem como dos limites impostos pela individualidade dos sujeitos envolvidos no cuidado.

Pereira e Galperin (1995, p.139) abordam o cuidado como “a história compartilhada por alguém que permite ao outro participar da experiência através de pequenas doses de envolvimento pessoal, familiarizando-se com sentimentos situados fora de sua própria experiência pessoal”.

Entendo cuidar como um ato que se faz através de um partilhar contínuo, por envolver sentimentos, percepções e valores de ambas as partes – cuidador e ser cuidado, essa relação promove uma mudança em quem cuida e naquele que é cuidado. Segundo Watson (1998 apud WALDOW, 1998, p.165) “A arte da enfermagem inclui a disponibilidade em receber o outro ser, em compreender sua experiência e em expressar isso, permitindo que o outro também expresse seus sentimentos”. Nessa perspectiva, observa-se, e é real, o fato de que as representações daqueles que cuidam de pessoas com lesões infectadas, seja em hospitais ou domicílios, tais como: raiva, repulsa, depressão, medo de contágio e piedade têm influenciado o processo do cuidar/cuidado (DOMANSKI, 1999 apud MAGALHÃES, 2001, p.1).

O momento de prestação de cuidados à pessoa com ferida infectada possibilita a interação e percepção de elementos não verbais que podem significar necessidades de ajuda e intervenção de enfermagem. Não é raro perceber, ao realizar o curativo, que a pessoa cuidada cobre a face ou adota uma postura encurvada para não ver a ferida, denotando um sujeito frágil e carente de atenção.

O tratamento de pessoas com ferida infectada demanda prolongado tempo de acompanhamento ambulatorial ou hospitalar. Para Magalhães (2001), esse período é importante por proporcionar a

construção de atitudes e vínculos entre os pacientes, enfermeiros e equipe, que decorrem da constante permanência destes profissionais na prestação de cuidados. Constitui-se, então, um espaço rico para a intersubjetividade entre cuidador e ser cuidado, com possibilidades de construção de um cuidado integral, humanizado, comprometido com a emancipação do indivíduo com vistas ao seu auto-cuidado. Nesse interim, ocorre a construção das RS consideradas

[...] uma visão funcional do mundo, que por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade. (ABRIC, 2000, p.28).

Ao cuidar da pessoa com ferida infectada, a equipe de enfermagem tem a oportunidade de desenvolver um novo olhar, de inteireza, sobre o ser humano que recorre a seus cuidados. Assim, abandonar a prática reducionista permitir-lhe-á perceber o outro em sua totalidade, resgatando a noção do ser humano em sua complexidade.

No entanto, esse profissional que cuida de pessoas com feridas também sofre impacto, lançando mão de mecanismos de defesa, como tornar-se frio para evitar tocar em suas próprias “feridas”, em consequência de um convívio diário do profissional com:

[...] um ser humano especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto no corpo quanto na alma. A auto estima destrocada, a dura e prolongada recuperação e a perspectiva das complicações e seqüelas são fantasmas que, geralmente acompanham o tratamento desse tipo de doente. (DANTAS FILHO; 2003, p. 9).

Cuidar de pessoas com feridas infectadas pode ser marcado por sentimento de medo por parte da equipe de enfermagem. Os profissionais temem contaminar-se, além de ter que enfrentar a fragilidade do ser humano que porta uma ferida infectada. Desse modo, cuidar deles representa conviver com pessoas em sofrimento, o que mobiliza sentimentos de medo e provoca no profissional uma reflexão perante a condição humana (CARVALHO E SADIGURSKY , 2004).

Situações de saúde/doença, que modificam a integridade da pele podem gerar alterações na auto-imagem, ou seja, modificar o modo como o indivíduo vê a si mesmo, assim como podem, ainda, motivar sentimentos negativos e auto-depreciativos.

Para Sapountzi-Krepia et al. (2001 apud SILVA e SILVA, 2002) as reações às modificações do corpo físico são influenciadas pelo tipo de tratamento, os valores, a família e cultura da pessoa. Segundo esses autores “[...] os pacientes respondem às perdas de modo pessoal e a família, amigos e, principalmente, os profissionais da saúde podem ajudá-los a aceitar essa imagem do corpo, agora modificada”.(p.77). Desse modo, as abordagens normativas, padronizadas estão centradas na ferida, não atingem o indivíduo que é singular em sua dor e em sua resposta à perda de integridade do corpo, apenas o reduz ao padrão esperado de uma doença específica, num esquema de causa e efeito.

É preciso que os profissionais estejam atentos para não se aterem somente ao que assegura os protocolos, as normas, sob risco de tornar o cuidado cada vez mais mecânico, mas, através de seu olhar sensível, atingir não apenas o fragmento do corpo lesado, e sim um ser humano completo e que sofre.

A tendência de representar a pessoa como retrato de sua doença está presente nas práticas de saúde da atualidade. Para Remen, ao chamarmos as pessoas que cuidamos, por um número de leito ou pelo nome da doença, pode parecer inofensivo, partindo de cuidadores ocupados tentando ser eficientes a priori. Embora essa autora tenha discutido esses aspectos há cerca de dez anos, essa prática ainda é hábito cristalizado e depende do senso comum, refletido na linguagem do cotidiano: “*Vamos admitir um pé diabético*”, “*Prepara material para o curativo da fasceíte*”, “*A erisipela do quarto 112 precisa de dois curativos ao dia*”. Essa visão tem alicerçado e

justificado, até agora, as ações de cuidar/cuidado nas unidades de saúde. (REMEN,1993, p.24).

Cada pessoa reage à ferida de uma maneira particular, individual, ímpar. Ao adotarmos o uso de rótulos, desconsideramos essa individualidade e fingimos para nós mesmos que já sabemos “tudo” sobre a quem chamamos de “erisipela”. Quando nos envolvemos em um relacionamento de cuidar/cuidado, o sujeito passa a representar uma pessoa importante para nós e, por isso, deveremos estar atentos para proporcionar um ambiente adequado para o seu cuidado e observar as reações emocionais desse ser humano que se apresenta com uma ferida, apreendendo, antes de tudo, que essa pessoa humana é singular.

Considerando as repercussões que a ferida tem no estado psicológico da pessoa, visto que sua ocorrência afeta a auto-estima, a auto-imagem e qualidade de vida, e por acreditar que as crenças dos cuidadores influenciam o modo como se relacionam com sua clientela, fazem-se necessários, estudos que contribuam para apreender essas crenças, com vistas a incorporar novos conteúdos para a adoção de uma representação ético-humanística do cuidado a ser prestado às pessoas com feridas infectadas.

3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das Representações Sociais foi elaborada por Serge Moscovici através de investigações empíricas e elaborações teóricas sobre o conceito de representação, publicada em 1961 na sua tese *La psychanalyse, son image et son public*⁶, cujo objetivo era identificar e analisar o que ocorria quando um novo campo de conhecimento era disseminado em uma dada população, neste caso a Psicanálise (FARR, 1995).

Assim, a teoria das Representações Sociais tem sido utilizada, em vários estudos no campo da saúde, por diversos pesquisadores com o objetivo de apreender a realidade vivida por trabalhadores e usuários dos serviços, contribuindo para a compreensão dos elementos subjetivos da relação entre cuidador e ser cuidado.

Nesse sentido, as representações da equipe de enfermagem, a cerca do cuidar de portadores de feridas infectadas, constituem-se fenômenos sociais que, embora apreendidos individualmente, devem ser compreendidos no seu ambiente de elaboração, expondo a visão da enfermagem sobre o seu cuidar.

A Representação Social refere-se a uma forma específica de conhecimento, no qual ressalta o construído no senso comum, a partir do vivido no cotidiano dos sujeitos, elaborado nas relações sociais,

⁶ A psicanálise, sua imagem e seu público.

condicionando a forma de agir e pensar deles sobre a realidade percebida. É considerada como fator importante na elaboração de condutas, na conformação e justificação de comportamentos adotados, e se estabelece mediada pela linguagem (ARRUDA,1983; SPINK,1993; FERNANDES et al, 2002).

A representação consiste numa organização para a ação, por conduzir à adoção de comportamentos e por alterar ou reconstituir os elementos do contexto em que o comportamento deve existir. As RS são, assim, modificáveis à medida em que novos processos de comunicação, entre os sujeitos, favorecem a emergência de novos conceitos e fenômenos.

Portanto, as RS “[...] são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente”.(JOVCHELOVITCH, 1998, p.74). Constitui-se num espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: o domínio da vida comum, o espaço público (FERNANDES et al, 2002).

As representações estruturam-se mediante os processos de objetivação e ancoragem. A objetivação está diretamente relacionada com a constituição formal do conhecimento por meio de imagens e símbolos que transcendem o nível simbólico e abstrato, passando a operar como algo concreto e real. Para Arruda (1983, p.10) a objetivação “é o processo que dá materialidade às idéias (abstratas) tornando-as objetivas, concretas e palpáveis”.

A autora afirma que a ancoragem está relacionada à interpretação do sujeito sobre uma dada realidade, pois “a partir de nossa bagagem racional, com seus conhecimentos, e também de nossa experiência anterior à inserção social, ancoraremos o ‘objeto não identificado’ no caos do nosso universo de idéias, transformando o que nos é desconhecido em algo familiar”.(1983, p.10).

Assim, a objetivação e a ancoragem são referidas como formas específicas, em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo a produção simbólica para um nível quase material, dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social. Objetivar é, portanto, congrega significados diferentes; ao assim fazer, os sujeitos sociais ancoram o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada (JODELET, 1989).

Moscovici (1978) declara que as RS, por serem compartilhadas socialmente, compreendem fenômenos psicossociais e atendem às funções de: elaborar condutas, o que permite compreender e explicar a realidade, transmitir e difundir o saber, e orientar as comunicações sociais, guiando os comportamentos e a prática.

Além dessas funções foram identificadas por Abric (2000). Segundo esse autor, as RS se desdobram em quatro funções importantes na construção das relações e práticas sociais: a função de *saber* conduz os sujeitos a adquirirem conhecimentos e agrega-os em um ambiente capaz de absorvê-los e compreendê-los, estando em harmonia com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais se somam, favorecendo, portanto, a compreensão e explicação da realidade, por constituir-se em um saber prático; função *identitária*, através da qual os sujeitos se identificam dentro de um grupo social, mediante a elaboração de normas e valores compartilhados; função de *orientação*, refere-se à propriedade que as RS tem de produzir comportamentos, servindo como uma espécie de guia adotado pelos sujeitos para conduzir, referenciar suas condutas e práticas frente às situações ou fatos; e a função *justificadora* que permite justificar os comportamentos adotados. “[...] elas intervêm também na avaliação da ação, permitindo aos atores explicar e justificar suas condutas em uma situação ou face a seus parceiros”. (ABRIC, 2000, p.28-30).

As Representações Sociais são compostas por um duplo sistema: o núcleo central e o sistema periférico.

O Núcleo Central é determinado por influências sócio-históricas, refere-se à parte mais estável da representação, resiste a mudanças e independe do contexto imediato. Está relacionado ao contexto geral determinante das normas e valores dos indivíduos e grupos. Já o Sistema Periférico está associado aos determinantes imediatos do contexto em que os sujeitos se encontram. Esse sistema permite a inserção de novos conteúdos, comportamentos e práticas a partir das experiências do cotidiano (ABRIC, 2000, p.30-31).

Como o trabalho da Enfermagem se processa em ambientes onde a interação torna-se ferramenta essencial na construção do cuidado, o cotidiano do grupo é permeado por valores e crenças construídas na intersubjetividade desses sujeitos, emergindo, desse contexto, um conhecimento peculiar e comum aos indivíduos que o compõem.

Vale salientar que, apesar das representações se cristalizarem, elas não são imutáveis, pois, por meio de influências sociais, elas sofrem modificações são re-estruturadas. Elas são, também, estruturantes, uma vez que dão significado à realidade e incorporam, numa rede de significados, aquilo que é estranho (SPINK, 1993). Diante dessa construção dinâmica, novos significados, informações e imagens se incorporam ao conhecimento (cristalizado-ancorado), permitindo re-elaborar o conhecimento de um grupo, através das trocas na comunicação.

Acredito que as pessoas com feridas, bem como as que cuidam delas, estão cercadas de estereótipos dentro dos próprios espaços de cuidado, e a Teoria das Representações sociais favoreceu a exploração de tais conteúdos que se encontram cristalizadas na prática da Enfermagem, a partir do que seus sujeitos comunicam e evocam.

No ambiente social do cuidado é possível observar e apreender sentimentos, atitudes e palavras que expressam as imagens guardadas na memória dos profissionais, imagens essas construídas a cerca do sujeito de sua prática, a cerca de si mesmos e sobre seu ambiente de trabalho. Conhecer as RS de um grupo permite acessar conteúdos a cerca de suas necessidades.

Um estudo de representações exige que os sujeitos da pesquisa relatem informações advindas de sua experiência a cerca do objeto sujeito estudado. Neste estudo o objeto - Cuidando de pessoas com feridas infectadas - é representado por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, considerando a estreita relação desses com o referido “objeto”.

As RS dos profissionais de enfermagem podem influenciar diretamente na qualidade da atenção dada aos usuários, considerando que são as RS responsáveis pela escolha das atitudes que representam socialmente a identidade do grupo e sua prática de cuidar.

4 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo exploratório, utilizei uma abordagem multimetodológica, considerando aspectos quantitativos e qualitativos, fundamentados na Teoria das Representações Sociais (RS), com análise da estrutura do seu Núcleo Central (NC), valorizando o conteúdo dos discursos e as cognições apreendidas pela técnica de evocação livre de palavras.

Optei pelo caminho metodológico aqui descrito por tratar-se de um objeto complexo, que reflete as minhas inquietações de enfermeira, professora e pesquisadora que cuida de pessoas e ensina parceiros da equipe de enfermagem a cuidar de pessoas

Uma abordagem multimétodo justifica-se à medida que permite o acesso de ampla amostra, variadas interações do indivíduo com o seu meio ambiente, assim como a análise conjunta, que permite contemplar e comparar os significados atribuídos conscientemente às suas comunicações, como forma de inquirir até que ponto a elaboração do pensamento inconsciente encontra-se relacionada com a elaboração do pensamento cognitivo (COUTINHO, 2001 apud SALES 2004, p.74).

Este estudo viabiliza a tradução do conhecimento do senso comum de um grupo que vive e constrói seu mundo objetivo (a prática de cuidar de pessoas com feridas infectadas) a partir de seu mundo subjetivo (suas crenças/significados/concepções de cuidar de pessoas com feridas infectadas). Possibilita, ainda, conhecer o mundo simbólico construído por esses sujeitos dentro do mundo real do cuidado, lembrando que esses mundos indissociáveis não estão prontos mas em constante mudança, pois a cada aproximação, cada comunicação, cada troca favorece a mobilidade das imagens e a re-elaboração dos significados, na relação sujeito-contexto e sujeito/sujeito.

De acordo com Polit e Hungler (2004), o estudo qualitativo em geral é descritivo, preocupa-se com os indivíduos em seu ambiente natural em todas as suas complexidades, e baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus atores.

Para Richardson et al. (1985), a pesquisa qualitativa possibilita a compreensão das características e significados de situações vivenciadas num determinado contexto, a partir da descrição das diferentes formas de percepção dos sujeitos investigados e dos problemas ou das situações que a eles se apresentam em seu cotidiano.

Por ser esta uma pesquisa também qualitativa, preocupou-se com o processo e não simplesmente com os seus resultados, com o campo, como o ponto de partida para as análises a serem realizadas, e, especialmente, com o significado do objeto em estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Fundamentei este estudo nos pressupostos teórico-metodológicos das Representações Sociais de Moscovici, por “[...] se constituir uma oportunidade de compreender a versão de um segmento particular sobre a realidade percebida” (RODRIGUES, 1999, p.45-46), neste caso, o segmento da enfermagem. E, para melhor compreensão, analisou-se a estrutura da Representação Social com base na Teoria do Núcleo Central de Abric, por considerar que “toda representação está organizada em torno de um núcleo central (...), que determina, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna”(ABRIC, 1994, p.73 apud SÁ, 1996, p.67).

A escolha pela teoria Moscovicianiana surgiu do interesse em apreender como o conhecimento, as crenças e os valores são representados pelos membros da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas com feridas infectadas, justificada pelo fato desse conhecimento ser construído no ambiente social do hospital e da unidade de saúde.

Deu-se, a opção feita, também, por considerar que, para as pessoas com feridas infectadas, as RS exercem importante influência no modo como os profissionais de enfermagem praticam o cuidado. E por minha visão de mundo, fundamentada na importância do sujeito para a edificação e transformação de seu próprio mundo, o que vem contribuir com a construção de um conhecimento ainda pouco explorado.

No que se refere à parte quantitativa, justificou-se por permitir apreender os aspectos do Núcleo central das Representações Sociais da equipe de enfermagem de modo a enriquecer e aprofundar a análise na exploração do fenômeno aqui estudado.

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

A cidade de Feira de Santana, importante centro regional do Estado da Bahia, localiza-se a 110 km da capital, Salvador, possui uma área de 1.363 km² e população estimada em 519.173 habitantes, sendo em sua maioria adultos jovens, a segunda cidade mais populosa do Estado (IBGE, 2004). Destaca-se por sua atividade comercial e agropecuária. Por estar geograficamente situada em importante entroncamento

rodoviário que liga norte e sul do país através das BR324, BR 201 e BR116, atrai a migração de pessoas em busca de melhores oportunidades de trabalho e de vida.

Dispõe de três escolas de enfermagem de nível superior, sendo uma pública e duas privadas, e três escolas privadas de nível médio. Encontra -se na Gestão Plena do processo de municipalização da saúde. Sua rede de serviços de saúde constitui-se de 3 Hospitais Gerais Públicos, 19 Unidades Básicas de Saúde e 83 Unidades de Saúde da Família, além da rede complementar de serviços privados conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Desse universo foram escolhidas três organizações de saúde para campo de pesquisa: O Hospital Geral Clériston Andrade, as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde .

Os locais referidos foram escolhidos como campo de estudo por possuírem um significativo número de profissionais de enfermagem e, principalmente, por receberem a maior demanda de pessoas com feridas infectadas da região.

O Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) é referência em assistência de alta e média complexidade para a cidade de Feira de Santana e para 121 municípios circunvizinhos. Classificado como hospital geral de médio porte, presta atendimento de urgência e emergência. Possui 192 leitos, sendo 44 destinados à Clínica Médica, 44 Cirúrgicos, 5 de Terapia Intensiva, 8 Neonatal, 30 de Pediatria e 30 de Maternidade. O setor de emergência atende as especialidades de cirurgia geral, ortopedia, angiologia, pediatria, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica. Este hospital é utilizado como campo de prática para as diversas escolas de enfermagem locais e dos municípios vizinhos. Os usuários advindos das mais variadas localidades e camadas sociais têm acesso aos serviços do hospital chegando em carros particulares ou ambulâncias de seus

municípios e, quando provenientes de Feira de Santana, chegam também por meio do corpo de bombeiros e do Serviço Médico de Urgência (SAMU).

Em seu quadro funcional existem 80 enfermeiras dentre estas 3 são mestras, 5 estão cursando o mestrado, 20 são especialistas e as demais graduadas. As enfermeiras, com mais de cinco anos de serviço naquela unidade hospitalar, foram selecionadas por concurso e as mais recentes possuem contrato de trabalho provisório, que varia de um a três anos. Parte delas atua em escalas fixas, nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta feira, e responde pela assistência e gerência das unidades de alocação. As demais trabalham em escala de 12 horas e 24 horas, estando no hospital cerca de 10 vezes e 4 a 6 vezes por mês, respectivamente.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem representam o maior número dos profissionais de saúde, tanto no HGCA quanto nas demais instituições; embora considerado, ainda, um número insuficiente, para garantir um cuidado integral, representam a maior força de trabalho nesses contextos. No hospital, escalas de serviços são mixtas, divididas entre períodos diurno e noturno. No HGCA, do total de 306 profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) 205 pertencem ao quadro efetivo e 101 ao regime de contrato de trabalho temporário. Sua atuação consiste em prestar assistência de enfermagem direta às pessoas incluindo cuidados na alimentação, mobilização, higiene, administração de medicações, curativos, preparo e encaminhamento para exames, dentre outros serviços.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi introduzido como estratégia para reorganização da atenção básica à saúde, no Brasil, no ano de 1994. Em Feira de Santana foram implantadas 66 Unidades de Saúde da Família (USF). Até o ano de 2004, contava-se com 72 equipes, cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários (ACS). O PSF possui uma

Coordenação Geral e supervisão, composta por 5 enfermeiras. Os profissionais são selecionados por intermédio de uma Cooperativa, e não possuem nenhum vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde, assim como direitos trabalhistas, a exemplo de férias, 13º salário, licença saúde ou maternidade. A carga horária diária de trabalho é de 8 horas e as unidades não funcionam em finais de semana, feriados e no período noturno.

As Unidades Básicas de Saúde foram as primeiras unidades implantadas no município no período antecedente à reforma sanitária. Funcionam baseadas no modelo biomédico e de vigilância à saúde e atendem à demanda espontânea da população que busca serviços. Nelas, não há trabalho organizado de equipe, mas diversos profissionais entre médicos, enfermeiros, nutricionista, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuam individualmente no cumprimento de tarefas determinadas pelas respectivas coordenações da Secretaria de Saúde, em escalas diárias de 6 horas. A sala de curativo compõe a estrutura física de todas as unidades de saúde do município, e as atividades desenvolvidas nessas salas são frequentemente realizadas pelas técnicas e/ou auxiliares de enfermagem.

No contexto das USF e UBS a enfermeira realiza consultas individuais, palestras, visitas domiciliares, além de administrar os recursos e o funcionamento da unidade, enquanto as técnicas e auxiliares de Enfermagem aplicam vacinas, fazem curativos, nebulizações, preparam material para esterilização, auxiliam o médico nas consultas e exames ginecológicos, dentre outras atividades.

4.3 UNIVERSO, AMOSTRA E SUJEITOS

Como universo ou população de estudo considerei todos os profissionais de enfermagem: enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem que, por ocasião da coleta de dados, atuavam no cuidado às pessoas com feridas infectadas nas unidades de Ambulatório, Clínica Cirúrgica, UTI e Emergência do Hospital Geral Clériston Andrade, nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, totalizando 309 sujeitos. Desse universo desconsiderei os profissionais em licenças, férias e finalização de contratos temporários.

Inicialmente utilizei uma amostra de 154 profissionais; desses excluí 22 sujeitos: aqueles que participaram do teste para validação do instrumento de coleta de dados, os que preencheram de modo incompleto as características sócio-demográficas no referido instrumento e aqueles que não atingiram o número de 5 evocações previsto no estudo. **Por fim, utilizei uma amostra de 132 sujeitos correspondente a 42,7% do universo ou população do estudo, para apreender a estrutura das RS.**

Conforme prevê a pesquisa qualitativa (MINAYO, 2000) escolhi esses participantes de modo intencional, por atuarem em unidades que prestam assistência de enfermagem a pessoas com feridas, e conviverem na mesma equipe de trabalho.

Como critério de inclusão, defini a experiência mínima de um ano com o atual grupo de trabalho, possibilitando a comunicação e troca de informações entre os sujeitos, dentro do contexto da unidade de saúde. Essa intencionalidade atende à necessidade de apropriação do objeto pelos sujeitos inseridos no mesmo contexto.

4.4 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO

Observando os princípios éticos da pesquisa, encaminhei um ofício, elaborado pela Coordenação da Pós Graduação da EEUFBA, à direção das instituições: Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) e Secretaria Municipal de Saúde, solicitando permissão para a realização deste estudo. Em seguida o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Em maio de 2005 iniciei os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa, visitei os setores do Hospital Geral Clériston Andrade. Observei grande receptividade por parte dos profissionais de enfermagem; acredito que o meu trabalho, dirigido às pessoas com feridas naquela instituição, favoreceu a aproximação com o campo e os sujeitos do estudo.

Por razões éticas, antes de realizar a entrevista e a observação, forneci orientações sobre o projeto e seus objetivos ao (a) profissional entrevistado (a) e aos usuários; solicitei autorização dos mesmos para observação do cuidado e ao profissional para gravação das entrevistas. Mediante a concordância deles solicitei a assinatura de três (3) vias do “Termo de Consentimento Informado” (Apêndice A), conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que considera pesquisa com seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais ”.(BRASIL, 1996, p.5).Uma das vias do referido termo, contendo também assinatura do investigador, foi entregue ao usuário (ser cuidado) e outra ao profissional (cuidador), como garantia de compromisso entre os envolvidos, e a terceira encontra-se em poder do pesquisador.

O presente estudo respeitou o direito dos sujeitos em aceitar, ou não, participar desta pesquisa, e poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da mesma, sem prejuízos para seu desempenho profissional (no caso dos profissionais), ou para sua assistência (no caso dos usuários). De todas essas equipes, apenas um profissional, técnico de enfermagem do Campo Limpo III, recusou-se a participar.

A primeira unidade do hospital visitada foi a Clínica Cirúrgica, seguida da Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Médica, Emergência, Ambulatório e Pediatria. Após os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa, decidimos juntos sobre o

momento oportuno para as entrevistas, de forma a não interferir na atividade que desenvolvem, prejudicando o cuidado.

Como os participantes da pesquisa eram os membros da equipe de enfermagem, as pessoas com feridas estavam sendo cuidadas por eles; assim sendo, no momento da coleta de dados (observação), também delas foi solicitado o consentimento para a realização da pesquisa, porque, de certo modo, estavam na posição de serem observados.

No momento em que as pessoas com feridas aguardavam, em sala de espera, para receber o cuidado, ter seu curativo feito, aproveitei para apresentar-me, falar sobre o trabalho e solicitar-lhes permissão para a observação. Mais uma vez pude sentir a receptividade e colaboração, tanto dos cuidadores, quanto dos usuários do serviço.

Durante a observação, pude notar que as pessoas que buscavam o cuidado me dirigiram muitas perguntas relacionadas à orientação para o auto-cuidado, uso de medicamentos e esclarecimentos de dúvidas. Nesse momento, senti certa inibição do profissional com a minha presença, e até eles aproveitavam para fazer questionamentos sobre tratamentos, uso de produtos e soluções mais adequados a cada lesão.

Ao abordar as pessoas com feridas infectadas deparei-me com um obstáculo: o grau de alfabetização de algumas delas impedia assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TLE). Para evitar a interrupção da etapa de observação, nesses casos, decidi usar material para registro digital. E, nos casos de pessoas com limitações físicas e neurológicas optei por solicitar a autorização do acompanhante responsável.

Atualmente, na Emergência do HGCA, existe uma sala de pequena cirurgia, feminina, masculina, pediátrica, sala de medicação e sala de nebulização. O cuidado que deveria ser de emergência assume caráter de internação, devido à grande demanda reprimida que se acumula nessa unidade, por falta de vagas nas unidades de internação.

Salas com capacidade para 10 pessoas em observação chegam a acomodar 30 ou 40, além de seus respectivos acompanhantes. O ambiente é incompatível com o cuidado. Barulhento, pouco ventilado, superlotado tanto por clientes, quanto por seus acompanhantes e que aguardam ansiosamente por instalações e assistência mais dignas. As pessoas internadas são acomodadas em macas, o cuidado é prestado sem a possibilidade de respeito a privacidade do indivíduo, o sofrimento alheio é compartilhado por todos, fato que amplia o sofrimento de cada um em particular.

A equipe de enfermagem é distribuída em plantões de 24 horas para enfermeiras e de 12 horas para técnicos e auxiliares de enfermagem. Penso que esta distribuição dificulta a interação entre a equipe de enfermagem e aqueles que necessitam de seus cuidados, uma vez que o encontro entre ambos se estabelece a cada 5 ou 7 dias, conforme a carga horária do contrato de trabalho.

O grande número de atribuições administrativas destinadas às enfermeiras, no que diz respeito ao cumprimento de parcelas do tratamento médico e as gerenciais, ocupa a maior parte de seu tempo, sobrando pouco espaço para o cuidado direto com as pessoas.

Semelhante à Emergência, a Clínica Cirúrgica apresenta-se com lotação de pessoas internadas acima de sua capacidade funcional. Além dos 44 leitos distribuídos entre quartos e enfermarias, observa-se a presença de pessoas pós-operadas em macas, aguardando vagas. O corredor exibe um fluxo intenso de pessoas, familiares, profissionais, professores e estudantes das diversas áreas de saúde. Todos parecem correr, estressados e ocupados. Muitos falam ao mesmo tempo, o telefone toca com frequência, quase sempre do outro lado da linha são famílias preocupadas em obter notícias de algum ente querido.

As demais unidades, Clínica Médica, Pediatria e UTI, possuem um cenário semelhante, diferenciando-se, apenas, no quantitativo de pessoas hospitalizadas, por ser permitido nessas unidades a permanência de pacientes apenas conforme o número de leitos disponíveis. No entanto, a presença de pessoas graves e com elevado grau de dependência conta com insuficiente número de profissionais de enfermagem para a assistência integral.

O HGCA atravessava um momento diferenciado, que interferiu indiretamente no planejamento para a coleta de dados. O regime de contratação temporária para o ingresso de profissionais provoca uma rotatividade acentuada desses entre as unidades. A cada três anos os contratos se findam e há necessidade de substituição total do quadro. Coincidentemente, o período de coleta se deu no período de finalização de contratos, com chegada de novos profissionais. Desse modo, perdi a oportunidade de pesquisar sujeitos que já experienciavam a assistência há mais de 1 ano. Tive, então, que ampliar o tempo de estudo naquele hospital. Isto, porém, não prejudicou a coleta de dados, dada a grande quantidade de profissionais de enfermagem naquele hospital.

Ao apresentar-me às unidades de PSF pude reencontrar colegas, ex-alunos, agora técnicas de enfermagem e enfermeiras. Penso que essa aproximação foi favorável, por haver eu compartilhado outras experiências com esses profissionais nos campos de prática, durante o processo de nossa formação. Após apresentar os objetivos do estudo aos profissionais, agendei momento propício para a entrevista, obedecendo, como critério de inclusão dos participantes, a experiência há pelo menos um ano no Programa de Saúde da Família (PSF). Devido à grande rotatividade de profissionais nas equipes, foram eleitas as unidades do George Américo-I e George Américo-III, Campo Limpo I, Campo Limpo III-AFAS, Campo Limpo-V (Conjunto Bom Viver) , Feira X-I, Feira X-II, Feira X-III e Feira X-IV.

Em visita à unidade do Campo Limpo I, após explicitar os objetivos e a natureza do estudo, as técnicas de enfermagem pediram para que eu aguardasse que elas pedissem a opinião da enfermeira da equipe sobre a participação delas no estudo. Diante disso, agendei um segundo momento para confirmação da participação delas no estudo, desta vez em comum acordo com a enfermeira, que não se encontrava na minha primeira visita à unidade.

As equipes de enfermagem do PSF são compostas por uma enfermeira e duas auxiliares e/ou técnicas de enfermagem. As mesmas são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 600 a 1000 famílias que vivem numa área adscrita. O atendimento obedece a uma demanda organizada. A enfermeira ocupa-se de consultas à criança no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD), na bolsa alimentação e controle de carências nutricionais; à mulher no pré-natal e planejamento familiar; ao adulto com hipertensão e diabetes. Além disso, realiza palestras educativas das mais variadas, conforme a necessidade da população, e as visitas domiciliares.

As pessoas que apresentavam feridas, ao chegarem à unidade, eram dirigidas à sala de curativos e, inicialmente, eram atendidas por uma técnica ou auxiliar de enfermagem. Essa, ao identificar situações que julgava ser incapaz de resolver sozinha, solicitava à enfermeira para avaliar e traçar um plano de ação. A enfermeira, por sua vez, solicitava a presença do médico, quando identificava a presença de infecção e necrose que requeriam tratamento medicamentoso.

As pessoas acamadas e impossibilitadas de se dirigirem à unidade recebiam o cuidado no domicílio, sendo os curativos realizados diariamente pelas técnicas ou auxiliares de enfermagem, e a enfermeira, nas visitas domiciliares semanais, acompanha a evolução da lesão.

Notei que as salas de realização de curativos apresentavam condições inadequadas para o cuidado e careciam de melhorias, tais como adequação de pisos e paredes que permitam a desinfecção, aeração, iluminação e ventilação, além da falta de espaço para acomodar a autoclave para esterilização de materiais. Por esses motivos, os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do Conjunto Habitacional Feira X, ao receberem pessoas com feridas infectadas, prestavam uma primeira consulta e as encaminhavam à Policlínica, situada no mesmo bairro, para curativos diários, desbridamentos e drenagens de abscesso.

Durante a aproximação com os sujeitos das UBS, defrontei-me, dentre todos os campos utilizados, uma dificuldade inicial, não por conta da vontade dos sujeitos, mas pela pouca flexibilidade de suas agendas. Nessas unidades as salas de espera estavam sempre cheias, a enfermeira era solicitada para atender consultas individualizadas e orientações coletivas. Na Unidade Básica da Secretaria Municipal de Saúde a enfermeira atuava nos diversos programas, tais como Diabetes e Hipertensão, Pré natal, Planejamento Familiar, Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento da Criança, Desnutrição e Bolsa Alimentação, Imunização, Supervisão das salas de curativos, nebulização e esterilização. Mais uma vez, neste cenário, notava a ausência de uma enfermeira para atender à clientela com feridas, exceto quando complicavam e necessitavam ser encaminhadas para outra unidade. O contato desse usuário com o serviço restringia-se a receber os procedimentos (curativos) por parte do pessoal técnico-auxiliar. As técnicas e auxiliares, por sua vez, também assumiam variadas tarefas e atuavam sob as cobranças dos usuários quanto à demora do atendimento, porque como estavam ocupadas com outras atividades, o atendimento às pessoas com feridas sempre ficava para o final do expediente, sob a justificativa de constituir-se de atividades que

contactavam com materiais sujos e contaminados, necessitando de prevenção de infecção cruzada.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, em todas as suas etapas, pela própria mestranda. Adotei uma abordagem multimetodológica para apreensão do conteúdo das Representações Sociais. Para essa apreensão, a utilização de variados métodos de coleta e de análise (triangulação metodológica) é sugerida com vistas a enriquecer a compreensão do fenômeno e fortalecer a confiança nas interpretações (CRUZ, 2003; SPINK, 1995).

Baseada nessas recomendações, optei por utilizar a entrevista semi-estruturada, a observação estruturada e a técnica de evocação livre de palavras.

4.5.1 EVOCAÇÃO LIVRE

Utilizei a **evocação livre**, também denominada associação livre ou teste por associação de palavras (OLIVEIRA et al. 2005) , para aquisição dos elementos que compõem as RS.

Essa técnica permite apreender de modo espontâneo e descontraído projeções mentais, até mesmo conteúdos implícitos ou latentes que podem ser ocultados nos conteúdos discursivos (OLIVEIRA et al.2005); tem como objetivo conhecer os estereótipos sociais partilhados pelos membros do grupo (BARDIN, 2004).

Segundo Abric (1994), embora baseado em produção verbal, o método permite reduzir as dificuldades e limites das expressões discursivas comumente utilizadas nos estudos de RS E permite acessar mais rápido o conteúdo das representações, o que não é

possibilitado por meio dos métodos clássicos de entrevista ou questionário. Além disso, permite conhecer a estrutura interna das RS (OLIVEIRA et al, 2005)

Para De Rosa, apud Oliveira et al. (2005), a livre associação favorece a atualização dos elementos implícitos ou latentes que seriam superados ou mascarados nos discursos. Esta autora afirma, ainda, que a técnica revela:

as dimensões latentes que estruturam o universo semântico, específico das representações estudadas (...) as associações livres permitem o acesso aos núcleos figurativos da representação (...) Elas são capazes de sondar os núcleos estruturais latentes das representações, enquanto as técnicas mais estruturadas, como o questionário, permitiriam captar as dimensões mais periféricas das representações sociais. (De Rosa apud OLIVEIRA et al., 2005 p.575)

Nos estudos de representações sociais essa técnica baseia-se em solicitar ao entrevistado para verbalizar todas as palavras ou expressões que rememore, a partir de um ou mais termos indutores.

Anterior à aplicação do termo proposto para este estudo, realizei um treino no qual utilizei o termo indutor “**micareta**” para que os sujeitos tivessem compreensão do método. Esse termo refere-se a uma festa popular (carnaval fora de época) que ocorre anualmente na cidade de Feira de Santana, e foi escolhido por se tratar de fato de conhecimento da população local, favorecendo a compreensão do método para os sujeitos da pesquisa.

O termo “micareta” ajudou também para que os entrevistados se desligassem um pouco das atividades que estavam realizando momentos antes do depoimento, o que favoreceu a descontração de todos. Feito isso, apliquei o instrumento de “evocação livre de palavras” com todos os profissionais que atenderam aos critérios de composição da amostra, solicitando que citassem cinco palavras que viessem imediatamente à sua lembrança ao ouvir a expressão: “**cuidar de pessoa com ferida infectada**”. Em

seguida, pedi que atribuíssem às palavras uma ordem de prioridade da mais para a menos importante.

Neste estudo, registrei as respostas no instrumento de coleta na ordem em que foram expressadas (Apêndice B), e solicitei ao entrevistado para enumerar as evocações por ordem de importância. Para evitar que o sujeito fosse influenciado por outros aspectos abordados na pesquisa, realizei a evocação livre antes de proceder à entrevista (OLIVEIRA et al, 2005)

Considerando as recomendações do método, apliquei o instrumento de coleta das de evocações livres de palavras em 132 profissionais, para atender à recomendação numérica do método. Vale lembrar que este é um método quantitativo que permite conhecer a estrutura do **Núcleo Central e Sistema Periférico** das RS.

O número de participantes do estudo é justificado pela exigência do método de evocação livre de palavras (EVOC) que recomenda um universo mínimo de 100 sujeitos, por visar a avaliação da frequência de palavras comuns de um dado grupo investigado. Considerando que os estudos de RS devem ter representatividade numérica sobre o grupo de sujeitos envolvidos com o objeto para que seja possível afirmar que o conteúdo apreendido trata-se de Representações Sociais e não meras opiniões individuais.

Os dados das evocações foram submetidos ao software EVOC e a técnica de quatro quadrantes de Vergés (1999) para a análise quantitativa dos dados, com base na análise lexicográfica⁷.

Os dados quantitativos foram articulados com os qualitativos a partir da construção do quadro de quatro casas, que consiste em considerar a frequência e ordem

⁷ Lexicográfico, derivado de lexicografia que significa a arte, processo ou ocupação de fazer léxico ou dicionário; arte ou prática de definir palavras. – MICHAELLIS (1998)

média de evocação dos termos produzidos, expondo assim, a estrutura das Representações Sociais dos sujeitos do grupo estudado, permitindo compará-las com o conteúdo de suas falas e os comportamentos observados durante o cuidado.

4.5.2 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A **entrevista semi-estruturada**, com roteiro previamente elaborado, testado e corrigido (Apêndice B), foi efetivada após preenchimento dos dados demográficos e da aplicação da técnica de associação livre de palavras. O roteiro foi constituído da questão norteadora: **O que é cuidar de pessoas com feridas infectadas, para você?**

Minayo (2004) refere que essa técnica permite combinar perguntas fechadas e abertas de forma que os depoentes respondam a questões com uma variedade de alternativas previstas e ao mesmo tempo, exponham livremente suas idéias sobre o tema proposto pelo investigador.

Segundo Lüdke e André (1986), a grande vantagem dessa sobre outras técnicas de coleta de dados é que ela permite a captação imediata e coerente das informações desejadas, com qualquer tipo de depoente, sobre os mais variados temas, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna eficaz para obter informações.

Embora não apresentasse riscos físicos, o presente estudo poderia causar constrangimento ao usuário ou sensação de ter sua privacidade invadida, em virtude da presença do pesquisador durante o cuidado. Poderia, ainda, desconfortar o entrevistado, ao expor as próprias crenças e valores presentes na sua prática cotidiana, provocando sentimento de “estar sendo avaliado” ou medo de ser criticado. As entrevistas com os profissionais foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, e realizadas em ambiente restrito à presença do investigador e do entrevistado,

preservando a privacidade, a integridade e bem estar dos envolvidos, atendendo à Resolução 196/96(BRASIL, 1996).

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), realizei todas as entrevistas, dentro das unidades em que se encontravam inseridos os profissionais e, para atender à necessidade de privacidade dos mesmos, os depoimentos foram colhidos nos consultórios das próprias unidades.

Durante a coleta dos depoimentos foi permitido que os sujeitos se expressassem livremente sobre o tema; optei por uma escuta silenciosa, com interferências e questionamentos apenas para esclarecimentos e retomada do tema da questão se ocorresse dispersão do entrevistado. A duração das entrevistas foi variável. Notei um discurso mais longo por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem ao retratarem as suas vivências, e maior enfoque à carga emocional. Ao término dos relatos, os participantes escutaram suas entrevistas e os questionei sobre o desejo de retirar ou fazer acréscimos às suas falas, ficando por conta de cada um o encerramento da conversa. Nenhum deles manifestou desejo de suprimir o conteúdo expressado, e 4 deles complementaram suas respostas com opiniões sobre a necessidade de melhorar o cuidado de enfermagem no contexto estudado.

As entrevistas foram gravadas em fitas de áudio, após concordância do entrevistado, que ouviu seu conteúdo, tendo a oportunidade de solicitar a retirada ou acréscimo de quaisquer informações. As fitas foram guardadas pela investigadora e serão mantidas por cinco (5) anos; após esse período serão destruídas (queimadas), atendendo ainda, ao que determina a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Como o estudo foi desenvolvido em três cenários de prática do cuidado, optei por ouvir, transcrever e analisar os dados à medida que procedia à coleta de dados. Ao

observar que os discursos dos profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Família tornavam-se repetitivos, encerrei a coleta de dados nessas unidades, continuando nas Unidades Básicas e Unidade Hospitalar, até alcançar a saturação dos discursos, isto é , quando diversos sujeitos passaram a repetir conteúdos semelhantes em suas falas, sem surgimento de elementos novos.

O anonimato dos sujeitos foi preservado; para tal medida, utilizei apenas a enumeração das entrevistas, para a divulgação do conteúdo das observações e das falas (BRASIL, 1996).

4.5.3 OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA

Escolhi a **observação estruturada** com registro diário (Apêndice C), como técnica complementar na coleta dos dados. Essa pode ser entendida como uma forma de apropriação do mundo que cerca aquele a quem se observa. Ao apropriar-se dessa técnica

o observador tem sua atenção centrada em aspectos da situação que estão explicitamente definidos e para os quais estão previstos modos de registros simples, rápidos, que não apelam para a memória e que reduzem os riscos de equívoco. (LAVILLE e DIONNE, 1999, p.178).

Esse modo de observar exige do pesquisador um conhecimento consistente acerca do contexto do estudo, e uma análise apurada dos “conceitos em jogo” para evitar esquecimento de elementos importantes, o que significaria retornar ao início de tudo (LAVILLE ; DIONNE, 1999).

A principal vantagem dessa técnica é permitir que os fatos sejam percebidos, diretamente, sem interferências, situando o pesquisador frente à realidade (GIL, 1999).

Segundo Polit e Hungler (2004, p.269), a observação estruturada deve conter um esquema de categorias, com “listagem de todos os comportamentos ou características que o observador deve observar e registrar”. Para validá-la cientificamente, sistematizei a observação por meio de um instrumento, de acordo com os interesses da pesquisa. Além de ter servido de guia para a coleta de dados, esse instrumento contribuiu para apreender o objeto em estudo. Utilizei-o (Apêndice C) também, durante a observação da prática da equipe de enfermagem, nos momentos de cuidados gerais e curativos em pessoas com feridas infectadas.

Os sujeitos observados foram do mesmo grupo de entrevistados que desenvolveram cuidados às pessoas com feridas infectadas nas unidades de saúde, durante o período da coleta de dados.

A observação foi realizada durante as visitas às unidades, obedecendo à dessas unidades visando preservar, ao máximo, o contexto da prática, para evitar influência da pesquisadora no cotidiano dos sujeitos.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

4.6.1 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES LIVRES

Para análise e tratamento dos dados das evocações livres, utilizei o *software* EVOC - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*⁸, proposto por Vergés e seus colaboradores, na França, em 1999, o qual possibilitou a Construção do Quadro de Quatro Casas. A frequência das evocações e a ordem dos termos elaborados foram consideradas permitindo a construção de categorias e a identificação do conteúdo das representações.

⁸ Conjunto de programas que permite a análise das evocações

A análise proposta por Vergés possibilita identificar os elementos que representam o Núcleo Central das RS por meio da verificação da frequência e da ordem média das palavras evocadas. A frequência média salienta o aspecto coletivo das evocações, por apontar os termos recordados com mais frequência, enquanto que a ordem média ressalta o aspecto individual por levantar os termos evocados em menor tempo, e expor a ordem estabelecida pelos sujeitos estudados.

A frequência é obtida através da soma das frequências em que a palavra foi evocada, em cada posição (quantas vezes na 1ª, 2ª, 3ª, etc.). Já a ordem média é alcançada atribuindo peso 1 à palavra evocada em primeiro lugar, peso 2 à evocada em segundo e assim sucessivamente, de acordo com o número de evocações solicitadas. Após somar o peso das palavras, esse produto é dividido pelo produto da soma das frequências das palavras evocadas em cada posição, o que equivalerá à **ordem média de evocação**. Segundo Sá (1996) a análise articulada desses dois índices permite destacar os elementos que provavelmente constituem o núcleo central da representação, por sua saliência.

O software EVOC consiste em um conjunto de programas de informática, que permite essa análise quantitativa e lexicográfica das evocações.

Neste estudo foi utilizada a versão 2.0, de 1999, que roda sobre plataforma Windows. O programa submete as evocações a uma preparação e depuração do *corpus* que, neste caso foi constituído por 616 palavras citadas que, após aproximação das mesmas por semelhança de seus significados, resultou em um dicionário de 82 palavras diferentes. Efetuadas as pré-análises, as seguintes fornecem sugestões de categorização para os vocábulos, e seus agrupamentos, analisam os valores de frequência e a ordem de

evocação, calculam médias simples e ponderadas, e fornecem um quadro com quatro casas.

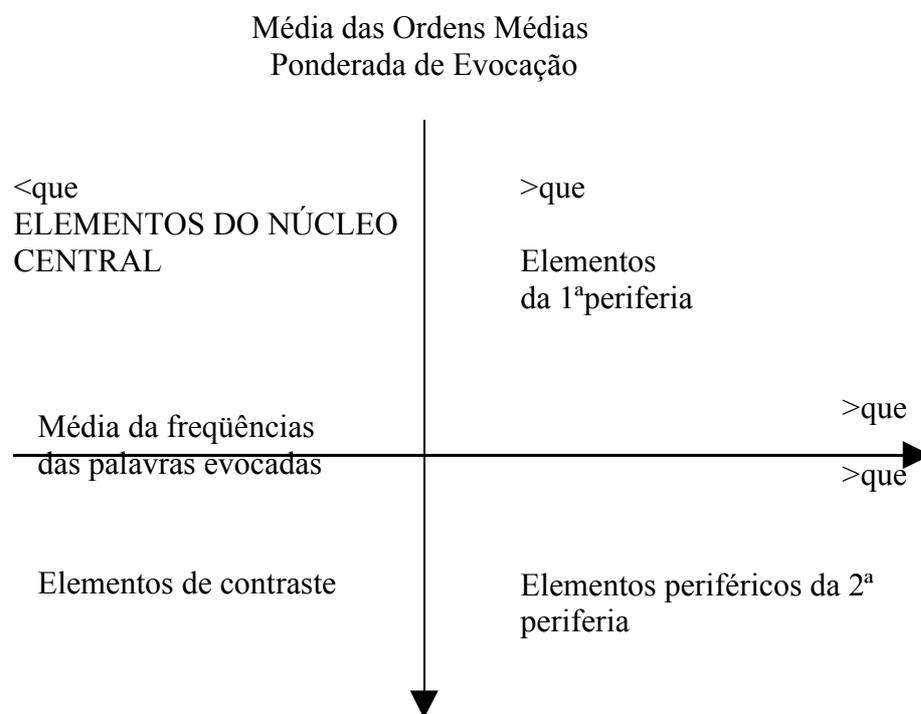


Figura 1- Modelo De Análise Das Evocações Através Do Quadro De Quatro Casas⁹

O quadrante superior esquerdo (FIGURA.1) incorpora elementos passíveis de compor o Núcleo Central da representação por referir-se àquelas palavras mais frequentes e prontamente evocadas pelos sujeitos da pesquisa. Nesse quadrante, visualizam-se os elementos que representam o caráter normativo da RS; esses elementos tem relação com estabilidade da crença, dependentes da construção histórica,

⁹ OLIVEIRA et al.(2005, p.582)

sociológica e ideológica das práticas e da memória coletiva do grupo. As palavras organizadas no quadrante inferior direito parecem constituir o sistema periférico da representação, por se apresentarem em menor frequência e serem as últimas evocadas. Esses elementos do sistema periférico, segundo Abric (2000), são esquemas organizados pelo Núcleo Central, que possibilitam a adaptação do grupo à realidade, em função do convívio das experiências diárias originando representações mais individualizadas e mais acessíveis.

De acordo com Sá (1996), elementos situados no quadrante superior direito, podem progredir para o núcleo central ou compô-lo, e os do quadrante inferior esquerdo, intermediários entre o núcleo central e o sistema periférico da representação, não são analisáveis, por haver oposição entre os autores da teoria, ao aventarem que a análise desses elementos é de função da teoria geral de RS e não da do Núcleo Central.

A proposta da Análise de Conteúdo Temática e da Construção de Quatro Casas permitiu captar e apreender, nos discursos dos sujeitos, as representações, os valores, as crenças, os conceitos, as percepções e as atitudes que permeiam o cotidiano da enfermagem ao cuidar das pessoas com feridas infectadas, bem como, permitiu conhecer a estrutura (núcleo central e sistema periférico) dessas representações.

4.6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

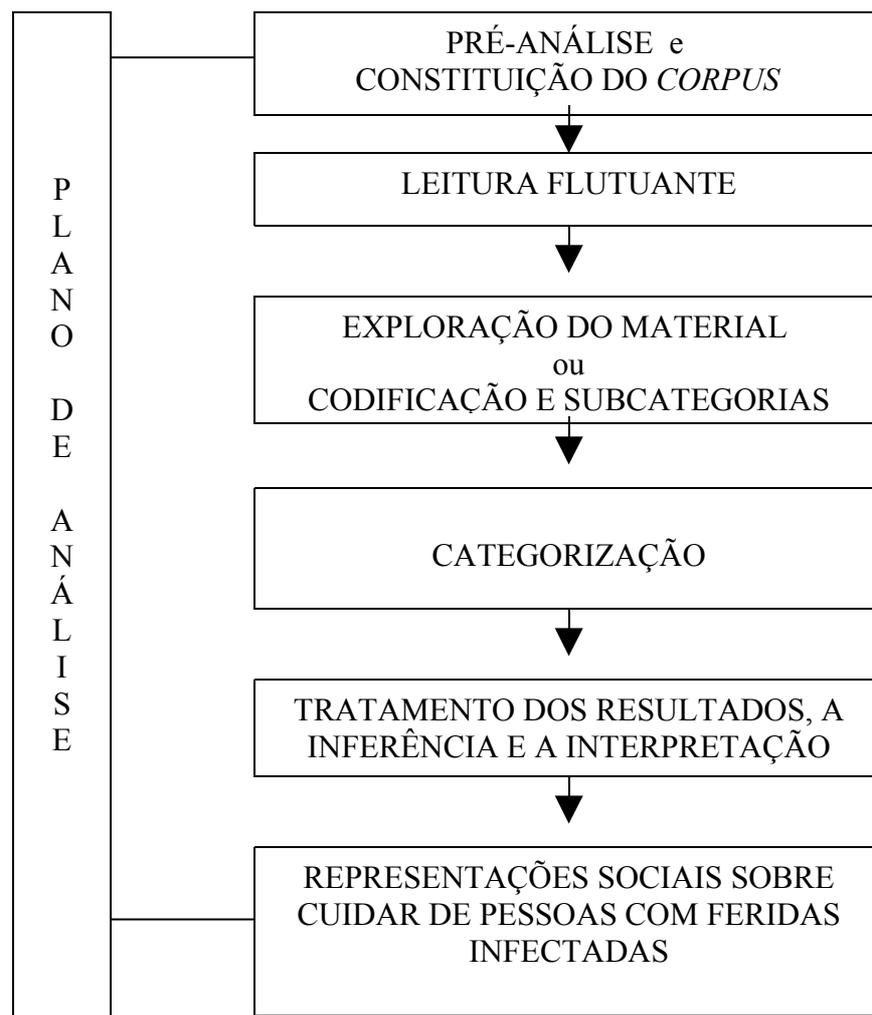
Para a análise qualitativa e quantitativa dos depoimentos, utilizei o método de Análise de Conteúdo Temática definido por Bardin (2004), como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004 p. 37).

A análise de conteúdo temática pode ser utilizada para estudo de respostas a questões abertas e semi-estruturadas, ou entrevistas individuais ou de grupo, e comunicações de massa. Por ser o tema utilizado como unidade de registro para estudo de motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências, torna a análise temática aplicável amplamente nas ciências sociais.

Para a Análise de Conteúdo, obedeci às etapas preconizadas por Bardin (2004) e Vala (2001), como seguem (ESQUEMA 1):



ESQUEMA 1 - PLANO DE ANÁLISE

A PRÉ-ANÁLISE: Destaquei do conteúdo das entrevistas transcritas, as falas referentes ao cuidar de pessoas com feridas infectadas mediante a leitura flutuante de todo material coletado (entrevistas, observação), o que permitiu deixar-me invadir por impressões sobre o conteúdo das mensagens emitidas.

A LEITURA FLUTUANTE consistiu do estágio que possibilitou a apreensão das unidades de registro ou análise. Nesse estágio, identifiquei o conteúdo das entrevistas, os parágrafos ou unidades de registro que se relacionavam ao Cuidar de pessoas com feridas infectadas.

Nessa, fase, considerada fase de organização propriamente dita do material, procedi a sistematização das idéias iniciais, para nortear o desenrolar das ações seguintes, integrantes do plano de análise.

A exploração do material, referiu-se à CODIFICAÇÃO dos dados a partir da extração das unidades de registro das entrevistas. Tais unidades equivalem ao fragmento de conteúdo da mensagem, considerado como unidade base de análise. A unidade de registro ou núcleo de sentido, considerado neste estudo, foi o **tema**. Nessa fase, processei as operações de codificação referentes ao recorte, à enumeração, classificação e categorização. A classificação refere-se ao ordenamento, por semelhança e diferenças, do conteúdo das falas constantes nos dados.

Segundo Bardin (2004, p.99), “Fazer um análise temática consiste em descobrir os - núcleos de sentido - que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

A CATEGORIZAÇÃO decorreu da análise de ocorrências e semelhanças apresentadas pelas unidades de registro obtidas do conteúdo das entrevistas,

possibilitando definir três categorias e treze subcategorias, as quais denominei: Cuidar como sofrimento, Cuidar como obrigação e Cuidar como gratificação. (Apêndice D).

Na etapa de TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO, os resultados foram trabalhados para de tornarem reveladores de significados. Realizei as inferências e interpretações baseada nos referenciais teóricos que fundamentaram o estudo, retornando, sempre que necessário, à literatura para contribuir com o processo de reflexão.

Ainda considerando as recomendações de Vala (2001), para compreensão de aspectos importantes referentes à prática de cuidar de pessoas com feridas infectadas pela equipe de enfermagem, foi considerada a frequência das unidades de registro, e destacados três tipos de unidades: unidade de contexto, o parágrafo; unidade de análise; unidade de registro, a frase; e unidade de enumeração, a frequência e percentagem; tendo sido os últimos (frequência, enumeração e percentagem) aproveitados para a análise estatística e que, junto à técnica de evocação livre, permitiram apreender a parte quantitativa deste estudo.

1 INTRODUÇÃO

Quando aluna do Curso de Graduação em Enfermagem recordo-me que, na unidade onde exercia prática da disciplina Fundamentos de Enfermagem, havia um paciente, em particular, do qual a maioria das alunas, das enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem¹⁰ evitavam uma aproximação. Este era um homem com complicações cirúrgicas, uma extensa deiscência de sutura, fístula entero-cutânea e estomia, e que demonstrava muita tristeza. A partir dessa percepção, um sentimento de compaixão me aproximou daquela pessoa e fez com que eu me preocupasse em prestar-lhe mais cuidados. Notei que aquele paciente, como tantos outros, em estado semelhante, era sempre o último a receber os cuidados de higiene, a refeição e a ter seus curativos realizados. Primeiro cuidava-se dos demais e, por último, do portador de ferida infectada e fétida.

Comecei a inquietar-me, ao perceber que os indivíduos que mais precisavam de cuidados eram os que menos os recebiam, por parte da enfermagem. E, esses cuidados, eram feitos muito rapidamente para “acabar logo”, pois os odores incomodavam muito os profissionais.

Depois da graduação, trabalhando como enfermeira, em uma unidade materno-infantil, observei atitudes semelhantes dos profissionais de enfermagem, com as puérperas que evoluíam com infecção da ferida cirúrgica pós-cesárea, e que necessitavam de isolamento. Elas ficavam sozinhas, porque havia muita resistência para cuidar delas.

¹⁰ Equipe composta por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Posteriormente, tive a oportunidade de trabalhar na unidade Cirúrgica de um hospital de referência para 121 municípios circunvizinhos, que recebe uma grande demanda de pessoas com feridas infectadas como: necrose em pé diabético, erisipela bolhosa, gangrena, fascíte necrotizante e complicações cirúrgicas. Nesse contexto de atuação, também, observei repetir-se a dificuldade de aproximação dos profissionais de enfermagem e outros da área de saúde, com aqueles indivíduos. Percebia que o distanciamento dos profissionais e dos familiares e o sofrimento produzido pela ferida contribuíam para os pacientes tornarem-se apreensivos, preocupados, tristes, deprimidos, retraídos, cabisbaixos e desesperançados. Muitos deles relatavam que os profissionais pouco os visitavam e, quando o faziam eram apressados em seu contato.

Tenho, constantemente, participado de cursos e seminários cujo tema tem sido “cuidando de feridas”, ao invés de “cuidando de pessoas com feridas”. Centralizam as discussões na ação técnica do procedimento, métodos de limpeza, tipos de soluções e coberturas, ou seja, reproduz-se o modelo biomédico de assistência que prioriza as práticas centradas na ferida, no ambiente hospitalar e na cura, em detrimento de uma concepção mais holística do indivíduo. Esse fato tem me feito refletir bastante sobre o assunto, e trazido questionamentos que pretendo abordar neste estudo.

Parece natural, tanto para a enfermagem, quanto para os clientes, que, quando se tem uma ferida, deva-se procurar uma sala de curativos, espaço apropriadamente equipado para realizar procedimentos “curativos”, com o objetivo de curar a ferida. Entretanto, algumas pessoas retornam aos serviços inúmeras vezes, sem obter o efeito desejado, “a cura”, e com queixas a cerca da qualidade do relacionamento interpessoal.

Com frequência, em minha experiência, as falas das pessoas com feridas referem perda da auto-estima, medo da amputação, sofrimento pela peregrinação em busca de atendimento, desemprego, necessidade de conseguir benefícios e aposentadorias, isolamento familiar e abandono pelo parceiro. Lidar com essas questões culmina em desgaste emocional, também para o cuidador.

Diversos trabalhos sobre esse tema denotam particular interesse nas modalidades técnicas de curativos, no desenvolvimento de terapias tópicas, na validação de soluções de limpeza, desbridantes e cicatrizantes, mas a abordagem da pessoa com uma ferida e a relação intersubjetiva com ela é pouco explorada (MONETTA, 1998; BORGES e CHIANCA, 2000; CÂNDIDO, 2001; HESS, 2002; GOGIA,

2003). Essa relação, que envolve o compartilhar de sentimentos, imagens, desejos e expectativas entre o ser cuidado e o ser cuidador, tem despertado meu interesse para explorar as crenças e valores elaboradas pelos cuidadores em relação ao cuidar de pessoas com feridas infectadas, e tem-se constituído um desafio para a minha prática profissional.

A literatura de enfermagem retrata que a realização do curativo visa cicatrizar as feridas e promover conforto físico geral (DEALEY, 1996; BORGES e CHIANCA, 2000; CÂNDIDO, 2001; SANTOS, 2000; HESS, 2002; GOGIA, 2003; YAMADA, 2003). O mercado disponibiliza vasta opção de produtos para tratamento de feridas, exigindo dos profissionais atualizações freqüentes. Porém, para cuidar de pessoas com feridas, o fato de apenas conhecer os produtos e suas formas de uso, e focar os interesses comerciais, institucionais e profissionais, pode corroborar para uma assistência desumanizada. Nota-se, no cotidiano da prática da enfermeira, uma preocupação com os recursos materiais, para suprir as salas de curativos, e com o número de procedimentos para atender as exigências de produtividade da instituição de saúde. Todavia, o cuidar restrito só às ações técnico-científicas pode ocasionar um distanciamento dos profissionais em relação a sua clientela.

Concordo com Kreutz, Merighi e Gualda (2003) quando afirmam que, ao valorizar a tecnologia e privilegiar meramente a competência técnica, a enfermagem passa a conceber a pessoa como uma receptora passiva de cuidado. A questão, aqui, não é a renúncia aos méritos da racionalidade médico-científica, mas considerar os seus benefícios na preservação da saúde sem o sacrifício indevido da pessoa.

A abordagem do indivíduo com a ferida infectada exige conhecimento e habilidades que dêem conta da atenção ao corpo biológico e da consideração das demais dimensões do ser humano. Cuidar da pessoa demanda, portanto, não apenas domínio de técnicas científicas, mas de relacionamento interpessoal.

As reflexões aqui apresentadas levaram-me a definir como objeto de pesquisa as representações sociais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, e a indagar: *O que*

representa para a equipe de enfermagem cuidar de pessoas com feridas infectadas ? Portanto, constituíram-se em objetivos deste estudo:

1. Aprender as representações sociais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, construídas pela equipe de enfermagem.

2. Analisar as representações sociais apreendidas dos sujeitos, a partir da importância atribuída por esses ao processo de cuidar.

Penso que este estudo poderá contribuir para o conhecimento dos valores e as crenças que influenciam os comportamentos adotados, na prática, pela equipe de enfermagem, estimulando e redirecionando reflexões sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, valorizando o relacionamento construído entre os sujeitos cuidadores e as pessoas cuidadas.

É importante considerar que os profissionais de enfermagem, inseridos nos campos de prática e que participam da formação profissional de estudantes de enfermagem, influenciam por meio de seus comportamentos, a construção pelo grupo de trabalho e pelos estudantes, “futuros cuidadores” de novas imagens, valores e significados. Conhecer, portanto, as representações sociais desses profissionais favorecerá a reflexão sobre a abordagem e implementação de conteúdos curriculares e a capacitação profissional para o cuidar/cuidado das pessoas com feridas.

3 A PESSOA COM FERIDA(S) INFECTADA(S) E A EVOLUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

2.1 FERIDA INFECTADA

A palavra ferida descreve uma ruptura nos tecidos do corpo, causada por injúria ou violência externa, e, uma vez que interrompe a integridade da pele, a ferida é considerada uma imperfeição (VAN RIJSWIJK, 2001).

Entende-se por ferida toda e qualquer lesão com perda da integridade de tecidos ou órgãos, atingindo desde o tecido epitelial, até mucosas, músculos, tendões, ossos e/ou órgãos cavitários, com prejuízo de suas funções básicas (MENEHIN et al.2002). E pode ser classificada conforme sua etiologia, o tempo de reparação e a profundidade das camadas de tecidos atingidas.

A ferida carrega uma diversidade de significados, podendo ser representada como chaga, ferimento, pústula, úlcera, ulceração e, em seu sentido figurado, pode, ainda, ser dor, amargura, mágoa, sofrimento ou injúria, afronta, agravo, desconsideração, insulto, ofensa, opróbio, ultraje (HOUAISS, 2003, p.323).

Por ferido entende-se alguém que possui ou carrega uma ferida, que está abatido, caído, derrotado, derrubado, vencido e, no sentido figurado, estar impressionado, abalado, comovido, emocionado, perturbado, ou lesionado, golpeado, machucado, magoado, ofendido, pisado. Pode, ainda, ser injuriado, ofendido ou renhido, árduo, difícil, disputado, porfiado. (HOUAISS, 2003).

Outras representações da ferida são encontradas na cultura popular; entre elas podemos citar: pereba, creca, carne podre, pé podre, referindo aos pés infectados, e escaras referindo-se às úlceras por pressão.

Por definição, a ferida pode ser ainda: algo que penaliza, estigmatiza, desgraça, deixa cicatriz.

Sobre o estigma Van Rijswijk (2001) afirma que, historicamente os indivíduos que sofreram com feridas e injúrias foram banidos da sociedade e marcados pelo resto de suas vidas. Ainda hoje, observa-se o preconceito e estigma que acompanha essas pessoas, vinculados principalmente aos aspectos repulsivos das secreções e dos odores.

A ferida infectada está relacionada à presença de agentes infecciosos locais, acrescida de reação inflamatória e morte tecidual, podendo apresentar exsudatos, secreções, excreções e odores. (STOTTS, 2000; JORGE e DANTAS, 2003).

O exsudato é um “[...] fluido composto de células e debrís celulares que escapam de um vaso sanguíneo e se depositam nos tecidos ou nas superfícies teciduais, usualmente como resultado do processo inflamatório” (UNICAMP, 2001, p.9). O odor deriva da ação bacteriana e da decomposição celular dos tecidos, que produzem substâncias aromáticas.

Tanto as feridas agudas, quanto as crônicas apresentam risco de infecção que aumenta a sujeição do paciente à bacteremia, sepsis, falência múltipla de órgãos e a óbito. A infecção ocorre quando há um desequilíbrio entre a defesa do organismo e a ação de agentes agressores (STOTTS, 2000).

A infecção da ferida é compreendida como agravamento da causa da lesão, pela associação de fatores externos ou internos do paciente, que vêm a favorecer a invasão bacteriana, destruição dos tecidos envolvidos, ampliação do tamanho e profundidade da ferida.

Na tentativa de resgatar a integridade, o organismo aciona um conjunto complexo de mecanismos fisiológicos de reparação. Quando esse processo encontra obstáculos, a cicatrização torna-se retardada e complicada. Fatores que interferem na cicatrização podem ser tanto sistêmicos como: má nutrição, desidratação, doenças crônicas, tabagismo, imunodepressão, septicemia, idade, sexo,

medicação/radioterapia/quimioterapia, neoplasia maligna, estados de choque, quanto locais: infecção, isquemia, necrose, hipotermia, pressão, força de cisalhamento, corpos estranhos, dessecação, agentes citotóxicos, extensão, déficit de higiene e incontinência (SILANE e OOT-GIROMINI, 1990; MERTZ, 1990; DEALEY,1996; STOTTS, 2000; CÂNDIDO, 2001; HESS, 2002; GOGIA, 2003; MENEGHIN e VATTIMO, 2003).

Para Thomaz (2000, p.59) “a infecção é a causa isolada mais importante para o retardo da cicatrização”. Ao examinar os fatores gerais e locais que interferem na cicatrização, a infecção é o final comum de todas as feridas com retardo de cicatrização.

A presença da infecção retarda a cicatrização, porque provoca morte celular, impedindo a produção de colágeno e a epitelização. A morte celular (necrose) amplia a área da ferida, serve de meio de cultura para microrganismos patogênicos que, à medida que crescem, decompõe cada vez mais tecidos, produzindo odores desagradáveis e liquefação visualizada em forma de exsudatos (purulentos ou purossanguinolentos).

Afirma-se que uma ferida está infectada quando apresenta uma concentração maior que 10^5 microorganismos por grama de tecido. Na presença de infecção a síntese de colágeno sofre redução e há um aumento da lise celular, ocorrendo, também, uma competição das bactérias pelos nutrientes que seriam utilizados para a cicatrização. (MERTZ, 1990; GOGIA, 2003). No entanto algumas bactérias mais virulentas podem causar infecção com número menor de microorganismos (10^3).

A identificação da infecção faz-se por meio da observação dos sinais clínicos, tais como eritema, edema, endurecimento e fragilidade tissular, pus, hipertermia, crepitação, dor, leucocitose e neutrofilia (GOGIA, 2003; DOW, 2001; SANTOS, 2000; STOTTS, 2000; MERTZ,1990). E, por meio do exame bacteriológico:

[...] não para provar a existência da infecção, fato que já foi comprovado pela observação clínica. Esse exame tem como objetivo

identificar as bactérias que estão infectando a lesão e depois selecionar os antibióticos sistêmicos mais adequados. (FERREIRA; POLETTI; SIMÃO, 1999, p.28).

De modo geral, a abordagem terapêutica para pacientes com ferida infectada é sofrida, dolorosa e com alcance de resultados lentos, devido ao caráter invasivo das intervenções cirúrgicas, de limpeza e desbridamentos.

O fato das feridas apresentarem necrose e drenagem de secreções purulentas, muitas vezes indicam a necessidade de isolamento da pessoa, devido ao risco de infecção cruzada, na unidade de tratamento, o que limita a convivência do paciente com outras pessoas, inclusive a família.

Frequentemente, a pessoa com ferida infectada apresenta co-morbidades que acentuam sua fragilidade e dependência de cuidados, condicionando-a ao internamento hospitalar para tratamento. Sofre, também, risco de vida e, assim, vivencia a proximidade da morte o que, muitas vezes, leva à depressão.

2.2 UM RESGATE DA HISTÓRIA DO CUIDADO DE FERIDAS

O homem primitivo necessitou experimentar modos de lidar com os problemas que afetavam a sua saúde, descobrindo formas de tratamento e de cura. De acordo com Donahue (1985) que passou a observar o comportamento dos animais no enfrentamento das doenças, e percebeu que eles lambiam suas feridas para limpá-las, comiam ervas e outros vegetais que atuavam como eméticos e purgantes, imergiam suas feridas na água e realizavam outras práticas com efeitos positivos para seu bem estar. A partir dessa observação, o homem primitivo desenvolveu seus próprios métodos de cuidar/curar.

Durante o período denominado era pré-cristã, prevalecia a crença de que espíritos quase sempre malignos, que influenciavam na saúde e doença, encontravam-se nos seres animados e inanimados, e as práticas de cura mística eram executadas por curandeiros. A adoção dessas práticas por meio de rezas e rituais religiosos visavam a expulsão de demônios causadores de doenças presentes no corpo. Os métodos físicos mais empregados consistiam na utilização de substâncias de origem vegetal e mineral de sabor repugnante, uso de fezes humanas e de animais (DONAHUE, 1985; WALDOW, 1998; COLLIÉRE, 1999; KREUTZ, 1999; OGUISSO, 2005). As substâncias amargas, de sabores e odores repulsivos e que provocavam ardência também eram utilizadas nos ferimentos, para promover a cicatrização.

Em tempos primitivos, as práticas dos cuidadores, similares ao que hoje se atribui ao papel da enfermagem, variavam em cada tribo, tendo em comum a prática exercida por mulheres (mãe-esposa), permanecendo como consequência da divisão sexuada do trabalho, posto que os homens saíam para a caça em busca do alimento e proteção da tribo, enquanto a mulher ocupava-se de cuidar das crianças. Posteriormente, as mulheres estenderam esse cuidado também aos doentes, “[...] indivíduos atingidos pela enfermidade, a velhice, as lesões e outros processos incapacitantes”.(DONAHUE, 1985, p.31). A vivência freqüente com estas práticas favoreceu a mulher no desenvolvimento de um conhecimento prático/empírico no tratamento e cura de feridas e doenças, dentro de seu espaço privado.

A interdependência existente entre governo, religião, bem estar e saúde nos primeiros centros da civilização, reproduziram práticas de cura comuns aos povos primitivos, utilizando-se da magia, superstição e religião. Líderes religiosos fundamentados nas crenças e mitos religiosos, responsabilizaram-se pela cura e tratamento dos enfermos e feridos.

No século XIX, a chegada de Florence Nightingale, além de trinta e oito enfermeiras, ao hospital de base de Scutari na Turquia, contribuiu para a melhoria da assistência de cerca de três a quatro mil feridos de guerra. Ao longo de seis meses instituíram medidas sanitárias, fizeram melhorias na alimentação, vestiário, ambiente e higiene, possibilitando reduzir os índices de mortalidade de 42,7% para 2,2%. Essas conquistas demonstraram a visão ampliada de Florence no que tange ao cuidado dos portadores de feridas (DONAHUE, 1985; GEOVANINI et al 2002).

Nesse período, desenvolveu-se uma gama de coberturas para curativos de fibras vegetais tais como: “tecido de linho, a estopa feita de corda velha desfiada e penteada até ficar macia; o cânhamo era feito de fibras de linho emaranhadas e quebradas; as compressas, de linho branco raspado de um lado”[...] todos esses curativos eram lavados e reutilizados várias vezes”(DEALEY, 1996, p.9), porém eram pouco absorventes. Após as descobertas de Gangee, sobre o método de extração do óleo de algodão, os curativos tornaram-se mais retentores de líquidos (DEALEY, 1996).

Em seu livro *Notes on Nurse*¹¹, Florence Nightingale afirmava que “a cirurgia remove a bala que constitui um obstáculo à cura de um membro, mas a natureza cicatriza a ferida”. (NIGHTINGALE, 1989, p.146). Para esta, enfermeira pioneira, enquanto a medicina se ocupa em remover o obstáculo, a enfermagem deve preocupar-se em “manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele”.(1989, p.95).

Sobre as úlceras por pressão, Florence Nightingale aconselhava: “[...] quando houver algum perigo de sobrevir uma escara de decúbito, nunca deve ser colocado cobertor sob o doente. O cobertor retém umidade e atua como um cataplasma”.(ibidem). A umidade da pele consiste em um dos fatores associados ao aumento do risco para desenvolvimento de úlceras por pressão, condição conhecida, na época, por escaras.

¹¹ Notas sobre a enfermagem.

Os resultados positivos da experiência de Florence Nightingale foram difundidos pelos demais hospitais militares da época. Com a gratificação recebida por seu trabalho em Scutari, Nightingale decidiu fundar uma escola para formação de enfermeiras, utilizando o St.Thomas Hospital como campo. Entre seus opositores o cirurgião, John Flint South publicou: “No que diz respeito às enfermeiras ou assistentes de sala, estão em posição semelhante a das assistentes de hotel, e necessitam de poucos ensinamentos além da preparação de cataplasmas”.(DONAHUE, 1985, p.248).

No entanto, outros médicos como J.Henri Dunant, sensibilizado com os horrores da guerra entre Áustria e França, e, após constatar a presença de apenas dois médicos para cuidar de seis mil feridos recrutou pessoas para prover cuidados de enfermagem. Inspirado no exemplo de Florence Nightingale, em 1863 na Criméia, Dunant propôs a criação da Cruz Vermelha e, em 1864, os governantes de doze países celebraram a Convenção de Genebra na qual constavam os princípios para o tratamento dos feridos de guerra, a provisão de recursos humanos e materiais necessários para o atendimento dos feridos, a utilização de um emblema único – a cruz vermelha. Esse emblema tornou-se indissociável da figura da enfermeira (DONAHUE, 1985).

Segundo Donahue (1985), todos os governos concordaram em honrar as enfermeiras da Cruz Vermelha, em reconhecimento da importância de seus cuidados aos feridos de guerra. O símbolo da cruz passou então a sinalizar os uniformes de enfermeiras e materiais para a prestação de cuidados.

A relevante participação das enfermeiras no salvamento dos soldados feridos nas guerras (Revolução Americana, 1607 a 1777; Criméia, 1854 a 1856 ; Guerra de Secessão, 1861 a 1865; I Guerra Mundial, 1914 a 1918; II Guerra Mundial 1939 a 1945 ; Coréia 1950 1953; Vietnam 1961 a 1975), contribuiu para relacionar, definitivamente,

a imagem da enfermeira ao procedimento de cuidar de feridas e realizar curativos.(MELLO e COSTA, 1993).

De acordo com relatos da Guerra de Secessão, levantados pela historiadora de enfermagem Patrícia Donahue (1985, p.288), sabe-se que “as enfermeiras administravam medicamentos, se ocupavam da alimentação e bandagem das feridas”. A autora afirma, ainda, que naquela guerra, cerca de seiscentos e dezoito mil homens morreram em consequência das feridas e de doenças, e os que sofreram feridas menos graves tiveram que enfrentar as condições sanitárias inadequadas das unidades de cuidado. A septicemia, a erisipela, a gangrena e o tétano foram as complicações mais comuns entre os feridos.

Durante a primeira Guerra foram desenvolvidas soluções antissépticas com objetivo de tratar a infecção e a gangrena dos soldados (DEALEY, 1996).

A constância das guerras estimulou a expansão das escolas de enfermagem em toda Europa e América do Norte. Nas primeiras escolas norte-americanas, a exemplo do Woman’s Hospital of Philadélphia, o curso de enfermagem tinha a duração de seis meses e incluía conteúdos de cirurgia, medicina, obstetrícia, preparação de cataplasmas e gessos, nutrição, dietética e métodos de cozinha.

Para Donahue (1985), as escolas americanas tinham o objetivo de preparar as enfermeiras para cuidar dos pacientes por meio da aplicação de bandagens, e a rotina da enfermeira, nas tendas de cuidado a feridos, durante a guerra da Coréia, consistia em verificar e anotar na papeleta o pulso e a pressão arterial, transfundir sangue, aplicar penicilina nas feridas abertas, cortar as roupas e expor as feridas, identificar os casos graves e distribuir os pacientes de acordo com o tipo de tratamento que necessitavam. Entre esses, a maioria apresentava feridas torácicas, abdominais e de extremidades.

Segundo Dealey (1996), antes de 1930, os curativos das alas cirúrgicas dos hospitais eram realizados pelos médicos e estudantes de medicina. Posteriormente, o procedimento foi delegado às freiras e, mais tarde, incorporado à prática da enfermagem. A aproximação da enfermagem às pessoas com feridas concorreu para o desenvolvimento de técnicas assépticas de curativo, nas quais se evitava tocar diretamente no corpo dos pacientes.

Durante as décadas de 1930 e 1940 a enfermagem organizava tambores que continham materiais para utilização em curativos: quadrados de gaze, bolas de algodão e buchas (DEALEY, 1996). Na década de 1980, o uso dos tambores foi substituído por “kits curativo¹²” envoltos por papel Kraft ou campos duplos de tecido de brim e, a partir de 1980, por papel Grau cirúrgico.

Em 1980 ainda era comum o uso de medidas higienizadoras nos quartos de pacientes. Tais medidas consistiam em manter bacias contendo permanganato de potássio sob a cama das pessoas portadoras de feridas fétidas visando a redução de odores desagradáveis. Os antissépticos foram amplamente difundidos nas unidades hospitalares durante esse período, tais como o hipoclorito de sódio, iodo, polivinipirrolidona, álcool, peróxido de hidrogênio 3% (água oxigenada) e a clorohexidina.

Para a técnica de curativo recomendava-se o uso de chumaços de gaze umedecidos com antissépticos, amplamente esfregados no leito da lesão. Após o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, incorporou-se a esta prática o uso de luvas de procedimento para proteção do cuidador frente ao risco de contrair a doença.

¹² composto de pinça anatômica, pinça anatômica com dente de rato, pinça pean e tentacânula; gazes e bolas de algodão (Nota da autora).

Com o surgimento das especialidades em enfermagem, como a Estomaterapia e Enfermagem Dermatológica, iniciou-se uma série de discussões nos ambientes de prática assistencial e acadêmica, voltadas para a compreensão dos processos de cicatrização e seus fatores intervenientes. O desenvolvimento dessas especialidades estimulou as enfermeiras a buscarem novas formas de cuidar dessa clientela, ampliando seu olhar, abandonando a visão restrita à ferida e buscando o cuidado integral do ser humano, um cuidado com vistas na avaliação de fatores sistêmicos que interfiram na cicatrização, tais como: nutrição, sono, repouso, uso de medicamentos, doenças crônico-degenerativas, limitação motora e neurológica, dentre outras. Com isso, a enfermagem dá um salto qualitativo para a assistência, apresenta resultados positivos no seu trabalho ganhando visibilidade na equipe multiprofissional e enriquecendo o seu corpo de conhecimentos.

Diante dos avanços da Enfermagem, percebidos pela construção, aplicação, avaliação e difusão de conhecimentos da Estomaterapia e Dermatologia, as enfermeiras substituem as antigas técnicas pela técnica da irrigação da ferida com solução salina morna, como meio de favorecer a limpeza, manter o meio termoneuro, menos traumático e menos doloroso ao paciente. As coberturas de gaze de algodão são, em algumas situações, substituídas por coberturas bioativas que interagem com a ferida promovendo a cicatrização e/ou a absorção de secreções e redução dos odores.

As abordagens mais integralizadoras e generalistas, menos centradas na ferida podem-se constituir num reflexo ou como consequência de um novo paradigma para as ciências da saúde. Esse novo paradigma, apreendido das ciências humanas, emerge como tentativa de escapar do modelo cartesiano predominante e bastante sedimentado na cultura ocidental, em busca de abordagens holísticas às pessoas com feridas.

Uma ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais; uma marca ou uma mágoa,

uma perda irreparável ou uma doença incurável. A ferida é algo que fragiliza e muitas vezes incapacita. (DANTAS, 2003, p.3).

Portanto, depreende-se dessa autora que cuidar da ferida de alguém vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo. Assim, estar atento à subjetividade da pessoa, ao enfrentamento da situação de saúde/doença, à manifestação de tristeza e medo, de atitudes de agressividade ou recusa dos cuidados, às crenças e expectativas poderá revelar dados importantes para a solução de problemas que envolve o contexto do cuidado da pessoa com a ferida. Conforme Remen (1993, p.42) “Ignorar a esfera subjetiva faz com que determinados recursos e informações muito importantes se tornem inacessíveis”. Esta autora reforça, ainda, que, ao desconsiderar a esfera subjetiva, descartamos o que há de mais humano nas pessoas a que cuidamos e em nós mesmos, por valorizarmos tudo aquilo que se expressa em números e dispensarmos aquilo que só se expressa em palavras.

2.3 O CUIDAR/CUIDADO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADOR E A PESSOA COM FERIDA INFECTADA

Ao buscar a representação da palavra cuidar, deparamo-nos com termos que redundarão numa frase do senso comum citada por Collière (1999), ou seja, significa **tomar conta de algo ou de alguém**¹³. Nos dicionários, é possível encontrar cuidar como imaginar, meditar, cogitar, julgar, supor; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; ter cuidado, fazer os preparativos; zelar, ter desvelo; prevenir-se; ter cuidado consigo mesmo. (FERREIRA,1993; XIMENES, 2000).

Pensar sobre o cuidar/cuidado conduz-nos a refletir sobre as contribuições que a prática de cuidar/cuidado pode trazer para a preservação não só do homem mas, de toda

¹³ Grifo nosso

forma de vida no planeta. Nesse sentido, o cuidar ganha uma dimensão ecológica e ética, pois

[...] desde que surge a vida que existem os cuidados, por que é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidado, por que cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie. (COLLIÉRE,1999, p.27).

À Enfermagem cabe conceber seus modelos de cuidado profissional e apreender como o cuidar é representado pelos cuidadores e por aqueles que a seus cuidadosrecorrem, e como este cuidar/cuidado tem se reproduzido na prática.

Esse interesse da Enfermagem em conceber, delimitar, explorar e compreender as facetas do cuidar/cuidado relaciona-se à necessidade de ampliação do seu corpo de conhecimentos e de confirmação da importância de seu papel dentro da sociedade. Seus estudos têm buscado explorar o cuidar sob várias perspectivas: antropológica, filosófica, psicossocial e fenomenológica (WOLFF,1996).

Mas o que vem a ser cuidar? A palavra que se origina de *cogitare-cogitatus* (latim) está vinculada à atitude de preservar, zelar, mostrar atitude de desvelo, interesse e responsabilidade (BOFF, 1999). Cuidar, então, resulta na preocupação com o outro, no respeito à sua integridade e sobretudo na preservação da dignidade humana.

Diariamente, adotamos medidas de cuidado para a preservação de nós mesmos, de outras pessoas e daqueles que prezamos. Tomamos banho e escovamos os dentes ao acordar, nos agasalhamos no frio ou vestimos roupas leves no calor, regamos as plantas que embelezam o nosso jardim, conversamos e acarinhamos nosso bicho de estimação, telefonamos e enviamos cartões e mensagens para os nossos amigos, enfim, sem esse cuidar tudo que está ao nosso redor está ameaçado, inclusive nós mesmos.

Ao tratar desse tema na Enfermagem vale ressaltar que cuidar envolve uma relação entre dois sujeitos: o ser que cuida e o que é cuidado. Desse modo, a relação do cuidar/cuidado deve ser entendida como espaço de construção intersubjetiva uma vez que envolve o simbólico e a troca de experiências entre pessoas com diversas concepções e visões de mundo.

De acordo com Oliveira e Alvarenga (1993,p.60) essas relações são complexas e compõem-se por

[...] uma verdadeira teia de relações da qual participam três elementos: o ponto de vista do profissional sobre o objeto de sua prática (suas representações); o contexto institucional onde essa prática se desenvolve e as demandas trazidas pela população atendida (suas representações).

A cada relação o cuidador e o ser cuidado re-elaboram o seu modo de ser e de estar no mundo. Nesse sentido, cuidar deve ser precedido de intenção, ou seja, quem cuida deve comprometer-se, envolver-se intencionalmente com aquele que necessita do cuidado. O envolvimento mútuo favorecerá o encontro de ações humanizadoras e emancipatórias, pelas quais é possível vislumbrar a independência do ser cuidado, a partir do momento que ambos os sujeitos participam em papéis de igual importância na busca de soluções e tomada de decisões.

Ao serem resgatadas as práticas de cuidar/cuidado primitivas, observa-se que estas evoluíram a partir da ação instintiva de preservação das mulheres/mães que cuidavam de suas crianças, doentes e idosos. Após esse período (pré-cristão), nota-se a presença de práticas do cuidar ligadas ao poder mágico-sacerdotal, exercidas por sacerdotes ou xamãs (feiticeiros). Posteriormente, o cuidar passa a ser executado por leigos, mulheres de baixo valor moral e pessoas socialmente desclassificadas (COLLIÉRE,1999; OGUISSO, 2005).

Sob influência do cristianismo, ocorre uma expansão de hospitais vinculados à igreja e à prática da caridade e bondade atrelando o cuidar ao status de sacrifício por ser exercido pelas mulheres consagradas (freiras). Nesse sentido, cuidar representa prestar um serviço a Deus e a enfermagem é uma obra de caridade, possibilitando espiar culpas e livrar-se dos pecados. Por fim, no século XIX Florence Nightingale inaugura um modelo de cuidar/cuidado marcado por uma rígida disciplina militar, realizado por damas respeitáveis da sociedade inglesa, o que lhe conferiu status profissional, já agregando também alguns conteúdos científicos. Já no séc.XX, o uso de teorias desenvolvidas pelas enfermeiras possibilita à enfermagem dar cunho científico à profissão (OGUISSO, 2005; GEOVANINI et al.2002).

Percebe-se, então, que o cuidar foi e é exercido por diversos sujeitos ao longo da trajetória histórica, sob influências de seu contexto social e sendo, prioritariamente, exercido por mulheres, mas, não exclusivamente pela Enfermagem, como por outros grupos.

Um grupo caracteriza-se por ser um conjunto de indivíduos que compartilham determinadas normas na realização de uma tarefa. A repetição rotineira dessas normas e atitudes são reveladas na estrutura e integração do eu individual e do eu grupal, conferindo ao grupo uma identidade. (BLEGER ,1991; CRUZ, 2003). Nesse sentido, os diversos profissionais da Enfermagem compõem um grupo de pessoas que interagem em torno de práticas de cuidar de outras pessoas.

Essas práticas, segundo Moscovici (2003) são introjetadas e influenciam a mente de cada um individualmente, mas não são pensadas, são, na verdade, “re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas”. Ainda para esse autor as Representações sociais (RS) “[...] são o produto de uma seqüência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações”.

Como ressalta Roach, os programas de formação das profissões da saúde, buscam qualificar a todos para cuidar, por meio de habilidades específicas, diferindo apenas na forma como cuidam.(1993 apud WALDOW,1998, p.21). No caso da enfermagem cuidar diz respeito a seu papel essencial, construído por meio da relação interpessoal, com objetivos centrados na manutenção e reparação da vida.

Vale lembrar que outras profissões têm se preocupado em discutir o cuidar: antropólogos, sociólogos, filósofos, médicos, psicólogos, arquitetos, teólogos, artistas e políticos.(LEITE SILVA, 1997). Segundo esta autora, o cuidar/cuidado está presente, também, em outras ocupações, a exemplo de cabeleireiros, massagistas, terapeutas, domésticas e todos aqueles que se associam ao papel de ajuda para a preservação da vida. No entanto, as ocupações e profissões mais conhecidas no desenvolvimento da prática do cuidar estão vinculadas à saúde.

A compreensão do cuidar pela enfermagem sensibiliza o cuidador a perceber a pessoa com ferida infectada, não como mero objeto receptor de desbridamentos e curativos, mas como um sujeito-ator, com capacidades para pensar, decidir, agir e transformar. Assim,

O outro, ser cuidado passa a ser colaborador no processo e com responsabilidades no resultado de cuidar/cuidado. Sua história de vida, sua experiência e cultura são considerados, bem como sua individualidade e desejos. O ser cuidado passa a ter uma identidade, deixa de ser objeto, sendo assim, passa a ser amado, tocado e compreendido.(WALDOW, 1998, p. 25).

Um dos desdobramentos da concepção holística do cuidar é ouvir o ser cuidado, torná-lo participativo, valorizar suas crenças, sua visão de mundo. Prestar cuidados que sejam capazes de melhorar o corpo biológico e as demais dimensões do ser humano contribuirá para um indivíduo mais pleno, participativo e não um mero receptor de

curativos. Ao envolver o ser cuidado no processo de cuidar/cuidado é possível estabelecer uma relação de troca, na qual aquele, por sua vez, ao participar do seu próprio cuidado, sente-se valorizado e comprometido com sua melhora.

Discutir o cuidar com o ser cuidado colabora para que a enfermagem assuma uma atitude ético-humanística, considerando a afirmativa de Bonin de que “[...] apesar do indivíduo ser concebido como o produto da história e da cultura, é também um ser intencional e criativo, em constante transformação [...]”.(1998, p.60). Desse modo, a relação passa a ser marcada pelo envolvimento, compromisso e responsabilidade, na medida em que a enfermagem preocupa-se com o que o outro pensa, sente e deseja. O cuidado torna-se, então, um espaço de crescimento mútuo.

Segundo Waldow (1992), para cuidar, a enfermagem deve levar em consideração as particularidades de cada indivíduo, reforçando o comportamento de auto-cuidado, visando não somente a cura de doenças, mas o estímulo à busca pela liberdade e plenitude como ser humano.

A prática de cuidar, elaborada e construída em grupo, neste caso a equipe de enfermagem, encontra-se alicerçada na cultura, valores e crenças de quem a vivencia, sendo modificável por seus sujeitos ao compartilharem suas idéias em espaço comum. Em outras palavras, a forma como cuidamos serve de incentivo, para quem é cuidado ou para quem nos observa, a adotar semelhantes práticas. Portanto, se adotarmos modos de cuidar mecânicos, condicionados pela obediência às normas rígidas e com pouco interesse no ser humano estaremos abortando a possibilidade de formarmos e transformarmos-nos em cuidadores mais criativos, sensíveis e solidários.

Considerando que as RS do cuidar de pessoas resultam de práticas socialmente construídas, não podem ser compreendidas isoladas das condições do meio que as delineiam. Conhecer o contexto permite elucidar as condições de produção, circulação,

funções e transformação das RS.(SPINK, 2004). Os ambientes de atuação da Enfermagem, pela sua própria dinâmica, são marcados pela frieza das relações e pouco contato humano.(WALDOW, 2004). Paradoxalmente, o cenário da assistência deveria resgatar o ser humano através do cuidar em seu sentido ético e humano, no entanto está mais compatível com atitudes do não-cuidado, carecendo de transformação.

Para que continuemos a existir e a cuidar do outro, torna-se imprescindível cuidar de nós mesmos e de nossas relações. É na relação que se dá a troca de experiências, imagens, sentimentos, afetos, comportamentos e valores, a qual constitui oportunidade para a re-criação, disseminação e transformação dessas práticas de cuidar, mediadas pela comunicação e influenciadas por seu contexto. (MOSCOVICI, 2003; CRUZ,2003; SPINK,2004).

É preciso ampliar a visão para entender que o cuidar está voltado para todos os sujeitos em sua integralidade, e não apenas para aqueles cuja saúde encontra-se ameaçada, pois esta concepção, dentro da qual fomos condicionados, está centrada no modelo biomédico e na fragmentação do sujeito em partes. Esse sujeito, considerado a máquina de produzir bens e riquezas, que só tem valor quando está íntegro e produtivo e, por isso, nos preocupamos apenas em consertar a parte deficiente, que atrapalha o funcionamento do corpo. Ampliar essa visão para o alcance da representação do homem em sua totalidade e de sua família, em seu contexto social, é o desafio para todos os cuidadores de Enfermagem.

Ao reproduzir o reducionismo da biologia moderna, a medicina aderiu à divisão cartesiana, negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, conforme assegura Capra (1992). Tais padrões influenciaram a enfermagem por estar historicamente atrelada às práticas médicas de cura. No entanto, somente isso não é mais admissível nos dias de hoje. Sob influência do cartesianismo, a abordagem do

cuidado das pessoas com feridas está permeada por uma cultura tecnicista, fomentada pelas recentes descobertas a cerca do processo cicatricial e das terapias tópicas desenvolvidas pela indústria para o tratamento de feridas.

O advento de novas tecnologias para tratamento de feridas trouxe inquestionáveis benefícios para os usuários e seus cuidadores, tais como conforto por eliminação de odores, segurança, melhora da auto-imagem e auto-estima, redução do número de trocas de curativos, e do risco de trauma da ferida e da dor, além de diminuir o tempo gasto com procedimentos, que pode ser reservado para a interação entre as pessoas. Cabe agora à enfermagem aliar todos esses benefícios tecnológicos aos aspectos humanos do cuidado, por que “o processo de cuidar de pacientes com feridas agudas e crônicas é muito mais amplo, científico e interdisciplinar do que cuidar de feridas”. (SANTOS, 2000, p.303).

Ayello (2003, apud MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003, p.8) , adverte os profissionais para mitos e crenças incorporados ao cotidiano e que são utilizados como argumentos para a adoção de condutas; Ele ressalta que os profissionais podem ser influenciados a adotar novos recursos da tecnologia como “**substitutos do cuidado**¹⁴”. Valores como esses podem contribuir para uma abordagem do cliente pouco eficaz e desumana. Destaco que minha posição não é contrária ao uso das tecnologias para o tratamento de pessoas com feridas, mas contra o modo como elas estão sendo utilizadas na prática, de modo a acreditar-se que as novas terapias tópicas podem solucionar todos os problemas que envolvem a pessoa e sua ferida.

De acordo com Cruz (2003) e Jodelet (2005) é na comunicação que as trocas de experiências dirigem as formas de agir. Acredito que pensar a tecnologia como substituta do cuidado incorpora-se às práticas de cuidar a partir das trocas de informações ocorridas entre os grupos durante as atualizações, cursos e treinamentos

¹⁴ Grifo nosso

dirigidos à propagação do consumo de produtos, quase sempre promovidos pela indústria de coberturas. Pouca ou nenhuma ênfase é dada à discussão do custo-benefício dessas tecnologias, de alternativas para torná-las acessíveis à maioria da população, e ao relacionamento interpessoal, bem como dos limites impostos pela individualidade dos sujeitos envolvidos no cuidado.

Pereira e Galperin (1995, p.139) abordam o cuidado como “a história compartilhada por alguém que permite ao outro participar da experiência através de pequenas doses de envolvimento pessoal, familiarizando-se com sentimentos situados fora de sua própria experiência pessoal”.

Entendo cuidar como um ato que se faz através de um partilhar contínuo, por envolver sentimentos, percepções e valores de ambas as partes – cuidador e ser cuidado, essa relação promove uma mudança em quem cuida e naquele que é cuidado. Segundo Watson (1998 apud WALDOW, 1998, p.165) “A arte da enfermagem inclui a disponibilidade em receber o outro ser, em compreender sua experiência e em expressar isso, permitindo que o outro também expresse seus sentimentos”. Nessa perspectiva, observa-se, e é real, o fato de que as representações daqueles que cuidam de pessoas com lesões infectadas, seja em hospitais ou domicílios, tais como: raiva, repulsa, depressão, medo de contágio e piedade têm influenciado o processo do cuidar/cuidado (DOMANSKI, 1999 apud MAGALHÃES, 2001, p.1).

O momento de prestação de cuidados à pessoa com ferida infectada possibilita a interação e percepção de elementos não verbais que podem significar necessidades de ajuda e intervenção de enfermagem. Não é raro perceber, ao realizar o curativo, que a pessoa cuidada cobre a face ou adota uma postura encurvada para não ver a ferida, denotando um sujeito frágil e carente de atenção.

O tratamento de pessoas com ferida infectada demanda prolongado tempo de acompanhamento ambulatorial ou hospitalar. Para Magalhães (2001), esse período é importante por proporcionar a

construção de atitudes e vínculos entre os pacientes, enfermeiros e equipe, que decorrem da constante permanência destes profissionais na prestação de cuidados. Constitui-se, então, um espaço rico para a intersubjetividade entre cuidador e ser cuidado, com possibilidades de construção de um cuidado integral, humanizado, comprometido com a emancipação do indivíduo com vistas ao seu auto-cuidado. Nesse interim, ocorre a construção das RS consideradas

[...] uma visão funcional do mundo, que por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade. (ABRIC, 2000, p.28).

Ao cuidar da pessoa com ferida infectada, a equipe de enfermagem tem a oportunidade de desenvolver um novo olhar, de inteireza, sobre o ser humano que recorre a seus cuidados. Assim, abandonar a prática reducionista permitir-lhe-á perceber o outro em sua totalidade, resgatando a noção do ser humano em sua complexidade.

No entanto, esse profissional que cuida de pessoas com feridas também sofre impacto, lançando mão de mecanismos de defesa, como tornar-se frio para evitar tocar em suas próprias “feridas”, em consequência de um convívio diário do profissional com:

[...] um ser humano especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto no corpo quanto na alma. A auto estima destrocada, a dura e prolongada recuperação e a perspectiva das complicações e seqüelas são fantasmas que, geralmente acompanham o tratamento desse tipo de doente. (DANTAS FILHO; 2003, p. 9).

Cuidar de pessoas com feridas infectadas pode ser marcado por sentimento de medo por parte da equipe de enfermagem. Os profissionais temem contaminar-se, além de ter que enfrentar a fragilidade do ser humano que porta uma ferida infectada. Desse modo, cuidar deles representa conviver com pessoas em sofrimento, o que mobiliza sentimentos de medo e provoca no profissional uma reflexão perante a condição humana (CARVALHO E SADIGURSKY , 2004).

Situações de saúde/doença, que modificam a integridade da pele podem gerar alterações na auto-imagem, ou seja, modificar o modo como o indivíduo vê a si mesmo, assim como podem, ainda, motivar sentimentos negativos e auto-depreciativos.

Para Sapountzi-Krepia et al. (2001 apud SILVA e SILVA, 2002) as reações às modificações do corpo físico são influenciadas pelo tipo de tratamento, os valores, a família e cultura da pessoa. Segundo esses autores “[...] os pacientes respondem às perdas de modo pessoal e a família, amigos e, principalmente, os profissionais da saúde podem ajudá-los a aceitar essa imagem do corpo, agora modificada”.(p.77). Desse modo, as abordagens normativas, padronizadas estão centradas na ferida, não atingem o indivíduo que é singular em sua dor e em sua resposta à perda de integridade do corpo, apenas o reduz ao padrão esperado de uma doença específica, num esquema de causa e efeito.

É preciso que os profissionais estejam atentos para não se aterem somente ao que assegura os protocolos, as normas, sob risco de tornar o cuidado cada vez mais mecânico, mas, através de seu olhar sensível, atingir não apenas o fragmento do corpo lesado, e sim um ser humano completo e que sofre.

A tendência de representar a pessoa como retrato de sua doença está presente nas práticas de saúde da atualidade. Para Remen, ao chamarmos as pessoas que cuidamos, por um número de leito ou pelo nome da doença, pode parecer inofensivo, partindo de cuidadores ocupados tentando ser eficientes a priori. Embora essa autora tenha discutido esses aspectos há cerca de dez anos, essa prática ainda é hábito cristalizado e depende do senso comum, refletido na linguagem do cotidiano: “*Vamos admitir um pé diabético*”, “*Prepara material para o curativo da fasceíte*”, “*A erisipela do quarto 112 precisa de dois curativos ao dia*”. Essa visão tem alicerçado e

justificado, até agora, as ações de cuidar/cuidado nas unidades de saúde. (REMEN,1993, p.24).

Cada pessoa reage à ferida de uma maneira particular, individual, ímpar. Ao adotarmos o uso de rótulos, desconsideramos essa individualidade e fingimos para nós mesmos que já sabemos “tudo” sobre a quem chamamos de “erisipela”. Quando nos envolvemos em um relacionamento de cuidar/cuidado, o sujeito passa a representar uma pessoa importante para nós e, por isso, deveremos estar atentos para proporcionar um ambiente adequado para o seu cuidado e observar as reações emocionais desse ser humano que se apresenta com uma ferida, apreendendo, antes de tudo, que essa pessoa humana é singular.

Considerando as repercussões que a ferida tem no estado psicológico da pessoa, visto que sua ocorrência afeta a auto-estima, a auto-imagem e qualidade de vida, e por acreditar que as crenças dos cuidadores influenciam o modo como se relacionam com sua clientela, fazem-se necessários, estudos que contribuam para apreender essas crenças, com vistas a incorporar novos conteúdos para a adoção de uma representação ético-humanística do cuidado a ser prestado às pessoas com feridas infectadas.

3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das Representações Sociais foi elaborada por Serge Moscovici através de investigações empíricas e elaborações teóricas sobre o conceito de representação, publicada em 1961 na sua tese *La psychanalyse, son image et son public*¹⁵, cujo objetivo era identificar e analisar o que ocorria quando um novo campo de conhecimento era disseminado em uma dada população, neste caso a Psicanálise (FARR,1995).

Assim, a teoria das Representações Sociais tem sido utilizada, em vários estudos no campo da saúde, por diversos pesquisadores com o objetivo de apreender a realidade vivida por trabalhadores e usuários dos serviços, contribuindo para a compreensão dos elementos subjetivos da relação entre cuidador e ser cuidado.

Nesse sentido, as representações da equipe de enfermagem, a cerca do cuidar de portadores de feridas infectadas, constituem-se fenômenos sociais que, embora apreendidos individualmente, devem ser compreendidos no seu ambiente de elaboração, expondo a visão da enfermagem sobre o seu cuidar.

A Representação Social refere-se a uma forma específica de conhecimento, no qual ressalta o construído no senso comum, a partir do vivido no cotidiano dos sujeitos, elaborado nas relações sociais,

¹⁵ A psicanálise, sua imagem e seu público.

condicionando a forma de agir e pensar deles sobre a realidade percebida. É considerada como fator importante na elaboração de condutas, na conformação e justificação de comportamentos adotados, e se estabelece mediada pela linguagem (ARRUDA,1983; SPINK,1993; FERNANDES et al, 2002).

A representação consiste numa organização para a ação, por conduzir à adoção de comportamentos e por alterar ou reconstituir os elementos do contexto em que o comportamento deve existir. As RS são, assim, modificáveis à medida em que novos processos de comunicação, entre os sujeitos, favorecem a emergência de novos conceitos e fenômenos.

Portanto, as RS “[...] são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente”.(JOVCHELOVITCH, 1998, p.74). Constitui-se num espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: o domínio da vida comum, o espaço público (FERNANDES et al, 2002).

As representações estruturam-se mediante os processos de objetivação e ancoragem. A objetivação está diretamente relacionada com a constituição formal do conhecimento por meio de imagens e símbolos que transcendem o nível simbólico e abstrato, passando a operar como algo concreto e real. Para Arruda (1983, p.10) a objetivação “é o processo que dá materialidade às idéias (abstratas) tornando-as objetivas, concretas e palpáveis”.

A autora afirma que a ancoragem está relacionada à interpretação do sujeito sobre uma dada realidade, pois “a partir de nossa bagagem racional, com seus conhecimentos, e também de nossa experiência anterior à inserção social, ancoraremos o ‘objeto não identificado’ no caos do nosso universo de idéias, transformando o que nos é desconhecido em algo familiar”.(1983, p.10).

Assim, a objetivação e a ancoragem são referidas como formas específicas, em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo a produção simbólica para um nível quase material, dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social. Objetivar é, portanto, congregar significados diferentes; ao assim fazer, os sujeitos sociais ancoram o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada (JODELET, 1989).

Moscovici (1978) declara que as RS, por serem compartilhadas socialmente, compreendem fenômenos psicossociais e atendem às funções de: elaborar condutas, o que permite compreender e explicar a realidade, transmitir e difundir o saber, e orientar as comunicações sociais, guiando os comportamentos e a prática.

Além dessas funções foram identificadas por Abric (2000). Segundo esse autor, as RS se desdobram em quatro funções importantes na construção das relações e práticas sociais: a função de *saber* conduz os sujeitos a adquirirem conhecimentos e agrega-os em um ambiente capaz de absorvê-los e compreendê-los, estando em harmonia com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais se somam, favorecendo, portanto, a compreensão e explicação da realidade, por constituir-se em um saber prático; função *identitária*, através da qual os sujeitos se identificam dentro de um grupo social, mediante a elaboração de normas e valores compartilhados; função de *orientação*, refere-se à propriedade que as RS tem de produzir comportamentos, servindo como uma espécie de guia adotado pelos sujeitos para conduzir, referenciar suas condutas e práticas frente às situações ou fatos; e a função *justificadora* que permite justificar os comportamentos adotados. “[...] elas intervêm também na avaliação da ação, permitindo aos atores explicar e justificar suas condutas em uma situação ou face a seus parceiros”. (ABRIC, 2000, p.28-30).

As Representações Sociais são compostas por um duplo sistema: o núcleo central e o sistema periférico.

O Núcleo Central é determinado por influências sócio-históricas, refere-se à parte mais estável da representação, resiste a mudanças e independe do contexto imediato. Está relacionado ao contexto geral determinante das normas e valores dos indivíduos e grupos. Já o Sistema Periférico está associado aos determinantes imediatos do contexto em que os sujeitos se encontram. Esse sistema permite a inserção de novos conteúdos, comportamentos e práticas a partir das experiências do cotidiano (ABRIC, 2000, p.30-31).

Como o trabalho da Enfermagem se processa em ambientes onde a interação torna-se ferramenta essencial na construção do cuidado, o cotidiano do grupo é permeado por valores e crenças construídas na intersubjetividade desses sujeitos, emergindo, desse contexto, um conhecimento peculiar e comum aos indivíduos que o compõem.

Vale salientar que, apesar das representações se cristalizarem, elas não são imutáveis, pois, por meio de influências sociais, elas sofrem modificações são re-estruturadas. Elas são, também, estruturantes, uma vez que dão significado à realidade e incorporam, numa rede de significados, aquilo que é estranho (SPINK, 1993). Diante dessa construção dinâmica, novos significados, informações e imagens se incorporam ao conhecimento (cristalizado-ancorado), permitindo re-elaborar o conhecimento de um grupo, através das trocas na comunicação.

Acredito que as pessoas com feridas, bem como as que cuidam delas, estão cercadas de estereótipos dentro dos próprios espaços de cuidado, e a Teoria das Representações sociais favoreceu a exploração de tais conteúdos que se encontram cristalizadas na prática da Enfermagem, a partir do que seus sujeitos comunicam e evocam.

No ambiente social do cuidado é possível observar e apreender sentimentos, atitudes e palavras que expressam as imagens guardadas na memória dos profissionais, imagens essas construídas a cerca do sujeito de sua prática, a cerca de si mesmos e sobre seu ambiente de trabalho. Conhecer as RS de um grupo permite acessar conteúdos a cerca de suas necessidades.

Um estudo de representações exige que os sujeitos da pesquisa relatem informações advindas de sua experiência a cerca do objeto sujeito estudado. Neste estudo o objeto - Cuidando de pessoas com feridas infectadas - é representado por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, considerando a estreita relação desses com o referido “objeto”.

As RS dos profissionais de enfermagem podem influenciar diretamente na qualidade da atenção dada aos usuários, considerando que são as RS responsáveis pela escolha das atitudes que representam socialmente a identidade do grupo e sua prática de cuidar.

4 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo exploratório, utilizei uma abordagem multimetodológica, considerando aspectos quantitativos e qualitativos, fundamentados na Teoria das Representações Sociais (RS), com análise da estrutura do seu Núcleo Central (NC), valorizando o conteúdo dos discursos e as cognições apreendidas pela técnica de evocação livre de palavras.

Optei pelo caminho metodológico aqui descrito por tratar-se de um objeto complexo, que reflete as minhas inquietações de enfermeira, professora e pesquisadora que cuida de pessoas e ensina parceiros da equipe de enfermagem a cuidar de pessoas

Uma abordagem multimétodo justifica-se à medida que permite o acesso de ampla amostra, variadas interações do indivíduo com o seu meio ambiente, assim como a análise conjunta, que permite contemplar e comparar os significados atribuídos conscientemente às suas comunicações, como forma de inquirir até que ponto a elaboração do pensamento inconsciente encontra-se relacionada com a elaboração do pensamento cognitivo (COUTINHO, 2001 apud SALES 2004, p.74).

Este estudo viabiliza a tradução do conhecimento do senso comum de um grupo que vive e constrói seu mundo objetivo (a prática de cuidar de pessoas com feridas infectadas) a partir de seu mundo subjetivo (suas crenças/significados/concepções de cuidar de pessoas com feridas infectadas). Possibilita, ainda, conhecer o mundo simbólico construído por esses sujeitos dentro do mundo real do cuidado, lembrando que esses mundos indissociáveis não estão prontos mas em constante mudança, pois a cada aproximação, cada comunicação, cada troca favorece a mobilidade das imagens e a re-elaboração dos significados, na relação sujeito-contexto e sujeito/sujeito.

De acordo com Polit e Hungler (2004), o estudo qualitativo em geral é descritivo, preocupa-se com os indivíduos em seu ambiente natural em todas as suas complexidades, e baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus atores.

Para Richardson et al. (1985), a pesquisa qualitativa possibilita a compreensão das características e significados de situações vivenciadas num determinado contexto, a partir da descrição das diferentes formas de percepção dos sujeitos investigados e dos problemas ou das situações que a eles se apresentam em seu cotidiano.

Por ser esta uma pesquisa também qualitativa, preocupou-se com o processo e não simplesmente com os seus resultados, com o campo, como o ponto de partida para as análises a serem realizadas, e, especialmente, com o significado do objeto em estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Fundamentei este estudo nos pressupostos teórico-metodológicos das Representações Sociais de Moscovici, por “[...] se constituir uma oportunidade de compreender a versão de um segmento particular sobre a realidade percebida” (RODRIGUES, 1999, p.45-46), neste caso, o segmento da enfermagem. E, para melhor compreensão, analisou-se a estrutura da Representação Social com base na Teoria do Núcleo Central de Abric, por considerar que “toda representação está organizada em torno de um núcleo central (...), que determina, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna”(ABRIC, 1994, p.73 apud SÁ, 1996, p.67).

A escolha pela teoria Moscoviciana surgiu do interesse em apreender como o conhecimento, as crenças e os valores são representados pelos membros da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas com feridas infectadas, justificada pelo fato desse conhecimento ser construído no ambiente social do hospital e da unidade de saúde.

Deu-se, a opção feita, também, por considerar que, para as pessoas com feridas infectadas, as RS exercem importante influência no modo como os profissionais de enfermagem praticam o cuidado. E por minha visão de mundo, fundamentada na importância do sujeito para a edificação e transformação de seu próprio mundo, o que vem contribuir com a construção de um conhecimento ainda pouco explorado.

No que se refere à parte quantitativa, justificou-se por permitir apreender os aspectos do Núcleo central das Representações Sociais da equipe de enfermagem de modo a enriquecer e aprofundar a análise na exploração do fenômeno aqui estudado.

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

A cidade de Feira de Santana, importante centro regional do Estado da Bahia, localiza-se a 110 km da capital, Salvador, possui uma área de 1.363 km² e população estimada em 519.173 habitantes, sendo em sua maioria adultos jovens, a segunda cidade mais populosa do Estado (IBGE, 2004). Destaca-se por sua atividade comercial e agropecuária. Por estar geograficamente situada em importante entroncamento

rodoviário que liga norte e sul do país através das BR324, BR 201 e BR116, atrai a migração de pessoas em busca de melhores oportunidades de trabalho e de vida.

Dispõe de três escolas de enfermagem de nível superior, sendo uma pública e duas privadas, e três escolas privadas de nível médio. Encontra-se na Gestão Plena do processo de municipalização da saúde. Sua rede de serviços de saúde constitui-se de 3 Hospitais Gerais Públicos, 19 Unidades Básicas de Saúde e 83 Unidades de Saúde da Família, além da rede complementar de serviços privados conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Desse universo foram escolhidas três organizações de saúde para campo de pesquisa: O Hospital Geral Clériston Andrade, as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde .

Os locais referidos foram escolhidos como campo de estudo por possuírem um significativo número de profissionais de enfermagem e, principalmente, por receberem a maior demanda de pessoas com feridas infectadas da região.

O Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) é referência em assistência de alta e média complexidade para a cidade de Feira de Santana e para 121 municípios circunvizinhos. Classificado como hospital geral de médio porte, presta atendimento de urgência e emergência. Possui 192 leitos, sendo 44 destinados à Clínica Médica, 44 Cirúrgicos, 5 de Terapia Intensiva, 8 Neonatal, 30 de Pediatria e 30 de Maternidade. O setor de emergência atende as especialidades de cirurgia geral, ortopedia, angiologia, pediatria, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica. Este hospital é utilizado como campo de prática para as diversas escolas de enfermagem locais e dos municípios vizinhos. Os usuários advindos das mais variadas localidades e camadas sociais têm acesso aos serviços do hospital chegando em carros particulares ou ambulâncias de seus

municípios e, quando provenientes de Feira de Santana, chegam também por meio do corpo de bombeiros e do Serviço Médico de Urgência (SAMU).

Em seu quadro funcional existem 80 enfermeiras dentre estas 3 são mestras, 5 estão cursando o mestrado, 20 são especialistas e as demais graduadas. As enfermeiras, com mais de cinco anos de serviço naquela unidade hospitalar, foram selecionadas por concurso e as mais recentes possuem contrato de trabalho provisório, que varia de um a três anos. Parte delas atua em escalas fixas, nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta feira, e responde pela assistência e gerência das unidades de alocação. As demais trabalham em escala de 12 horas e 24 horas, estando no hospital cerca de 10 vezes e 4 a 6 vezes por mês, respectivamente.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem representam o maior número dos profissionais de saúde, tanto no HGCA quanto nas demais instituições; embora considerado, ainda, um número insuficiente, para garantir um cuidado integral, representam a maior força de trabalho nesses contextos. No hospital, escalas de serviços são mixtas, divididas entre períodos diurno e noturno. No HGCA, do total de 306 profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) 205 pertencem ao quadro efetivo e 101 ao regime de contrato de trabalho temporário. Sua atuação consiste em prestar assistência de enfermagem direta às pessoas incluindo cuidados na alimentação, mobilização, higiene, administração de medicações, curativos, preparo e encaminhamento para exames, dentre outros serviços.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi introduzido como estratégia para reorganização da atenção básica à saúde, no Brasil, no ano de 1994. Em Feira de Santana foram implantadas 66 Unidades de Saúde da Família (USF). Até o ano de 2004, contava-se com 72 equipes, cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários (ACS). O PSF possui uma

Coordenação Geral e supervisão, composta por 5 enfermeiras. Os profissionais são selecionados por intermédio de uma Cooperativa, e não possuem nenhum vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde, assim como direitos trabalhistas, a exemplo de férias, 13º salário, licença saúde ou maternidade. A carga horária diária de trabalho é de 8 horas e as unidades não funcionam em finais de semana, feriados e no período noturno.

As Unidades Básicas de Saúde foram as primeiras unidades implantadas no município no período antecedente à reforma sanitária. Funcionam baseadas no modelo biomédico e de vigilância à saúde e atendem à demanda espontânea da população que busca serviços. Nelas, não há trabalho organizado de equipe, mas diversos profissionais entre médicos, enfermeiros, nutricionista, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuam individualmente no cumprimento de tarefas determinadas pelas respectivas coordenações da Secretaria de Saúde, em escalas diárias de 6 horas. A sala de curativo compõe a estrutura física de todas as unidades de saúde do município, e as atividades desenvolvidas nessas salas são frequentemente realizadas pelas técnicas e/ou auxiliares de enfermagem.

No contexto das USF e UBS a enfermeira realiza consultas individuais, palestras, visitas domiciliares, além de administrar os recursos e o funcionamento da unidade, enquanto as técnicas e auxiliares de Enfermagem aplicam vacinas, fazem curativos, nebulizações, preparam material para esterilização, auxiliam o médico nas consultas e exames ginecológicos, dentre outras atividades.

4.3 UNIVERSO, AMOSTRA E SUJEITOS

Como universo ou população de estudo considerei todos os profissionais de enfermagem: enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem que, por ocasião da coleta de dados, atuavam no cuidado às pessoas com feridas infectadas nas unidades de Ambulatório, Clínica Cirúrgica, UTI e Emergência do Hospital Geral Clériston Andrade, nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, totalizando 309 sujeitos. Desse universo desconsiderei os profissionais em licenças, férias e finalização de contratos temporários.

Inicialmente utilizei uma amostra de 154 profissionais; desses excluí 22 sujeitos: aqueles que participaram do teste para validação do instrumento de coleta de dados, os que preencheram de modo incompleto as características sócio-demográficas no referido instrumento e aqueles que não atingiram o número de 5 evocações previsto no estudo. **Por fim, utilizei uma amostra de 132 sujeitos correspondente a 42,7% do universo ou população do estudo, para apreender a estrutura das RS.**

Conforme prevê a pesquisa qualitativa (MINAYO, 2000) escolhi esses participantes de modo intencional, por atuarem em unidades que prestam assistência de enfermagem a pessoas com feridas, e conviverem na mesma equipe de trabalho.

Como critério de inclusão, defini a experiência mínima de um ano com o atual grupo de trabalho, possibilitando a comunicação e troca de informações entre os sujeitos, dentro do contexto da unidade de saúde. Essa intencionalidade atende à necessidade de apropriação do objeto pelos sujeitos inseridos no mesmo contexto.

4.4 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO

Observando os princípios éticos da pesquisa, encaminhei um ofício, elaborado pela Coordenação da Pós Graduação da EEUFBA, à direção das instituições: Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) e Secretaria Municipal de Saúde, solicitando permissão para a realização deste estudo. Em seguida o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Em maio de 2005 iniciei os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa, visitei os setores do Hospital Geral Clériston Andrade. Observei grande receptividade por parte dos profissionais de enfermagem; acredito que o meu trabalho, dirigido às pessoas com feridas naquela instituição, favoreceu a aproximação com o campo e os sujeitos do estudo.

Por razões éticas, antes de realizar a entrevista e a observação, forneci orientações sobre o projeto e seus objetivos ao (a) profissional entrevistado (a) e aos usuários; solicitei autorização dos mesmos para observação do cuidado e ao profissional para gravação das entrevistas. Mediante a concordância deles solicitei a assinatura de três (3) vias do “Termo de Consentimento Informado” (Apêndice A), conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que considera pesquisa com seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais ”.(BRASIL, 1996, p.5).Uma das vias do referido termo, contendo também assinatura do investigador, foi entregue ao usuário (ser cuidado) e outra ao profissional (cuidador), como garantia de compromisso entre os envolvidos, e a terceira encontra-se em poder do pesquisador.

O presente estudo respeitou o direito dos sujeitos em aceitar, ou não, participar desta pesquisa, e poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da mesma, sem prejuízos para seu desempenho profissional (no caso dos profissionais), ou para sua assistência (no caso dos usuários). De todas essas equipes, apenas um profissional, técnico de enfermagem do Campo Limpo III, recusou-se a participar.

A primeira unidade do hospital visitada foi a Clínica Cirúrgica, seguida da Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Médica, Emergência, Ambulatório e Pediatria. Após os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa, decidimos juntos sobre o

momento oportuno para as entrevistas, de forma a não interferir na atividade que desenvolvem, prejudicando o cuidado.

Como os participantes da pesquisa eram os membros da equipe de enfermagem, as pessoas com feridas estavam sendo cuidadas por eles; assim sendo, no momento da coleta de dados (observação), também delas foi solicitado o consentimento para a realização da pesquisa, porque, de certo modo, estavam na posição de serem observados.

No momento em que as pessoas com feridas aguardavam, em sala de espera, para receber o cuidado, ter seu curativo feito, aproveitei para apresentar-me, falar sobre o trabalho e solicitar-lhes permissão para a observação. Mais uma vez pude sentir a receptividade e colaboração, tanto dos cuidadores, quanto dos usuários do serviço.

Durante a observação, pude notar que as pessoas que buscavam o cuidado me dirigiram muitas perguntas relacionadas à orientação para o auto-cuidado, uso de medicamentos e esclarecimentos de dúvidas. Nesse momento, senti certa inibição do profissional com a minha presença, e até eles aproveitavam para fazer questionamentos sobre tratamentos, uso de produtos e soluções mais adequados a cada lesão.

Ao abordar as pessoas com feridas infectadas deparei-me com um obstáculo: o grau de alfabetização de algumas delas impedia assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TLE). Para evitar a interrupção da etapa de observação, nesses casos, decidi usar material para registro digital. E, nos casos de pessoas com limitações físicas e neurológicas optei por solicitar a autorização do acompanhante responsável.

Atualmente, na Emergência do HGCA, existe uma sala de pequena cirurgia, feminina, masculina, pediátrica, sala de medicação e sala de nebulização. O cuidado que deveria ser de emergência assume caráter de internação, devido à grande demanda reprimida que se acumula nessa unidade, por falta de vagas nas unidades de internação.

Salas com capacidade para 10 pessoas em observação chegam a acomodar 30 ou 40, além de seus respectivos acompanhantes. O ambiente é incompatível com o cuidado. Barulhento, pouco ventilado, superlotado tanto por clientes, quanto por seus acompanhantes e que aguardam ansiosamente por instalações e assistência mais dignas. As pessoas internadas são acomodadas em macas, o cuidado é prestado sem a possibilidade de respeito a privacidade do indivíduo, o sofrimento alheio é compartilhado por todos, fato que amplia o sofrimento de cada um em particular.

A equipe de enfermagem é distribuída em plantões de 24 horas para enfermeiras e de 12 horas para técnicos e auxiliares de enfermagem. Penso que esta distribuição dificulta a interação entre a equipe de enfermagem e aqueles que necessitam de seus cuidados, uma vez que o encontro entre ambos se estabelece a cada 5 ou 7 dias, conforme a carga horária do contrato de trabalho.

O grande número de atribuições administrativas destinadas às enfermeiras, no que diz respeito ao cumprimento de parcelas do tratamento médico e as gerenciais, ocupa a maior parte de seu tempo, sobrando pouco espaço para o cuidado direto com as pessoas.

Semelhante à Emergência, a Clínica Cirúrgica apresenta-se com lotação de pessoas internadas acima de sua capacidade funcional. Além dos 44 leitos distribuídos entre quartos e enfermarias, observa-se a presença de pessoas pós-operadas em macas, aguardando vagas. O corredor exibe um fluxo intenso de pessoas, familiares, profissionais, professores e estudantes das diversas áreas de saúde. Todos parecem correr, estressados e ocupados. Muitos falam ao mesmo tempo, o telefone toca com frequência, quase sempre do outro lado da linha são famílias preocupadas em obter notícias de algum ente querido.

As demais unidades, Clínica Médica, Pediatria e UTI, possuem um cenário semelhante, diferenciando-se, apenas, no quantitativo de pessoas hospitalizadas, por ser permitido nessas unidades a permanência de pacientes apenas conforme o número de leitos disponíveis. No entanto, a presença de pessoas graves e com elevado grau de dependência conta com insuficiente número de profissionais de enfermagem para a assistência integral.

O HGCA atravessava um momento diferenciado, que interferiu indiretamente no planejamento para a coleta de dados. O regime de contratação temporária para o ingresso de profissionais provoca uma rotatividade acentuada desses entre as unidades. A cada três anos os contratos se findam e há necessidade de substituição total do quadro. Coincidentemente, o período de coleta se deu no período de finalização de contratos, com chegada de novos profissionais. Desse modo, perdi a oportunidade de pesquisar sujeitos que já experienciavam a assistência há mais de 1 ano. Tive, então, que ampliar o tempo de estudo naquele hospital. Isto, porém, não prejudicou a coleta de dados, dada a grande quantidade de profissionais de enfermagem naquele hospital.

Ao apresentar-me às unidades de PSF pude reencontrar colegas, ex-alunos, agora técnicas de enfermagem e enfermeiras. Penso que essa aproximação foi favorável, por haver eu compartilhado outras experiências com esses profissionais nos campos de prática, durante o processo de nossa formação. Após apresentar os objetivos do estudo aos profissionais, agendei momento propício para a entrevista, obedecendo, como critério de inclusão dos participantes, a experiência há pelo menos um ano no Programa de Saúde da Família (PSF). Devido à grande rotatividade de profissionais nas equipes, foram eleitas as unidades do George Américo-I e George Américo-III, Campo Limpo I, Campo Limpo III-AFAS, Campo Limpo-V (Conjunto Bom Viver) , Feira X-I, Feira X-II, Feira X-III e Feira X-IV.

Em visita à unidade do Campo Limpo I, após explicitar os objetivos e a natureza do estudo, as técnicas de enfermagem pediram para que eu aguardasse que elas pedissem a opinião da enfermeira da equipe sobre a participação delas no estudo. Diante disso, agendei um segundo momento para confirmação da participação delas no estudo, desta vez em comum acordo com a enfermeira, que não se encontrava na minha primeira visita à unidade.

As equipes de enfermagem do PSF são compostas por uma enfermeira e duas auxiliares e/ou técnicas de enfermagem. As mesmas são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 600 a 1000 famílias que vivem numa área adscrita. O atendimento obedece a uma demanda organizada. A enfermeira ocupa-se de consultas à criança no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD), na bolsa alimentação e controle de carências nutricionais; à mulher no pré-natal e planejamento familiar; ao adulto com hipertensão e diabetes. Além disso, realiza palestras educativas das mais variadas, conforme a necessidade da população, e as visitas domiciliares.

As pessoas que apresentavam feridas, ao chegarem à unidade, eram dirigidas à sala de curativos e, inicialmente, eram atendidas por uma técnica ou auxiliar de enfermagem. Essa, ao identificar situações que julgava ser incapaz de resolver sozinha, solicitava à enfermeira para avaliar e traçar um plano de ação. A enfermeira, por sua vez, solicitava a presença do médico, quando identificava a presença de infecção e necrose que requeriam tratamento medicamentoso.

As pessoas acamadas e impossibilitadas de se dirigirem à unidade recebiam o cuidado no domicílio, sendo os curativos realizados diariamente pelas técnicas ou auxiliares de enfermagem, e a enfermeira, nas visitas domiciliares semanais, acompanha a evolução da lesão.

Notei que as salas de realização de curativos apresentavam condições inadequadas para o cuidado e careciam de melhorias, tais como adequação de pisos e paredes que permitam a desinfecção, aeração, iluminação e ventilação, além da falta de espaço para acomodar a autoclave para esterilização de materiais. Por esses motivos, os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do Conjunto Habitacional Feira X, ao receberem pessoas com feridas infectadas, prestavam uma primeira consulta e as encaminhavam à Policlínica, situada no mesmo bairro, para curativos diários, desbridamentos e drenagens de abscesso.

Durante a aproximação com os sujeitos das UBS, defrontei-me, dentre todos os campos utilizados, uma dificuldade inicial, não por conta da vontade dos sujeitos, mas pela pouca flexibilidade de suas agendas. Nessas unidades as salas de espera estavam sempre cheias, a enfermeira era solicitada para atender consultas individualizadas e orientações coletivas. Na Unidade Básica da Secretaria Municipal de Saúde a enfermeira atuava nos diversos programas, tais como Diabetes e Hipertensão, Pré natal, Planejamento Familiar, Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento da Criança, Desnutrição e Bolsa Alimentação, Imunização, Supervisão das salas de curativos, nebulização e esterilização. Mais uma vez, neste cenário, notava a ausência de uma enfermeira para atender à clientela com feridas, exceto quando complicavam e necessitavam ser encaminhadas para outra unidade. O contato desse usuário com o serviço restringia-se a receber os procedimentos (curativos) por parte do pessoal técnico-auxiliar. As técnicas e auxiliares, por sua vez, também assumiam variadas tarefas e atuavam sob as cobranças dos usuários quanto à demora do atendimento, porque como estavam ocupadas com outras atividades, o atendimento às pessoas com feridas sempre ficava para o final do expediente, sob a justificativa de constituir-se de atividades que

contactavam com materiais sujos e contaminados, necessitando de prevenção de infecção cruzada.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, em todas as suas etapas, pela própria mestranda. Adotei uma abordagem multimetodológica para apreensão do conteúdo das Representações Sociais. Para essa apreensão, a utilização de variados métodos de coleta e de análise (triangulação metodológica) é sugerida com vistas a enriquecer a compreensão do fenômeno e fortalecer a confiança nas interpretações (CRUZ, 2003; SPINK, 1995).

Baseada nessas recomendações, optei por utilizar a entrevista semi-estruturada, a observação estruturada e a técnica de evocação livre de palavras.

4.5.1 EVOCAÇÃO LIVRE

Utilizei a **evocação livre**, também denominada associação livre ou teste por associação de palavras (OLIVEIRA et al. 2005) , para aquisição dos elementos que compõem as RS.

Essa técnica permite apreender de modo espontâneo e descontraído projeções mentais, até mesmo conteúdos implícitos ou latentes que podem ser ocultados nos conteúdos discursivos (OLIVEIRA et al.2005); tem como objetivo conhecer os estereótipos sociais partilhados pelos membros do grupo (BARDIN, 2004).

Segundo Abric (1994), embora baseado em produção verbal, o método permite reduzir as dificuldades e limites das expressões discursivas comumente utilizadas nos estudos de RS E permite acessar mais rápido o conteúdo das representações, o que não é

possibilitado por meio dos métodos clássicos de entrevista ou questionário. Além disso, permite conhecer a estrutura interna das RS (OLIVEIRA et al, 2005)

Para De Rosa, apud Oliveira et al. (2005), a livre associação favorece a atualização dos elementos implícitos ou latentes que seriam superados ou mascarados nos discursos. Esta autora afirma, ainda, que a técnica revela:

as dimensões latentes que estruturam o universo semântico, específico das representações estudadas (...) as associações livres permitem o acesso aos núcleos figurativos da representação (...) Elas são capazes de sondar os núcleos estruturais latentes das representações, enquanto as técnicas mais estruturadas, como o questionário, permitiriam captar as dimensões mais periféricas das representações sociais. (De Rosa apud OLIVEIRA et al., 2005 p.575)

Nos estudos de representações sociais essa técnica baseia-se em solicitar ao entrevistado para verbalizar todas as palavras ou expressões que rememore, a partir de um ou mais termos indutores.

Anterior à aplicação do termo proposto para este estudo, realizei um treino no qual utilizei o termo indutor “**micareta**” para que os sujeitos tivessem compreensão do método. Esse termo refere-se a uma festa popular (carnaval fora de época) que ocorre anualmente na cidade de Feira de Santana, e foi escolhido por se tratar de fato de conhecimento da população local, favorecendo a compreensão do método para os sujeitos da pesquisa.

O termo “micareta” ajudou também para que os entrevistados se desligassem um pouco das atividades que estavam realizando momentos antes do depoimento, o que favoreceu a descontração de todos. Feito isso, apliquei o instrumento de “evocação livre de palavras” com todos os profissionais que atenderam aos critérios de composição da amostra, solicitando que citassem cinco palavras que viessem imediatamente à sua lembrança ao ouvir a expressão: “**cuidar de pessoa com ferida infectada**”. Em

seguida, pedi que atribuíssem às palavras uma ordem de prioridade da mais para a menos importante.

Neste estudo, registrei as respostas no instrumento de coleta na ordem em que foram expressadas (Apêndice B), e solicitei ao entrevistado para enumerar as evocações por ordem de importância. Para evitar que o sujeito fosse influenciado por outros aspectos abordados na pesquisa, realizei a evocação livre antes de proceder à entrevista (OLIVEIRA et al, 2005)

Considerando as recomendações do método, apliquei o instrumento de coleta das de evocações livres de palavras em 132 profissionais, para atender à recomendação numérica do método. Vale lembrar que este é um método quantitativo que permite conhecer a estrutura do **Núcleo Central e Sistema Periférico** das RS.

O número de participantes do estudo é justificado pela exigência do método de evocação livre de palavras (EVOC) que recomenda um universo mínimo de 100 sujeitos, por visar a avaliação da frequência de palavras comuns de um dado grupo investigado. Considerando que os estudos de RS devem ter representatividade numérica sobre o grupo de sujeitos envolvidos com o objeto para que seja possível afirmar que o conteúdo apreendido trata-se de Representações Sociais e não meras opiniões individuais.

Os dados das evocações foram submetidos ao software EVOC e a técnica de quatro quadrantes de Vergés (1999) para a análise quantitativa dos dados, com base na análise lexicográfica¹⁶.

Os dados quantitativos foram articulados com os qualitativos a partir da construção do quadro de quatro casas, que consiste em considerar a frequência e ordem

¹⁶ Lexicográfico, derivado de lexicografia que significa a arte, processo ou ocupação de fazer léxico ou dicionário; arte ou prática de definir palavras. – MICHAELLIS (1998)

média de evocação dos termos produzidos, expondo assim, a estrutura das Representações Sociais dos sujeitos do grupo estudado, permitindo compará-las com o conteúdo de suas falas e os comportamentos observados durante o cuidado.

4.5.2 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A **entrevista semi-estruturada**, com roteiro previamente elaborado, testado e corrigido (Apêndice B), foi efetivada após preenchimento dos dados demográficos e da aplicação da técnica de associação livre de palavras. O roteiro foi constituído da questão norteadora: **O que é cuidar de pessoas com feridas infectadas, para você?**

Minayo (2004) refere que essa técnica permite combinar perguntas fechadas e abertas de forma que os depoentes respondam a questões com uma variedade de alternativas previstas e ao mesmo tempo, exponham livremente suas idéias sobre o tema proposto pelo investigador.

Segundo Lüdke e André (1986), a grande vantagem dessa sobre outras técnicas de coleta de dados é que ela permite a captação imediata e coerente das informações desejadas, com qualquer tipo de depoente, sobre os mais variados temas, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna eficaz para obter informações.

Embora não apresentasse riscos físicos, o presente estudo poderia causar constrangimento ao usuário ou sensação de ter sua privacidade invadida, em virtude da presença do pesquisador durante o cuidado. Poderia, ainda, desconfortar o entrevistado, ao expor as próprias crenças e valores presentes na sua prática cotidiana, provocando sentimento de “estar sendo avaliado” ou medo de ser criticado. As entrevistas com os profissionais foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, e realizadas em ambiente restrito à presença do investigador e do entrevistado,

preservando a privacidade, a integridade e bem estar dos envolvidos, atendendo à Resolução 196/96(BRASIL, 1996).

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), realizei todas as entrevistas, dentro das unidades em que se encontravam inseridos os profissionais e, para atender à necessidade de privacidade dos mesmos, os depoimentos foram colhidos nos consultórios das próprias unidades.

Durante a coleta dos depoimentos foi permitido que os sujeitos se expressassem livremente sobre o tema; optei por uma escuta silenciosa, com interferências e questionamentos apenas para esclarecimentos e retomada do tema da questão se ocorresse dispersão do entrevistado. A duração das entrevistas foi variável. Notei um discurso mais longo por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem ao retratarem as suas vivências, e maior enfoque à carga emocional. Ao término dos relatos, os participantes escutaram suas entrevistas e os questioneei sobre o desejo de retirar ou fazer acréscimos às suas falas, ficando por conta de cada um o encerramento da conversa. Nenhum deles manifestou desejo de suprimir o conteúdo expressado, e 4 deles complementaram suas respostas com opiniões sobre a necessidade de melhorar o cuidado de enfermagem no contexto estudado.

As entrevistas foram gravadas em fitas de áudio, após concordância do entrevistado, que ouviu seu conteúdo, tendo a oportunidade de solicitar a retirada ou acréscimo de quaisquer informações. As fitas foram guardadas pela investigadora e serão mantidas por cinco (5) anos; após esse período serão destruídas (queimadas), atendendo ainda, ao que determina a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Como o estudo foi desenvolvido em três cenários de prática do cuidado, optei por ouvir, transcrever e analisar os dados à medida que procedia à coleta de dados. Ao

observar que os discursos dos profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Família tornavam-se repetitivos, encerrei a coleta de dados nessas unidades, continuando nas Unidades Básicas e Unidade Hospitalar, até alcançar a saturação dos discursos, isto é , quando diversos sujeitos passaram a repetir conteúdos semelhantes em suas falas, sem surgimento de elementos novos.

O anonimato dos sujeitos foi preservado; para tal medida, utilizei apenas a enumeração das entrevistas, para a divulgação do conteúdo das observações e das falas (BRASIL, 1996).

4.5.3 OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA

Escolhi a **observação estruturada** com registro diário (Apêndice C), como técnica complementar na coleta dos dados. Essa pode ser entendida como uma forma de apropriação do mundo que cerca aquele a quem se observa. Ao apropriar-se dessa técnica

o observador tem sua atenção centrada em aspectos da situação que estão explicitamente definidos e para os quais estão previstos modos de registros simples, rápidos, que não apelam para a memória e que reduzem os riscos de equívoco. (LAVILLE e DIONNE, 1999, p.178).

Esse modo de observar exige do pesquisador um conhecimento consistente acerca do contexto do estudo, e uma análise apurada dos “conceitos em jogo” para evitar esquecimento de elementos importantes, o que significaria retornar ao início de tudo (LAVILLE ; DIONNE, 1999).

A principal vantagem dessa técnica é permitir que os fatos sejam percebidos, diretamente, sem interferências, situando o pesquisador frente à realidade (GIL, 1999).

Segundo Polit e Hungler (2004, p.269), a observação estruturada deve conter um esquema de categorias, com “listagem de todos os comportamentos ou características que o observador deve observar e registrar”. Para validá-la cientificamente, sistematizei a observação por meio de um instrumento, de acordo com os interesses da pesquisa. Além de ter servido de guia para a coleta de dados, esse instrumento contribuiu para apreender o objeto em estudo. Utilizei-o (Apêndice C) também, durante a observação da prática da equipe de enfermagem, nos momentos de cuidados gerais e curativos em pessoas com feridas infectadas.

Os sujeitos observados foram do mesmo grupo de entrevistados que desenvolveram cuidados às pessoas com feridas infectadas nas unidades de saúde, durante o período da coleta de dados.

A observação foi realizada durante as visitas às unidades, obedecendo à dessas unidades visando preservar, ao máximo, o contexto da prática, para evitar influência da pesquisadora no cotidiano dos sujeitos.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

4.6.1 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES LIVRES

Para análise e tratamento dos dados das evocações livres, utilizei o *software* EVOC - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*¹⁷, proposto por Vergés e seus colaboradores, na França, em 1999, o qual possibilitou a Construção do Quadro de Quatro Casas. A frequência das evocações e a ordem dos termos elaborados foram consideradas permitindo a construção de categorias e a identificação do conteúdo das representações.

¹⁷ Conjunto de programas que permite a análise das evocações

A análise proposta por Vergés possibilita identificar os elementos que representam o Núcleo Central das RS por meio da verificação da frequência e da ordem média das palavras evocadas. A frequência média salienta o aspecto coletivo das evocações, por apontar os termos recordados com mais frequência, enquanto que a ordem média ressalta o aspecto individual por levantar os termos evocados em menor tempo, e expor a ordem estabelecida pelos sujeitos estudados.

A frequência é obtida através da soma das frequências em que a palavra foi evocada, em cada posição (quantas vezes na 1ª, 2ª, 3ª, etc.). Já a ordem média é alcançada atribuindo peso 1 à palavra evocada em primeiro lugar, peso 2 à evocada em segundo e assim sucessivamente, de acordo com o número de evocações solicitadas. Após somar o peso das palavras, esse produto é dividido pelo produto da soma das frequências das palavras evocadas em cada posição, o que equivalerá à **ordem média de evocação**. Segundo Sá (1996) a análise articulada desses dois índices permite destacar os elementos que provavelmente constituem o núcleo central da representação, por sua saliência.

O software EVOC consiste em um conjunto de programas de informática, que permite essa análise quantitativa e lexicográfica das evocações.

Neste estudo foi utilizada a versão 2.0, de 1999, que roda sobre plataforma Windows. O programa submete as evocações a uma preparação e depuração do *corpus* que, neste caso foi constituído por 616 palavras citadas que, após aproximação das mesmas por semelhança de seus significados, resultou em um dicionário de 82 palavras diferentes. Efetuadas as pré-análises, as seguintes fornecem sugestões de categorização para os vocábulos, e seus agrupamentos, analisam os valores de frequência e a ordem de

evocação, calculam médias simples e ponderadas, e fornecem um quadro com quatro casas.

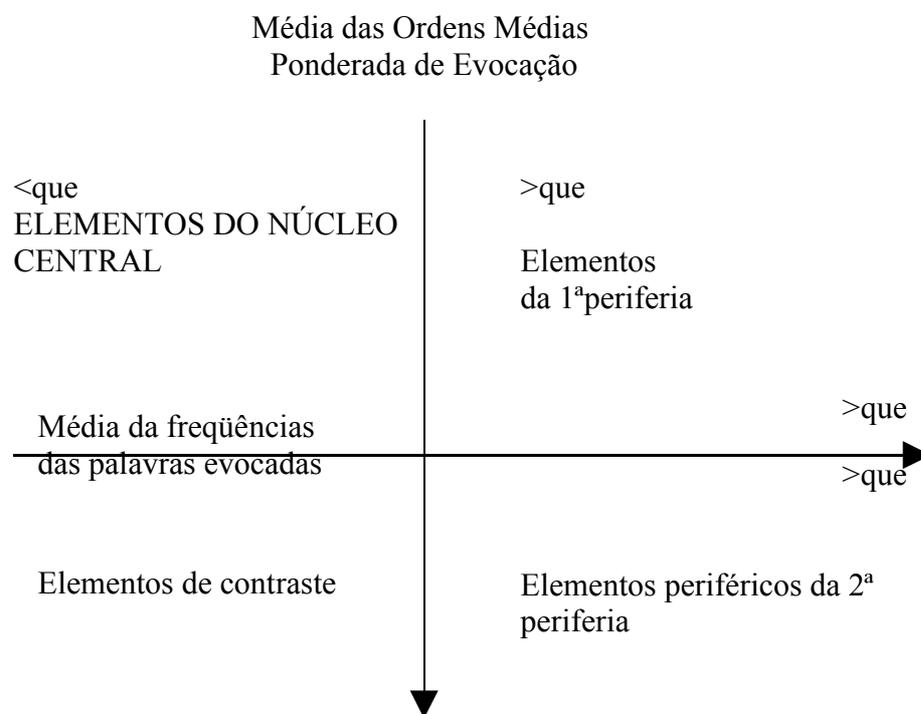


Figura 1- Modelo De Análise Das Evocações Através Do Quadro De Quatro Casas¹⁸

O quadrante superior esquerdo (FIGURA.1) incorpora elementos passíveis de compor o Núcleo Central da representação por referir-se àquelas palavras mais frequentes e prontamente evocadas pelos sujeitos da pesquisa. Nesse quadrante, visualizam-se os elementos que representam o caráter normativo da RS; esses elementos tem relação com estabilidade da crença, dependentes da construção histórica,

¹⁸ OLIVEIRA et al.(2005, p.582)

sociológica e ideológica das práticas e da memória coletiva do grupo. As palavras organizadas no quadrante inferior direito parecem constituir o sistema periférico da representação, por se apresentarem em menor frequência e serem as últimas evocadas. Esses elementos do sistema periférico, segundo Abric (2000), são esquemas organizados pelo Núcleo Central, que possibilitam a adaptação do grupo à realidade, em função do convívio das experiências diárias originando representações mais individualizadas e mais acessíveis.

De acordo com Sá (1996), elementos situados no quadrante superior direito, podem progredir para o núcleo central ou compô-lo, e os do quadrante inferior esquerdo, intermediários entre o núcleo central e o sistema periférico da representação, não são analisáveis, por haver oposição entre os autores da teoria, ao aventarem que a análise desses elementos é de função da teoria geral de RS e não da do Núcleo Central.

A proposta da Análise de Conteúdo Temática e da Construção de Quatro Casas permitiu captar e apreender, nos discursos dos sujeitos, as representações, os valores, as crenças, os conceitos, as percepções e as atitudes que permeiam o cotidiano da enfermagem ao cuidar das pessoas com feridas infectadas, bem como, permitiu conhecer a estrutura (núcleo central e sistema periférico) dessas representações.

4.6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

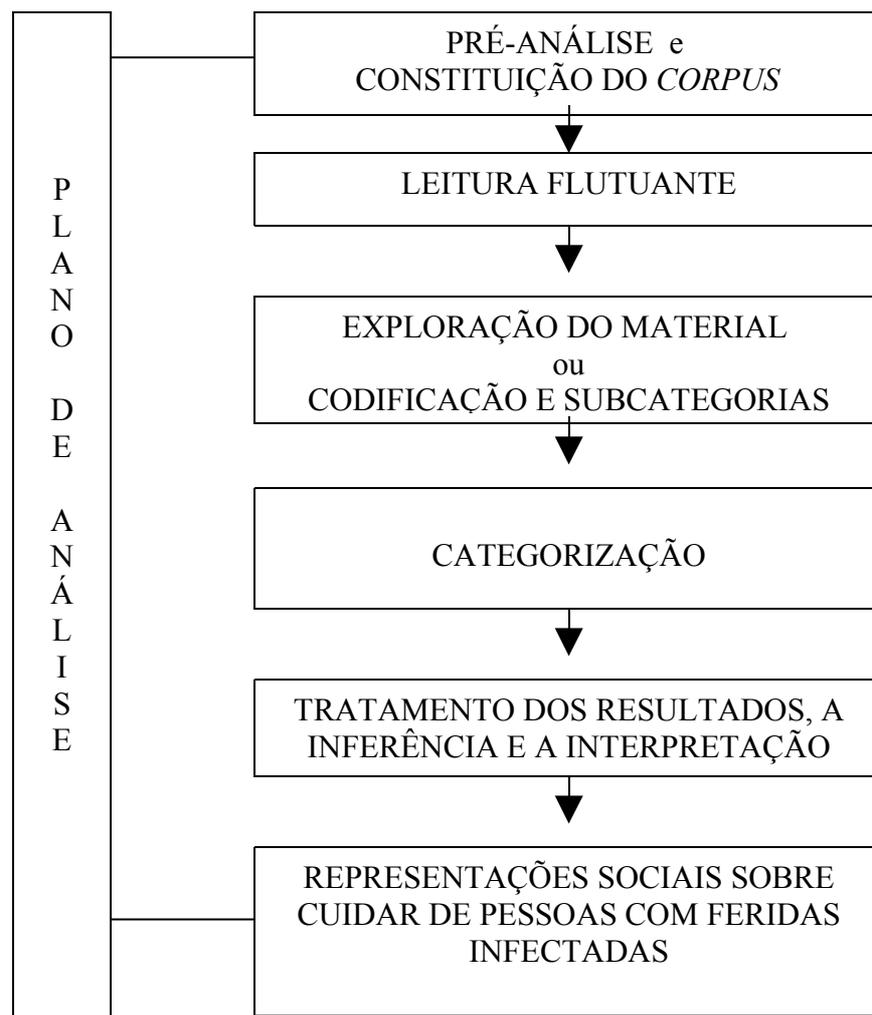
Para a análise qualitativa e quantitativa dos depoimentos, utilizei o método de Análise de Conteúdo Temática definido por Bardin (2004), como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004 p. 37).

A análise de conteúdo temática pode ser utilizada para estudo de respostas a questões abertas e semi-estruturadas, ou entrevistas individuais ou de grupo, e comunicações de massa. Por ser o tema utilizado como unidade de registro para estudo de motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências, torna a análise temática aplicável amplamente nas ciências sociais.

Para a Análise de Conteúdo, obedeci às etapas preconizadas por Bardin (2004) e Vala (2001), como seguem (ESQUEMA 1):



ESQUEMA 1 - PLANO DE ANÁLISE

A PRÉ-ANÁLISE: Destaquei do conteúdo das entrevistas transcritas, as falas referentes ao cuidar de pessoas com feridas infectadas mediante a leitura flutuante de todo material coletado (entrevistas, observação), o que permitiu deixar-me invadir por impressões sobre o conteúdo das mensagens emitidas.

A LEITURA FLUTUANTE consistiu do estágio que possibilitou a apreensão das unidades de registro ou análise. Nesse estágio, identifiquei o conteúdo das entrevistas, os parágrafos ou unidades de registro que se relacionavam ao Cuidar de pessoas com feridas infectadas.

Nessa, fase, considerada fase de organização propriamente dita do material, procedi a sistematização das idéias iniciais, para nortear o desenrolar das ações seguintes, integrantes do plano de análise.

A exploração do material, referiu-se à CODIFICAÇÃO dos dados a partir da extração das unidades de registro das entrevistas. Tais unidades equivalem ao fragmento de conteúdo da mensagem, considerado como unidade base de análise. A unidade de registro ou núcleo de sentido, considerado neste estudo, foi o **tema**. Nessa fase, processei as operações de codificação referentes ao recorte, à enumeração, classificação e categorização. A classificação refere-se ao ordenamento, por semelhança e diferenças, do conteúdo das falas constantes nos dados.

Segundo Bardin (2004, p.99), “Fazer um análise temática consiste em descobrir os - núcleos de sentido - que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

A CATEGORIZAÇÃO decorreu da análise de ocorrências e semelhanças apresentadas pelas unidades de registro obtidas do conteúdo das entrevistas,

possibilitando definir três categorias e treze subcategorias, as quais denominei: Cuidar como sofrimento, Cuidar como obrigação e Cuidar como gratificação. (Apêndice D).

Na etapa de TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO, os resultados foram trabalhados para de tornarem reveladores de significados. Realizei as inferências e interpretações baseada nos referenciais teóricos que fundamentaram o estudo, retornando, sempre que necessário, à literatura para contribuir com o processo de reflexão.

Ainda considerando as recomendações de Vala (2001), para compreensão de aspectos importantes referentes à prática de cuidar de pessoas com feridas infectadas pela equipe de enfermagem, foi considerada a frequência das unidades de registro, e destacados três tipos de unidades: unidade de contexto, o parágrafo; unidade de análise; unidade de registro, a frase; e unidade de enumeração, a frequência e percentagem; tendo sido os últimos (frequência, enumeração e percentagem) aproveitados para a análise estatística e que, junto à técnica de evocação livre, permitiram apreender a parte quantitativa deste estudo.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As representações sociais dos membros da equipe de Enfermagem apresentam a realidade de um mundo construído e desvendado por eles através de suas falas, e compreendido como um prolongamento deles, uma vez que as crenças, elaboradas no meio social por seu grupo de pertença, explicam e justificam as atitudes e comportamentos adotados ao cuidar de pessoas com feridas infectadas.

Embora a construção das crenças seja processada por cada sujeito individualmente, elas se derivam das interações e comunicações intergrupais estabelecendo a homogeneidade de visão de mundo, compartilhada por todos que fazem parte do grupo.

As enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem em seu cotidiano cuidam de pessoas com feridas e vivenciam com elas parte do enfrentamento da doença. Curativos freqüentes obrigam esses profissionais a lidar com a ferida infectada, temidas pelo risco de contágio. A decomposição de partes de um corpo humano que ainda vive, repercute em sofrimento psíquico, tanto para os pacientes quanto para seus cuidadores.

Nesse cotidiano, os cuidadores disseminam as imagens apreendidas sobre o sujeito de seus cuidados fazendo dessas imagens, um cenário do qual são, ao mesmo

tempo, construtores e peças integrantes. Assim, a realidade retratada por esse grupo de pertença lhes é particular, uma vez que, para compartilhar das mesmas imagens, torna-se imperioso compartilhar, também, do mesmo contexto histórico-social.

Neste capítulo, são apresentadas as características dos sujeitos pesquisados, impressões obtidas na observação e as representações da equipe de enfermagem sobre “Cuidar de pessoas com feridas infectadas”. Inicialmente, conforme os objetivos deste estudo, abordo a estrutura das RS, seguida da análise quantitativa das unidades de registro extraídas dos discursos, o que corresponde à parte quantitativa deste estudo; posteriormente apresentarei a análise qualitativa das entrevistas, representadas por três categorias, treze subcategorias e 282 unidades de registro.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

As características sócio-demográficas dos sujeitos da pesquisa para apreensão do NC, constam da Tabela 1. Salienta que participaram da pesquisa 132 profissionais de Enfermagem, sendo 46 enfermeiras (34,8%), 62 técnicos (47,0%) e 24 auxiliares de Enfermagem (18,2%), que atuam no cuidado de adultos portadores de feridas infectadas, inseridos em três instituições de saúde (Tabela 1). Observou-se uma predominância de profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), o que caracteriza a divisão social do trabalho de Enfermagem, com o que o pessoal de nível médio assume ações consideradas menos complexas dos cuidados, enquanto as enfermeiras assumem ações técnico-gerenciais.

Do total de entrevistados, 129 eram do sexo feminino (97,7%) e apenas 3 do sexo masculino (2,3%). No contexto estudado, a mulher representa a principal força de trabalho de uma profissão que nasceu da prática de mulheres em seus domicílios e se estendeu para outros espaços, a exemplo do hospital e unidades de saúde pública. Ressalta que os participantes se caracterizam como indivíduos adultos jovens.

Desses, 48 atuam nas unidades de PSF (36,4%), 14 nas Unidades básicas de Saúde (10,6%) e 70 no Hospital Geral (53,0%). Apesar da ampliação das equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde voltadas para a atenção preventiva, tais dados demonstram que o sistema hospitalar ainda se mantém como o maior empregador de mão de obra da enfermagem, no qual as ações curativas figuram em primeiro lugar.

Quanto ao tempo de trabalho 105 profissionais atuam entre 2 a 5 anos (79,5%) essa característica deve-se a contratação temporária de profissionais, o que favorece uma rotatividade comprometidora dos mesmos; apenas 16 atuam entre 6 a 10 anos (12,1%), 4 profissionais já atuam há 11 e 15 anos (3,1%) e 7 deles têm entre 16 a 20 anos (5,3%) representando os profissionais concursados e, portanto, com vínculo efetivo nas instituições. (ver Tabela 1)

Tabela 1 PERFIL DOS SUJEITOS DA AMOSTRA PARA APREENSÃO DO NÚCLEO CENTRAL SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS – FEIRA DE SANTANA, BAHIA, 2005.

Idade	Nº	%
20 a 29	42	31,8
30 a 39	41	31,1
40 a 49	41	31,1
50 acima	8	6,0
TOTAL	132	100,0
Sexo		
Feminino	129	97,7
Masculino	3	2,3
TOTAL	132	100,0
Categoria profissional		
Enfermeira	46	34,8
Técnico	62	47,0
Auxiliar	24	18,2
TOTAL	132	100,0
Local de trabalho		
PSF	48	36,4
UBS	14	10,6
HGCA	70	53,0
TOTAL	132	100,0
Tempo de trabalho		
2 a 5 anos	105	79,5
6 a 10 anos	16	12,1
11 a 15 anos	4	3,1
16 a 20 anos	7	5,3
TOTAL	132	100,0

Os seguintes 33 sujeitos entrevistados, cujo perfil consta na Tabela 2, foram extraídos do contingente de sujeitos submetidos à técnica de evocação livre de palavras; dentre eles 12 enfermeiras, 14 técnicas e 7 auxiliares de enfermagem. Através da tabela 2 (abaixo) é possível visualizar que o perfil sócio-demográfico desses sujeitos assemelha-se ao dos sujeitos da amostra utilizada para o estudo do núcleo central das RS sobre cuidar de pessoas com feridas infectadas (Tabela 1, p.71) , diferenciando-se na idade com 12,1% das profissionais com + de 50 anos o que representa um aumento de mais de 100% e, no quantitativo atuante na área hospitalar com redução de 53,0%para 39,4%.

Tabela 2 PERFIL DOS SUJEITOS DA AMOSTRA PARA APREENSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – FEIRA DE SANTANA, BAHIA, 2005.

Idade	Nº.	%
20 a 29	9	27,3
30 a 39	10	30,3
40 a 49	10	30,3
50 acima	4	12,1
TOTAL	33	100,0
Sexo		
Feminino	32	97,0
Masculino	1	3,0
TOTAL	33	100,0
Categoria profissional		
Enfermeira	12	36,4
Técnico	14	42,4
Auxiliar	7	21,2
TOTAL	33	100,0
Local de trabalho		
PSF	15	45,5
UBS	5	15,1
HGCA	13	39,4
TOTAL	33	100,0
Tempo de trabalho		
2 a 5 anos	26	78,8
6 a 10 anos	3	9,1
11 a 15 anos	3	9,1
16 a 20 anos	1	3,1
TOTAL	33	100,0

5.2 A APREENSÃO DA ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O grupo estudado evocou inicialmente 660 palavras, sendo que 263 diferentes.

(QUADRO 1)

Número de sujeitos	132
Número total de palavras evocadas	660
Número de palavras diferentes evocadas/analizadas	82
Frequência média das evocações	7,51
Ordem média das evocações	2,94
Número de evocações desprezadas	44
Número total de evocações analisadas	616

Quadro 1 - SÍNTESE DO RESULTADO DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS- FEIRA DE SANTANA - BAHIA, 2005.

Conforme recomenda Tura (1997 apud CRUZ, 2003), foram desprezadas 44 palavras que haviam sido citadas apenas uma vez, e aproximadas às palavras com os mesmos significados, para tornar mais consistente, representativa e limpa a análise. Finalmente 616 palavras evocadas configuraram o *corpus* dentre as quais 82 eram diferentes.(QUADRO 1, p. 73).

Obteve-se uma ordem média de evocações de 2,94 e uma frequência média de palavras em torno de 7,51; a partir desses foi possível a construção das linhas divisoras dos quatro quadrantes, demonstrados através dos eixos vertical e horizontal, no quadro 2 (p.75).

Observa-se, nesse quadro, que os elementos *dor, odor, cuidado e secreção* aparecem no quadrante superior esquerdo, como principais, por figurarem com maior número de aparições na ordem das evocações, sugerindo que tais elementos integram o núcleo central da representação social do cuidar de pessoas com feridas infectadas. Foram prontamente evocadas com mais frequência, e estão relacionadas diretamente aos aspectos físico-biológicos que envolvem a ferida e a manipulação da mesma. A presença dessas cognições, nesse quadrante, é julgada como mais importante para os sujeitos estudados e capazes de orientar suas condutas. Para Abric (2000), tais condutas podem estar atreladas à história ou memória coletiva do grupo, ao seu sistema de

normas e valores, ao tipo de envolvimento do grupo no cenário social . Nota-se, ainda, uma forte influência dos aspectos emocionais dos cuidadores nos termos *sofrimento, angústia, depressão e sensibilidade*.

O termo *dor*, encontrado com maior frequência e mais prontamente evocado, reflete uma experiência desagradável e expressa a repercussão dessa experiência tanto no plano físico, quanto psicológico para os profissionais. Os demais termos representam, também, outras emoções compartilhadas por esses sujeitos, como: *depressão, sofrimento e angústia* indicando uma dimensão afetiva da representação.

Cognições como *odor* respalda a natureza repulsiva, temida e indesejável das características da ferida, e leva a supor que a ferida tem forte impacto sobre as práticas dos profissionais e sobre o sujeito que a possui; a essa cognição se acrescenta a idéia de repugnância expressa em termos como secreção, purulenta, contaminação, sujeira e infecção. A presença do *odor*, neste quadrante, pode explicar o afastamento e rejeição dos membros da equipe de enfermagem em relação às pessoas com feridas infectadas. Essa situação leva-me aos questionamentos: como se afastar de pessoas tão carentes e discriminadas, sem ampliar seu sofrimento? Como reconhecer suas necessidades e cuidar, estando tão distante ?

O termo *cuidado* aparece, nesse 1º quadrante, com o sentido de cautela, precaução, prudência e advertência. Sinaliza uma perspectiva de receio do contágio confirmado pela presença de outros termos, nesse mesmo quadrante, como *infecção, purulenta, contaminação, descuidado e sujeira*. A presença desses elementos vem confirmar a assertiva de Sales (2003) de que uma cognição pode ter várias interpretações, e essas podem modificar-se de acordo com a palavra a elas aproximada, ou seja o termo '*cuidado*' integrado à palavra '*sujeira*' apresenta significado diferente do que se associado à palavra '*afeto*'.

QUADRO 2 -VISUALIZAÇÃO DO NÚCLEO CENTRAL - CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS; FREQUÊNCIA E ORDEM MÉDIA DE PALAVRAS EVOCADAS. FEIRA DE SANTANA - BAHIA, 2005.

Embora em menor frequência, os termos *sensibilidade* e *ajuda* surgem, nesse 1º quadrante, como atributos necessários aos profissionais que cuidam de pessoas com essa problemática. Nesse sentido, a centralidade da representação está ancorada nas características da ferida e em conteúdos afetivos.

O *sofrimento* pode estar relacionado à dor física provocada pelos curativos, à trajetória e ao prolongado tempo dispendido para o tratamento das feridas, e/ou às perdas vividas pelo indivíduo que possui a ferida, no que se refere a sua auto-imagem, auto-estima, autonomia e liberdade. Encontram-se, também, os termos *depressão* e *angústia*, podendo ser interpretados como formas mais graves do sofrimento psicológico a que as pessoas com feridas estão sujeitas, sentimentos também compartilhados pelos profissionais. Estes sentimentos são constituídos, no contexto mais amplo, e considerados determinantes das atitudes e comportamentos assumidos pela equipe, frente às pessoas com feridas de que esse grupo cuida.

Vale ressaltar que tais imagens se confundem com as dos próprios clientes, uma vez que os profissionais de enfermagem relatam as experiências daqueles receptores de seus cuidados, assumindo a posição de porta voz de sua clientela.

Nota-se, também, que elementos como *sofrimento*, *depressão*, *infecção* e *descuidado*, presentes no 1º quadrante podem estar inativos, mas podem ser acionados, dependendo das relações do grupo com sua prática de cuidar de pessoas com feridas infectadas. Essas evocações, retratam a importância que os sujeitos da equipe de enfermagem atribuem à ferida, e a repercussão psico-emocional vivida.

As representações sociais são compostas por dois sistemas sócio-cognitivos que atuam de modo particular e, também, complementam-se, pois o sistema central, é rígido e estável, enquanto o sistema periférico é mais flexível (SÁ, 1996). O núcleo central é derivado das condições históricas, sociológicas e ideológicas, responsáveis pela “definição das normas e valores dos indivíduos ou grupos”, consistindo, assim, na parte mais estável que confere homogeneidade e permanência ao longo do tempo, relacionado a um contexto geral. É mais resistente às mudanças. (SÁ, 1996).

O sistema periférico refere-se ao conteúdo móvel e evolutivo da representação, e está exposto no quadrante inferior direito. Neste estudo, cognições como *apoio, carência, carente, debilitado, dependência e insegurança* explicam que tais conteúdos advêm do resultado das experiências concretas da prática entre quem cuida e quem é cuidado, que permitem inferir que o sujeito como um “ser fragilizado”, ocupa o imaginário do cotidiano da equipe de enfermagem.

“A representação produz, também, um sistema de antecipações e expectativas [...] não obedece a uma interação e não depende de seu desenvolvimento; ela a precede e a determina” (Abric,1987 apud ABRIC, 2000, p.30). Esse aspecto prescritivo das RS induz os profissionais a pré-julgar os sujeitos de seu cuidado, antes mesmo de interagir com eles. Ao abordar uma pessoa que possui uma ferida infectada e necessita de cuidados, quem cuida espera encontrar um ser frágil, dependente, pouco ativo, deprimido, cheio de secreções e odores. Na prática, não é raro observar profissionais entrando nas salas de curativos e quartos de isolamento já portando máscaras e luvas, sem antes conhecer, tocar ou interagir com o paciente de que irão cuidar, mobilizados por suas crenças, sedimentadas essas no passado, ao cuidarem de casos análogos, ou por relatos de terceiros, relacionando imagens e estabelecendo comparações, previsões, expectativas.

De acordo com Sá (1996, p.80), as prescrições/descrições de natureza incondicional, rígida, constituem o núcleo central; e as prescrições condicionais atrelam-se ao sistema periférico. Dito de outro modo, o núcleo central dita as atitudes e comportamentos do que “deve-se fazer” e que, neste estudo, é representado por termos como *odor, secreção, infecção, purulenta, sujeira e contaminação* que parecem caracterizar as feridas infectadas, e por sentimentos como: *angústia, sensibilidade e dor*, advindos da vivência com pessoas que apresentam aquelas afecções. O sistema

periférico por sua vez, reflete aqueles comportamentos que “em tal condição, é preciso fazer isso” (SÁ, p.80), figurados, neste estudo, como as necessidades biológicas e psicológicas dos seres cuidados .

Com base nessa observação de Sá, o Núcleo Central das RS aqui retratadas pode determinar que os profissionais de enfermagem “devem evitar o sofrimento e a contaminação”, enquanto que o sistema periférico pode sugerir aos cuidadores a “necessidade de cuidar do sujeito cujo corpo físico e emocional está carente de atenção”.

O sistema periférico envolve os “elementos mais acessíveis, mais vivos e mais concretos” (ABRIC, 2000 p.31), diretamente dependentes do contexto. Os elementos do sistema periférico integram o núcleo central (NC) da representação com a realidade na qual as RS são produzidas e postas em funcionamento. Mais flexíveis, esses elementos, permitem uma adaptação das RS às alterações do ambiente (contexto). A transformação de uma RS decorre das alterações no sistema periférico, porque este permite “mudança de ponderação, interpretações novas, deformações funcionais defensivas e integração condicional de elementos contraditórios” (FLAMENT 1994, apud ABRIC, 2000). Embora dotado dessa capacidade de mudança é ele que confere estabilidade ao Núcleo Central.

Das cognições que asseguram o núcleo central, destacam-se *apoio, cuidar, melhorar* como atitudes necessárias a quem cuida; *acamado, debilitado, carência, dependência, insegurança* relacionados a aspectos físicos e emocionais do paciente, e *material e precaução* como recursos técnicos para cuidar, todos caracterizando as imagens, sentimentos e comportamentos vividos no cotidiano e que constituem o sistema periférico.

Com base nessas RS, ao elaborar uma imagem a cerca de uma pessoa com ferida infectada, seria comum que os profissionais de enfermagem pensassem “vou sofrer, mas como tenho que cuidar, **tenho que** me proteger”; tais sentimentos antecipam o contato com a pessoa a ser cuidada, pois se relaciona ao conteúdo do Núcleo Central das RS em questão, no entanto ao interagir face a face com a pessoa ferida os cuidadores poderão elaborar “como ele é frágil e sofrido! **Preciso** prestar-lhe cuidado e atenção”. Assim tornam-se claras as influências do contexto imediato no Sistema Periférico.

Os elementos do Sistema Periférico articulam-se com os do Núcleo Central, notando-se a integração direta dos aspectos relativos às características das feridas, como *medo* de contágio e as dimensões *afetivas* presentes em ambos os elementos da representação. Percebe-se, também, uma diversidade de cognições do sistema periférico, entre elas: *apoio, diálogo, acolhimento e informações*, evidenciando uma possível transformação das RS a partir das novas informações e interações do cotidiano, que podem estar relacionados ao novo paradigma das práticas de cuidar, absorvidos e discutidos no contexto do estudo, como ambiente de formação profissional, fortemente influenciado por mudanças e iniciativas dos órgãos formadores a ele vinculados.

Percebe-se que no Núcleo Central, outras palavras evocadas como *angústia, depressão, sensibilidade e sofrimento*, demonstram que os membros da equipe de enfermagem identificam a pessoa receptora desses cuidados como alguém em condição crítica, do ponto de vista psico-emocional, e necessitada de ajuda.

No quadrante superior direito os elementos *curativo, higiene, medicação, tratamento, necrose, lesão, medo e rejeição* e no quadrante inferior esquerdo os termos

ansiedade, baixa auto-estima, constrangimento, preocupação, lesões e sepse, menos evocados, estão mais aproximados do Núcleo Central.

5.3 CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS

As categorias e subcategorias apreendidas dos discursos são apresentadas na Tabela 3, analisadas e discutidas. Observa-se, na Tabela 3, que foram identificadas pela equipe de enfermagem 282 unidades de registro relacionadas a cuidar de pessoas com feridas infectadas. Foram elas codificadas por sua semelhança e agrupadas em três categorias e treze subcategorias. As categorias expressam as representações sobre o cuidar de enfermagem das pessoas com feridas infectadas, e denominaram-se: Cuidar como sofrimento (CCS), Cuidar como obrigação (CCO) e Cuidar como gratificação (CCG).

A Categoria 1- Cuidar como sofrimento (CCO) agregou 86,5% do total de unidades de registro e se expressa pelas oito subcategorias nela agrupadas: Conviver com pessoa sofrida e carente de atenção (Cpsca); Conviver com pessoa discriminada e rejeitada (Cpdr); Conviver com pessoa envergonhada e constrangida (Cpvc); Sentir-se inseguro e impotente (Simp); Sentir dor e piedade (Sdp); Sentir-se frustrado (Sfr); Sentir nojo e repulsa (Snr) e Temer o contágio (Tmc).

Na subcategoria “Conviver com pessoa sofrida e carente de atenção” foram classificadas 20,5% das unidades de registro, e “Conviver com pessoa envergonhada e

constrangida” 6,0%. Elas parecem revelar o fato de que o profissional percebe, ao cuidar dessas pessoas, uma trajetória de sofrimento tanto físico, quanto psico-emocional, por terem seus corpos despidos, invadidos, traumatizados por constantes intervenções de curativos, desbridamentos e exames. Isso vem corroborar Dantas Filho (2003, p.9), quando ele refere que, ao cuidar de pessoas com feridas os profissionais se deparam com “um ser humano especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto no corpo, quanto na alma”; segundo esse mesmo autor os profissionais experimentam o sofrimento, dado ao impacto que as feridas provocam em quem se dispõe a tratá-las.

Tabela 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS SIMBÓLICAS CONFORME O NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO - CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM - FEIRA DE SANTANA, BAHIA, 2005.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	UNIDADES DE REGISTRO			
			SUBTOTAL		TOTAL	
			F	%	F	%
Cuidar como sofrimento (CCS)		CCS	244	100%	244	86,5
	-Conviver com pessoa sofrida e carente de atenção	Cpsca	58	23,7		20,5
	- Sentir -se inseguro e impotente	Simp	54	22,1		19,1
	- Sentir nojo e repulsa	Snr	42	17,2		14,9
	-Sentir dor e piedade	Sdp	24	9,8		8,5
	- Sentir -se frustrado	Sfr	22	9,0		7,8
	- Conviver com pessoa envergonhada e constrangida	Cpvc	17	6,9		6,0
	- Conviver com pessoa discriminada e rejeitada	Cpdr	14	5,7		4,9
	- Temer o contágio	Tmc	13	5,3		4,6
Cuidar como obrigação (CCO)					14	5,0
	-Cumprir o papel profissional	Cpp	7	50,0		2,5

- Esforçar-se para atender o outro	Eao	7	50,0		2,5
Cuidar como gratificação(CCG)				24	8,5
-Aliviar o sofrimento do ser cuidado	Assc	11	45,8		3,9
- Recuperar e cicatrizar a ferida	Rcf	8	33,3		2,8
-Sentir-se útil	Sut	5	20,8		1,7
TOTAL				282	100

A subcategoria “Conviver com pessoa discriminada e rejeitada”, com 4,9% das unidades de registro, expõe o modo como as pessoas que possuem feridas infectadas são tratadas socialmente, dentro e fora das unidades de saúde.

Nesse sentido, a condição de sofrimento do outro é capaz de mobilizar a compaixão e estreitar a aproximação da equipe de enfermagem com pessoas cuja situação de saúde/doença vem acompanhada de características repulsivas, que em geral, induz ao afastamento dos cuidadores e das outras pessoas. Dantas Filho (2003) ressalva que os profissionais são tentados a afastar-se dos doentes e de suas dificuldades, evitando a todo custo “tocar” em suas próprias feridas e na dos outros. Acredito que a imagem de um ser frágil pode contribuir para elaboração de atitudes que venham a proporcionar o cuidado e a minimizar a rejeição provocada pela natureza das feridas.

A subcategoria “Sentir-se inseguro e impotente (Simp)” agregou 19,1% das unidades de registro, demonstrando a dificuldade sentida pela equipe de enfermagem de lidar com as questões emocionais de seus clientes com feridas infectadas. Outro aspecto importante, representado por essa subcategoria, refere-se ao vínculo direto desses sentimentos com a dificuldade ou impossibilidade de alcançar a cura, denotando que o cuidar/cuidado em si, papel central e finalidade da enfermagem, ainda, tem sido

pouco compreendido por seus exercentes, talvez porque ainda seja um tema pouco explorado nos espaços acadêmicos e da prática assistencial.

A subcategoria “Sentir nojo e repulsa (Snr)”, com 14,9% do total das unidades de registro, demonstra que as características físicas da ferida infectada podem ter forte influência no comportamento de quem cuida. O conteúdo desta subcategoria foi emitido por 13 dos 33 sujeitos entrevistados, representando assim o conteúdo da fala de 39,4% do total de sujeitos entrevistados (ver Tabela 4).

As subcategorias “Sentir dor e piedade (Sdp)” e “Sentir-se frustrado (Sfr)” agruparam respectivamente 8,5 e 7,8% das unidades de registro, e vinculam-se a sentimentos que surgem da convivência com o sofrimento das pessoas com feridas infectadas da submissão a rotinas de curativos, do estigma da doença, do isolamento familiar e social, além das alterações de auto-imagem e auto-estima.

Os sentimentos de dor e piedade, nojo e repulsa foram encontrados em estudos de Domansky (1999 apud MAGALHÃES, 2001), e ressaltados também no Núcleo Central da representação dos profissionais sujeitos deste estudo através, das cognições *dor, sofrimento, depressão e angústia*.

A subcategoria “Temer o contágio (Tcc)” refere-se a 4,6% das unidades de registro e pode significar que a interação contínua da equipe que cuida com os sujeitos de seu cuidado, está permeada por temores de contrair um mal, seja pela infecção da ferida, seja pelos sentimentos de angústia e solidão, experimentados pelos doentes. Também apontados em estudos de Domansky (1999 apud MAGALHÃES, 2001) essa subcategoria confirma achados da exploração da estrutura da representação, uma vez que evidenciou cognições como *contaminação* e *cuidado* presentes no Núcleo Central, estando a cognição ‘*cuidado*’ em mesmo quadrante que termos como *sujeira, secreção* e *contaminação* adquire o sentido de prevenção e precaução, o que salienta o receio de

contágio por parte dos profissionais. Os termos *precaução* e *risco* foram também citados e figuram no Sistema Periférico. (Quadro 2)

A categoria “Cuidar como obrigação (Cco)” com 5,0% das unidades de registro retrata a experiência de sentimentos paradoxais pelos profissionais. Parecem viver um conflito, precisando se esforçar para cuidar daqueles que lhes causam tanto medo e sofrimento. Para responder a essa demanda ancoram suas atitudes em imagens de que a pessoa com ferida infectada é frágil e, no compromisso profissional, como obrigação.

A categoria “Cuidar como gratificação (Ccg)”, com 8,5% do total de unidades de registro, abriga três subcategorias: Aliviar o sofrimento do ser cuidado, com 3,9%; Recuperar e cicatrizar a ferida, e Sentir-se útil. Representa o único aspecto compensador do cuidar de pessoas com feridas infectadas, no relato dos profissionais de enfermagem. Essa categoria representa o bem estar experimentado pelos sujeitos que cuidam, principalmente quando observam a recuperação de seus clientes. Ao explorar a estrutura da representação, a cognição “*gratificação*” aparece no Sistema Periférico, cujo sentido se aproxima do prazer em cuidar, da parte positiva dessa prática.

Para análise quantitativa, considerei o número de sujeitos em que os conteúdos das foram encontrados, tais conteúdos foram resumidos na Tabela 4, com o intuito de discutir a importância das categorias e suas respectivas subcategorias. Das três categorias encontradas ressalta “Cuidar como sofrimento”, representada pelo conteúdo de pelo menos um depoimento de 72,7% dos entrevistados, seguida da categoria “Cuidar como gratificação”, destacada por 36,3% deles e “Cuidar como obrigação”, presente no discurso de 18,1% dos sujeitos investigados.

Observa-se na Tabela 4 que 39,4% dos entrevistados atribuíram maior relevância à subcategoria “Conviver com uma pessoa sofrida e carente de atenção”. Essa se apresenta como uma das mais importantes na prática da enfermagem, por significar o modo como o profissional vê o ser humano que necessita de seus cuidados, imagem capaz de influenciar as atitudes assumidas por esse profissional, denotando uma visão sensível para com o outro. Junto à subcategoria “Conviver com uma pessoa sofrida e carente de atenção”, anteriormente descrita, emitida por igual número de entrevistados destaca-se a subcategoria “Sentir nojo e repulsa” emitida no discurso de 39,4% dos sujeitos.

Tabela 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS SIMBÓLICAS QUANTO AO NÚMERO DE SUJEITOS ENTREVISTADOS - CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS - FEIRA DE SANTANA, BAHIA, 2005.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO	SUJEITOS	
			F	%
Cuidar como sofrimento (CCS)		244	24	72,7
	-Conviver com pessoa sofrida e carente de atenção	58	13	39,4
	-Sentir-se inseguro e impotente	54	11	33,3
	- Sentir nojo e repulsa	42	13	39,4
	-Senti dor e piedade	24	5	15,1
	-Sentir-se frustrado	22	7	21,1
	-Conviver com pessoa envergonhada e constrangida	17	5	15,1
	-Conviver com pessoa discriminada e rejeitada	14	5	15,1
	- Temer o contágio	13	4	12,1
Cuidar como obrigação (CCO)		14	6	18,1
	-Cumprimento do papel	7	3	9,0

profissional			
- Esforço para atender o outro	7	3	9,0
Cuidar como gratificação (CCG)	24	12	36,3
- Aliviar o sofrimento do ser cuidado	11	10	30,3
- Recuperar e cicatrizar a ferida	8	7	21,2
- Sentir-se útil	5	2	6,0
TOTAL	282	33	100,0

A subcategoria “Sentir nojo e repulsa” refere-se à natureza repugnante do cuidar de pessoas com feridas, e ganha evidência ao ser avaliada quanto ao número de sujeitos que a emitiram em seus depoimentos. Isso sugere que os aspectos desagradáveis do contato com as feridas têm influência sobre a vivência no cotidiano desses profissionais, pois criam situações de conflito com as quais lutam, para não revelar seu desconforto aos que necessitam de seus cuidados, o que viria a ampliar o sofrimento e constrangimento de ambas as partes. Em terceiro lugar, a subcategoria “Sentir-se inseguro e impotente” emergiu do discurso de 33,3% dos entrevistados; Nela atribuíram importância maior aos seus sentimentos de insegurança diante da situação do doente, porque os profissionais se sentem impotentes para atingir a aspiração maior que é a recuperação dele e a cicatrização da ferida.

Ressalta-se, ainda, em quarto lugar, a subcategoria “Aliviar o sofrimento do ser cuidado”, da categoria “Cuidar como gratificação”, com 30,3% dos entrevistados, relacionada a aspectos positivos da relação do cuidar/cuidado. Dessa subcategoria depreende-se que, apesar dos aspectos negativos que permeiam o cuidar de pessoas com feridas infectadas, dessa prática é possível experimentar sentimentos de prazer e realização, ao perceber que o sofrimento do outro se torna menor a partir de uma ação profissional.

Percebe-se, por meio dessa análise, que elementos encontrados na crença dos profissionais revelam que o conviver com pessoas com feridas infectadas, na constatação deste estudo, está claramente influenciado por elementos psico-afetivos e com evidente sensibilidade dos profissionais. Para esses sujeitos, as pessoas com feridas infectadas são seres humanos fragilizados, e eles (os profissionais) se tornam também fragilizados pela sua prática de cuidar de outros seres humanos, em condição de extremo sofrimento.

A observância com maior frequência de aspectos negativos ressalta a visão dos entrevistados quanto aos diversos motivos causadores de padecimento e à frustração que permeia a prática profissional. O distanciamento, o relacionamento impessoal pode ser justificado pelas emoções negativas, receios e sensação de fracasso que antecipam as atitudes de um profissional que se vê insuficiente para alcançar seus objetivos.

5.4 O CONHECIMENTO DO SENSO COMUM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO CUIDAR DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS

As representações sociais, elaboradas pelos membros da equipe de enfermagem, fundamentam suas condutas ao cuidar de pessoas com feridas infectadas. O convívio, dentro das unidades de saúde, entre esses profissionais e os usuários veicula imagens e elementos simbólicos através da linguagem falada ou escrita. As imagens construídas por esses sujeitos sofrem influências do contexto social no qual estão inseridos, no caso, o hospital, a unidade básica e a unidade de saúde da família, além das concepções do meio social externo. Essas imagens, advindas desses vários

contextos, funcionam como uma espécie de argamassa que faz a sua aderência tornando as RS sólidas na cultura desses profissionais.

Ao se relacionar com as pessoas de que cuida, a equipe de Enfermagem fabrica um mundo de imagens, significados e, por meio de suas atitudes dá origem às suas representações. De acordo com Jovchelovitch (1998), essas representações, por sua vez, permitem uma conciliação entre o sujeito e o mundo que ele próprio descobre e constrói.

A experiência de cuidar de pessoas com feridas inicia-se na formação profissional e se complementa na experiência prática do dia-a-dia, quando da execução das tarefas; dos curativos, trocas de fraldas, mudanças de decúbito, auxílio ao banho; nas rotinas de registro em prontuários e passagens de plantão, ações vividas no contexto da unidade assistencial.

Desse modo, as trocas comunicacionais, necessárias para a realização de um trabalho de grupo, se fazem através da interlocução dos sujeitos do grupo entre si, dos sujeitos do grupo com aqueles aos quais assistem e, dos sujeitos do grupo consigo mesmos, intersubjetivamente, através de seus sentimentos, receios e percepções individuais.

Assim, ao cuidar, os profissionais de enfermagem delineiam seus comportamentos cuja direção aponta para as pessoas que necessitam de sua ação profissional.

A consistência das imagens possibilita que os cuidadores (equipe de enfermagem) adotem comportamentos que são justificados por suas crenças. Considerando que “um objeto social é sempre apreendido como algo associado a um grupo” (MOSCOVICI, 1978, p. 261) e que, todo o grupo formado por profissionais de enfermagem interage com pessoas com feridas infectadas. As suas representações,

sobre o referido objeto de estudo foram identificadas a partir dos discursos, evocações e práticas de seus integrantes.

Essas imagens serão qualitativamente apresentadas a seguir, mostrando que a construção do conhecimento, nesse grupo, é complexa e varia entre as próprias representações e as imagens que acreditam não sejam suas (embora o sejam), e sim dos receptores de seus cuidados. E serão identificadas por meio de três categorias: 1. Cuidar como sofrimento; 2. Cuidar como obrigação e 3. Cuidar como gratificação.

A apresentação da Figura 2 permitirá uma melhor compreensão a cerca dessas representações.

Por intermédio do conteúdo obtido das entrevistas e a construção do conhecimento do senso comum da equipe de enfermagem, sobre o cuidar de pessoas com feridas infectadas, foi possível analisar as unidades temáticas, das quais emergiram três categorias e treze subcategorias, acompanhadas dos variados significados atribuídos, pelos entrevistados, a cerca de seu cotidiano profissional. A primeira categoria, composta de oito subcategorias, descreve as imagens que os cuidadores elaboram sobre a pessoa que recebe os cuidados de enfermagem, enquanto que a segunda categoria aponta para o sentimento de estar submetido à disciplina do trabalho, e a terceira categoria destaca os sentimentos positivos quanto ao resultado satisfatório da atividade de cuidador. Tais categorias foram divididas em subcategorias para melhor apreensão de seus conteúdos, e analisadas à luz da Teoria das Representações Sociais, a qual permitiu-se trazer reflexões sobre as questões que envolvem a relação de cuidar, que tanto me inquietaram na minha trajetória profissional.

A construção desse conhecimento baseia-se na representação que enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem atribuem à sua vivência com pessoas portadoras de feridas, pessoas que, diariamente, buscam auxílio nas unidades de saúde.

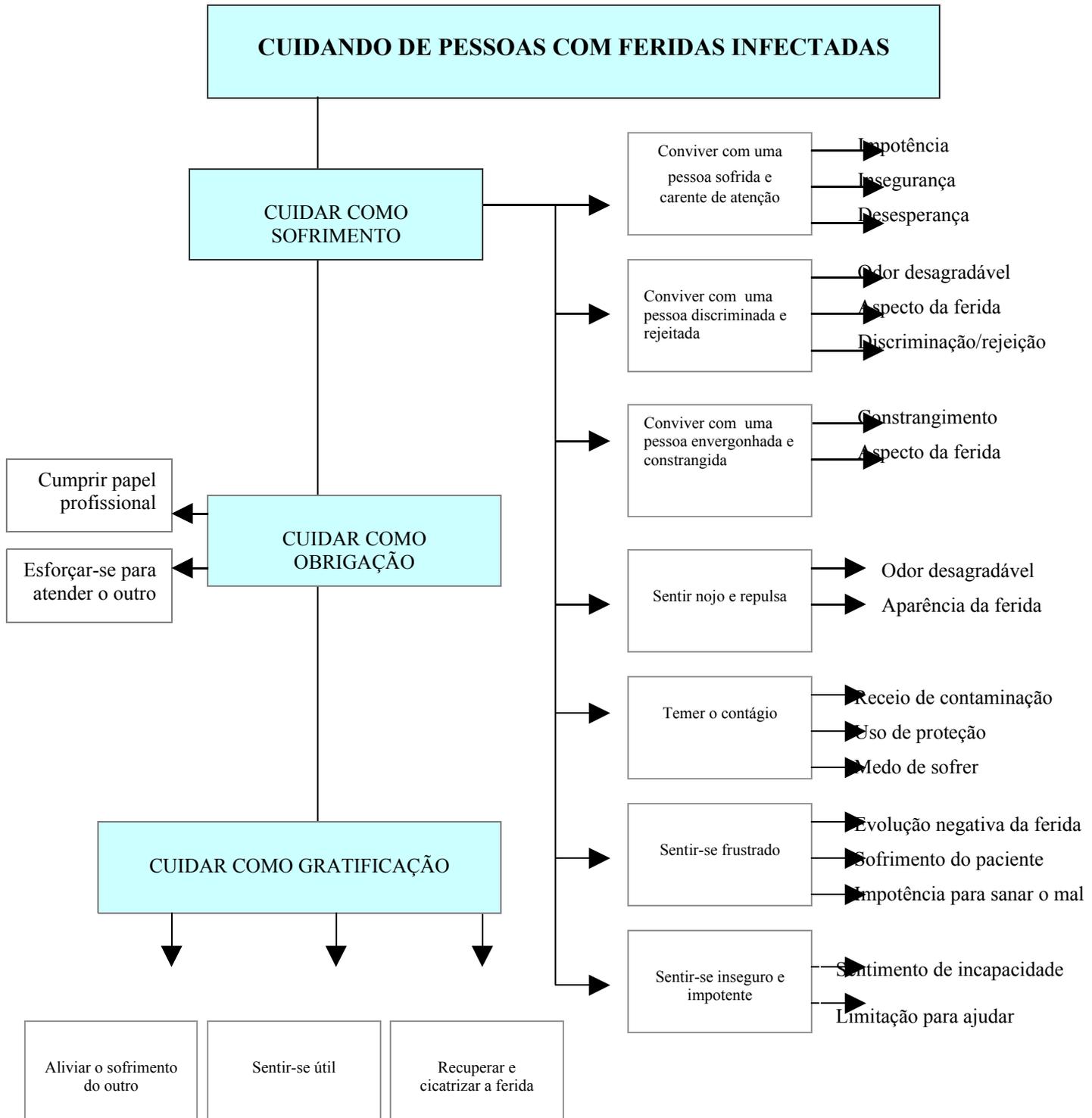


Figura 2. Sinopse dos conteúdos das representações sociais da equipe de enfermagem sobre cuidar de pessoas com feridas infectadas, Feira de Santana, Bahia, 2005

5.4.1 CATEGORIA I – CUIDAR COMO SOFRIMENTO

5.4.1.1 SUBCATEGORIA–CONVIVER COM UMA PESSOA SOFRIDA E CARENTE DE ATENÇÃO

As trocas estabelecidas entre os membros da equipe de enfermagem e as pessoas com feridas infectadas promovem a construção das Representações Sociais, desses profissionais, os quais concebem os receptores dos seus cuidados como pessoas em situação de risco psicológico, fragilizadas pelo estigma da ferida, pelo isolamento social, pelo desconforto de seus odores e pela desfiguração física. Assim, a equipe de enfermagem projeta suas representações para a figura do paciente, como se essas fossem imagens próprias dele sobre a vivência da ferida e dependência dos cuidados. Os conteúdos das falas relacionam-se tanto às características pessoais dos pacientes cuidados como aos aspectos relacionados a reações sociais a que esses pacientes estão expostos como apresentadas a seguir:

Cuidar de pessoas com feridas infectadas requer muito cuidado, porque o paciente chega debilitado, irritado e precisando de ajuda (ent.29)

[...] cabisbaixo, triste porque está com aquilo (a ferida) [...](ent.16)

[...] impotente, impossibilitado de realizar suas ações perante a sociedade e perante a sua família [...] angüstiado[...] ele fica preso a um leito e a uma assistência médica e de enfermagem que acaba deixando ele ali.(ent.4)

[...] toda vez que a gente abre o curativo dele, ele olha assim [...]parece que pra ele o mundo desmorona ele fica totalmente abalado [...](ent.16)

Segundo Noddings, cuidadores são capazes de perceber duplamente uma realidade, enxergar o mundo do outro através de seu olhar. “[...] pode ver as coisas tanto de sua perspectiva quanto daquela do objeto do cuidado” (2003, p.85-86).

A equipe de enfermagem ancora a imagem daquele que possui ferida infectada como um ser frágil, incapaz e inseguro. Percebe-se que essa imagem corrobora para que se cristalize na visão reducionista de um ser dependente, passivo e incapaz de agir e reagir frente à sua situação de saúde, reproduzida pela formação clínica focada na doença e não no doente.

Esses discursos confirmam o aspecto descritivo prescritivo das cognições apontado por Sá (1996, p.80). Para esse autor as RS “como forma de pensamento social prático que são, suas descrições do objeto representado implicariam sistematicamente em prescrições de algum tipo de ação por parte dos indivíduos ou grupos detentores de tais conhecimentos compartilhados”. Na medida em que a equipe descreve o sujeito de seus cuidados como incapaz, passivo e dependente, isso implicará em uma ação por parte dessa equipe, ao denomina-lo por uma ferida suja, infectada ou contaminada e, conseqüente a essa imagem, um comportamento será acionado, na relação entre esse sujeito, no qual a patologia sobressai à pessoa.

Durante o cuidado, os procedimentos eram feitos muito rapidamente para dar conta de uma fila de espera, entretanto os profissionais dessas unidades demonstravam interesse em conhecer as causas do ferimento, fazendo perguntas sobre a história da situação de saúde, tais como : *O que aconteceu? Há quanto tempo o Sr. está assim? Teve febre?* Observei que tais questões estavam relacionadas a conhecer a situação clínica que envolve a ferida; como não há uma sistematização para a consulta, dados relevantes sobre a pessoa deixavam de ser valorizados, a exemplo de ocupação, hábitos alimentares, medidas utilizadas para sanar o problema, consumo de álcool, doenças crônicas, sono e repouso, sentimentos, dentre outros. Após realizar o procedimento, a pessoa saía da sala apenas com a recomendação de retornar no dia seguinte para troca

de curativos; não observei informações para o auto-cuidado e ou/ mudanças, ou adoção de hábitos de cuidado a saúde geral.

Tais atitudes vêm corroborar a afirmativa de Remen (1993) de que os profissionais de saúde tendem a valorizar a parte doente das pessoas que dependem de seus cuidados, o que os impede de visualizar as potencialidades das partes saudáveis que estas pessoas ainda preservam. Isso se confirmou nos contextos desse estudo, ao observar que, no tempo em que as pessoas portadoras de feridas se mantiveram na unidade, a comunicação entre elas e os profissionais de enfermagem estava sempre voltada para a ferida e os procedimentos de curativo.

Durante os procedimentos notei que os profissionais entravam nos quartos e logo iniciavam a disposição de materiais para realizar o curativo. A pessoa mantinha-se passiva enquanto o profissional realizava sua tarefa, limitando-se a falar quando necessitava de colaboração do ser cuidado para mudar de posição, de modo a favorecer o procedimento. Raras vezes observei profissionais darem informações sobre o que iriam fazer, perguntar se a pessoa consentia com a realização do procedimento, ou explicar os possíveis desconfortos a surgir daquele cuidado.

A pessoa ficava totalmente exposta, nua, sem que houvesse proteção de biombo, e por vezes estudantes, médicos, residentes e professores entravam nos quartos para observar o procedimento, sem que fosse solicitada autorização ao cliente, desse modo desconsiderando sua vontade e privacidade.

5.4.1.2 SUBCATEGORIA–CONVIVER COM UMA PESSOA DISCRIMINADA E REJEITADA

As representações da ferida, o estigma e preconceito ligados a ela, presentes na sociedade, estão associados à imagem da hanseníase, construídos e veiculados em textos religiosos, literatura e cinema e fazem parte, também, do cotidiano desses sujeitos. Os profissionais de enfermagem participam de uma sociedade que historicamente segregou, exilou e anulou a participação de pessoas cujas feridas lhe provocassem sentimentos negativos. Assim, a representação tem como uma de suas funções explicar os comportamentos adotados pelo grupo, o qual está impregnado pelos preconceitos presentes no cotidiano dos cuidadores. (MOSCOVICI, 2003; JODELET,2005; ABRIC,2000).

Hoje eu estou com aquele paciente? Eu não acredito!E muitas vezes eles (os pacientes) eles até ouvem esse tipo de comentário e se sentem rejeitados.(ent.3)

[...]as pessoas se sentem [...] como se estivessem rejeitadas, às vezes. Por mais que a gente explique mas eu acho que no intimo a pessoa sente um pouco de rejeição por parte da equipe.[...]o paciente acha que está dando trabalho [...] principalmente quando tem odor.(ent.6)

Percebe-se, pelos relatos dos profissionais, que atitudes de descuidado e não cuidado estão presentes no cotidiano desse cuidar específico, segundo eles

[...] as pessoas o discriminam pelo cheiro, então ele é o ultimo a ser cuidado, o último a tomar banho, o ultimo a ser tratado do ferimento. Às vezes a equipe até esquece dele [...](ent.4)

[...] infelizmente tem colegas que não olha (a ferida) quer fazer o curativo rápido pra mandar embora.(ent.31)

Para Waldow (1995, p.20) atitudes de não cuidado ou de descuidado, em situações de dependência ou carência, desvalorizam a pessoa, o que, além de despersonalizá-la, amplia sua vulnerabilidade, causa impotência e sentimentos de perda. As pessoas cuidadas poderão sentir-se ,ainda, traídas por aqueles que deveriam cuidá-las e defendê-las.

5.4.1.3 SUBCATEGORIA–CONVIVER COM UMA PESSOA ENVERGONHADA E CONSTRANGIDA

Nesse contexto, observei que muitas das pessoas apresentavam situações de risco de complicações e cronificação da ferida, e que não eram valorizadas por falta de uma consulta de enfermagem ou clínica, a exemplo de diabetes, hipertensão, lúpus eritematoso, hanseníase, leishmaniose, herpes, anemia , desnutrição, dentre outras. Tal desvalorização pode ser explicada por Spink (2003)

Para a referida autora, indivíduos em situações ameaçadoras, seja pelo risco de contágio ou por contestar a ordem estabelecida, tendem à exclusão social, a exemplo de exclusão física, como ocorre nos leprosários e hospitais psiquiátricos. (SPINK, 2003)

Semelhantemente a essas antigas práticas, pode-se comparar a atual localização dos quartos de isolamento e as salas de curativos das unidades de saúde, nos quais se acomodam pessoas com feridas, sempre distantes dos profissionais e dos demais usuários do serviço.

Nesse cenário, os profissionais assistem e se reportam como se sentem as pessoas que se apresentam com feridas. Como é possível conferir através dos depoimentos a seguir:

[...] pro paciente é constrangedor porque o paciente já esta com a ferida ali [...] se sente mal! com dor também[...] se sente constrangido por estar com a ferida contaminada.[...]ele não se sente à vontade devido ao procedimento que vai ser realizado, muitas vezes é um procedimento doloroso[...] (ent.10)

[...] o paciente ele mesmo sente a questão do odor, então ele se sente às vezes com receio tem vergonha. [...]eles acham que a gente tem nojo(emt.8)

[...] se sente incomodado com o cheiro, às vezes tem vergonha da¹⁹ equipe, vergonha da própria família (ent.4)

A maioria das pessoas com feridas infectadas, presentes nesse ambiente estudado, são adultos em fase produtiva de suas vidas e, ao serem acometidas por essa condição perdem a autonomia, a liberdade e necessitam submeter-se à intervenção de outras pessoas para o seu cuidado físico-corporal. Esses limites impõem condições de dor, sofrimento e solidão a esses indivíduos que se expressam em forma de ira, raiva e agressividade. Os profissionais, por sua vez, podem entender tais comportamentos como aspectos de personalidade, ou apenas transgressões ao tratamento. Nota-se, aqui, a importância da reflexão dos cuidadores, para entender os aspectos psicológicos que envolvem as pessoas nessa condição.

5.4.1.4 SUBCATEGORIA – SENTIR-SE INSEGURO E IMPOTENTE

Menzies (1970 apud SPINK, 2003, p.146) relata a existência de sentimentos fortes e contraditórios, observados no cotidiano do trabalho de enfermeiras, tais como “piedade, compaixão, amor; culpa, ansiedade, ódio e ressentimento, em relação aos pacientes que fazem emergir tais sentimentos. [...]”

Mesmo que você tenha ou não tenha sentido segurança[...]. você tem que passar isso pro paciente.(ent.11)

[...] aflige muito, ao mesmo tempo que você tenta ajudar você está limitado(ent.26)

¹⁹ “da” = em relação à...

Segundo esse autor, para que as enfermeiras dêem conta das tarefas que lhes causam ansiedade e sofrimento, elaboram mecanismos de defesa, a exemplo da fragmentação do relacionamento enfermeira/paciente; despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo; distanciamento e negação de seus sentimentos; ritualização de tarefas rotineiras; redução da responsabilidade por meio de verificações e contra-verificações e de hierarquização de autoridade.

Cuidar dessas pessoas representa repulsa, desconforto e nojo para os cuidadores. Para que esses sentimentos não os impeçam de dar aos pacientes os cuidados necessários, estabelecem-se rotinas, distanciam-se os profissionais da interação e do relacionamento interpessoal, enquanto o indivíduo (des) atendido sofre uma personificação de sua doença, sendo considerado como um caso, um número. Desse modo, enfermeiros transferem essa responsabilidade para os auxiliares, fundamentadas na hierarquia institucional e, assim, evitam o contato estreito e humano para não encarar de frente tais sentimentos. E se esforçam, utilizando imagens de um sujeito-paciente fragilizado, vulnerável e carente de cuidados, para lidar com tais emoções conforme se evidencia no discurso abaixo:

[...] Deus dá o dom à gente pra trabalhar com esses materiais sujos [...] porque senão a gente nem entra porque tem odor fétido, tem muita secreção e você pensa que mesmo de luva é sua mão que tá ali. Mas depois que você entra e vê um ser humano uma pessoa sofrida você esquece de tudo e faz.(ent.31)

Observei, também, que profissionais delegavam o cuidado e o procedimento do curativo aos familiares do paciente e/ou acompanhantes, sem que houvesse preparo dos mesmos para tal tarefa, causando um desvio de responsabilidades, uma distorção de funções dentro do contexto hospitalar, confirmando a assertiva de Menzies (1970 apud SPINK, 2003, p.146) sobre a redução de responsabilidades e hierarquização de

autoridade. Tal delegação de tarefas era justificada pelos profissionais como uma forma de efetivar seu trabalho.

No contexto do hospital, os profissionais se demonstravam ainda mais estressados, apressados e cansados dada a sobrecarga de tarefas, ampliadas por um contexto tumultuado, desorganizado, superlotado de pessoas cada vez mais carentes de cuidado. Nesse local o cuidado pareceu-me ainda mais desumano e distante do acolher, ouvir, apoiar, compreender e minimizar a dor e o sofrimento experimentado pelas pessoas com feridas infectadas.

Além do cuidado fragmentado, os recursos materiais nas unidades eram desfavoráveis ao cuidado. Havia deficiência na manutenção de equipamentos; a reposição de produtos para limpeza das feridas não atendia à demanda semanal de curativos; a inexistência de coberturas tópicas adequadas; tudo levava os profissionais a improvisar tratamentos, constantemente. Durante o período de observação e entrevistas, os profissionais aproveitavam o espaço para expor suas preocupações com a inadequação dos recursos para cuidar dessas pessoas, como na fala seguinte:

A gente fica também incapaz.[...]até, porque a gente não pode fazer muita coisa.Me sentí incapaz.... mãos atadas,a gente não pode fazer muita coisa.O que a gente pode fazer é ir lá fazer o curativo dele, quando a gente tem o material [...](ent.29)

Emerge, do teste de evocação livre de palavras, em elenco de medidas necessárias na abordagem local das feridas: foram citadas as cognições *curativo* (32 vezes), *higiene* (31 vezes), *medicação* (21 vezes) e *tratamento* (21 vezes) demonstrando a importância dada pelos sujeitos aos procedimentos. Considera-se, dentro da prática de cuidar de pessoas com feridas, que o mínimo que se deve oferecer a essas pessoas é o procedimento do curativo. Segundo o relato dos profissionais e o que observei nas unidades, muitas vezes nem isso se torna possível devido à escassez de material, o que provoca sentimento de impotência nos profissionais de enfermagem, principalmente

porque, sem realizar os curativos necessários, distancia-se cada vez mais o objetivo principal desses profissionais, que é obter a cura, na qual está centrada sua motivação para cuidar dessas pessoas.

5.4.1.5 SUBCATEGORIA – TEMER O CONTÁGIO

As características das feridas infectadas com seus tecidos em decomposição, seus odores e a desfiguração do indivíduo que as possui, promovem um choque, um impacto de medo no cuidador que, ao deparar-se com um ser humano semelhante a si naquela situação, lembra-se da sua própria vulnerabilidade e de poder ficar na mesma situação; por isso, os cuidadores experimentam o medo da contaminação como um fantasma (uma sombra, um espectro) presente na relação de cuidado daquelas pessoas. Expressam que há um

[...] medo disso, dessa contaminação se disseminar[...]. Não só pra gente[...] O medo de infecção, eu sempre tive esse medo de contrair infecção. E às vezes eu tive de fazer cara dura mesmo prá enfrentar esse tipo de situação. Porque às vezes sei lá (silencio prolongado) precisa sair mais de perto, entendeu? – E aí quando você tem esse medo como é que você cuida dele? [...] eu enfrento, sempre enfrentei, mas fica aquela sensação ruim, não é uma coisa confortável.(ent.11).

A respeito desse medo de contaminar-se, Jodelet (2005) refere que a convivência com excrementos, tais como fezes e urina “**excreções mortas**”, e materiais orgânicos como a exsudação, saliva, muco nasal, “**secreções vivas**”, pode provocar comportamentos diferentes nas pessoas. Os profissionais de enfermagem vivenciam situações em que é preciso efetuar troca de fraldas e lençóis de seus pacientes, devido a sujidade de fezes e urina, como também manipular feridas exsudativas quando da realização de curativos. No entanto, lidar com as secreções advindas da ferida parece causar maior impacto sobre os cuidadores do que as demais.

Para a referida autora, as excreções mortas estão associadas a efeitos curativos dentro das crenças da medicina popular; já as secreções vivas são atribuídas valores tanto positivos quanto negativos, estando estes últimos vinculados a um risco poluente e de contágio, relacionado, diretamente, àquele que as produz, nesse caso, o paciente, exercendo, assim, uma representação de perigo do qual o cuidador deseja afastar-se.

O temor, o receio do contágio, nessa relação, apresenta-se como algo capaz de impedir o envolvimento necessário para cuidar; pode motivar o afastamento completo ou a frieza nas atitudes do cuidar/cuidado. Nas evocações a cognição de *medo* foi emitida 13 vezes, e de *insegurança* 4 vezes.

Por outro lado, a necessidade de prevenir o contato com secreções e materiais da ferida, exige o uso de máscaras, gorros, capas, luvas, óculos, tornando o contato humano ainda mais limitado e frio. Assim, é preciso atentar para esses limites, impostos pela situação da ferida com infecção, sob o risco de esquecer dos seres humanos que estão envolvidos nessa relação (cuidador e ser cuidado). A orientação prévia, dada aos pacientes, sobre a necessidade de proteção individual do profissional contra a contaminação, poderá ajudá-los a compreender a postura do cuidador e fortalecer a confiança entre ambos.

5.4.1.6 SUBCATEGORIA –SENTIR NOJO E REPULSA

De acordo com Pitta (2003) o espaço de convívio com pessoas doentes ou lesadas, com frequência impõe uma rotina de atividades que “envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras”; muitas vezes requerem ajustes e adequações defensivas para o desempenho de tarefas (p.62). Os discursos expressam sentimentos pouco aceitáveis em quem escolheu cuidar do outro como profissional; por isso, repulsa e nojo são considerados sentimentos negativos que “precisam ser escondidos ou negados”, pois um profissional que cuida não “deve sentir”. Desse modo os profissionais referem que:

[...] a gente tem nojo deles, dessas coisas todas.(ent.8);

[...] eu vi aquilo (a ferida) eu senti aquele calafrio, fiquei toda arrepiada, fiquei perdida (ent.25)

[...]se eu estivesse na situação daquele paciente? Uma pessoa fosse lá me ver morrendo de nojo[...]eu ia ficar pior do que já estava[...]não dá nem pra imaginar que uma pessoa tá com nojo de me tocar [...](ent.16)

Para atender às necessidades de cuidados daqueles que possuem feridas infectadas, o profissional lança mão de mecanismos de defesa, como a negação de seus sentimentos, para continuar atuando com as questões repulsivas de seu trabalho e evitando sentimentos perturbadores que lhe causem culpa e ansiedade. O nojo e a repulsa foram apontados por Domansky (2001 apud MAGALHÃES) como sentimentos frequentes na relação de pessoas que cuidam de outras com feridas, confirmada também por Carvalho e Sadigursky (2004)

Carvalho e Sadigursky (2004) discutem que o profissional de enfermagem ao encontrar pacientes que se apresentem sujos, dissimula sua reação de nojo e repulsa para que o paciente não perceba suas sensações. Na prática, pude observar que os curativos e demais cuidados, a exemplo do banho, higiene, coleta de exames, oferta de alimentos, são feitos rapidamente, para abreviar a permanência do profissional no ambiente da

assistência; e a comunicação verbal , necessária a uma boa interação, é quase que inexistente. Por isso questiono: como é possível cuidar assim? Evitando-se tocar, falar, escutar?

5.4.1.7 SUBCATEGORIA – SENTIR-SE FRUSTRADO

Tal aspecto corrobora a afirmação de Noddings (2003, p49) de que “o sentimento não é tudo o que está envolvido no cuidado, mas ele está essencialmente envolvido”, não podendo ser desconsiderado. Essa autora, destaca ainda que “Se conseguirmos entender como o cuidado é complexo e intrincado, até mesmo subjetivo, poderemos talvez estar melhor equipados para enfrentar os conflitos e os sofrimentos que ele às vezes induz.”(p.25). O encontro do cuidador com alguém que tem uma ferida infectada é permeado por uma “dor psicológica” representada, por esse cuidador, como frustrante, traumatizante, sentimentos de impotência e inutilidade. Para os profissionais de enfermagem a experiência de cuidar constitui algo

[...] traumatizante pra mim, pelo sofrimento dele. Ele sofria e a gente também [...] Pela dor do ser humano. (demonstrou emoção ao recordar-se do cliente, apresentou voz trêmula e lágrimas) é muito penalizante, é sofrido demais! (ent.2)

[...] às vezes você perde a esperança, a expectativa daqui a pouco está tudo bem, acontece o pior tem uma queda no estado geral dele [...] A gente pensa que ele não vai sair e ele acaba saindo e o que a gente aposta ele não sai. [...] Uma angústia (nesse momento muda a entonação da voz e franze a testa e demonstra dor), é como se a gente tivesse nadado, nadado e morresse na praia.(ent.9)

Nesse contexto de cuidar, sentimentos contraditórios coexistem. Profissionais do cuidado experimentam um conflito marcado ora por sentimentos de solidariedade,

ora por atitudes de descuidado. Silva e Erdman afirmam que, nesse contexto, “pensamentos e sentimentos se misturam num turbilhão de esperanças e desesperanças, de alegrias e desventuras, de ódio e de amores.(1995,p.168).

A complexidade dos sentimentos que surgem dessa prática, necessita ser valorizadas e trabalhadas, de modo que os profissionais se fortaleçam para enfrentar esses desafios, e consigam atingir a pessoa humana que carece de seus cuidados; uma vez que esses sentimentos não sejam discutidos, poderão os profissionais experienciar um processo de adoecimento.

5.4.1.8 SUBCATEGORIA – SENTIR DOR E PIEDADE

Depreende-se dos discursos que o sofrimento vivido pelo doente se estende a seus cuidadores. Isso está relacionado à convivência diária com a trajetória de dor e de perdas experienciadas por aqueles que dependem de seus cuidados. Os profissionais de enfermagem não só assistem a esse cenário de dor, como, de maneira empática, absorvem parte dela para si.

Eu acho muito dolorido pra mim como pessoa, cuidar de pessoas infectadas.(ent.8)

Porque um dia todo mundo vai morrer, mas não sofrer tanto[...]teve colegas que entravam e saíam chorando[...]porque não agüentavam ver tanto sofrimento.(ent.9)

A primeira parte é um sentimento de pena (ent.11)

Quanto mais íntimo for o relacionamento do profissional com aqueles de quem cuida, mais propenso estará a experimentar sentimentos de angústia. E, no intuito de evitar tais sentimentos, adota-se a fragmentação das tarefas, visando diminuir ao mínimo o tempo

de contato entre profissionais e doentes.(PITTA, 2003). Esse fato se opõe aos objetivos da relação do cuidar/cuidado que tem, no envolvimento emocional gradativo, um meio de produzir sentimentos de cumplicidade e confiança entre os sujeitos envolvidos. Nesse sentido, passa a configurar não como uma relação de ajuda, mas uma relação marcada pelo não cuidado o que acentua, nos doentes, sentimentos de inadequação, medo, frustração e raiva.

Leite Silva (1998,p.77) afirma que “nem sempre é fácil para os seres cuidadores o fazer com sensibilidade, principalmente quando este fazer é acompanhado de dor e sofrimento dos seres cuidados[...] eles se deparam com suas ambiguidades entre o dever e o não querer fazer”. Nesse sentido, observa-se, nesse cenário, um conflito evidente, onde o profissional penalizado pelas dores dos doentes, ao tentar se proteger, se afasta daqueles de quem deveria se aproximar/cuidar. Tal recusa a uma aproximação e envolvimento pode ser geradora de sentimentos de culpa, no cuidador.

5.4.2 CATEGORIA II – CUIDAR COMO OBRIGAÇÃO

Embora não gostando de fazer curativo em pessoas com feridas infectadas e, apesar do medo da contaminação, o cuidador presta os cuidados porque este é o seu trabalho, esta é a sua obrigação profissional. Essa tarefa faz parte de suas atribuições e lhe foi delegada pela (o) enfermeira(o) ou superior institucional, além de que os próprios pacientes os procuram. Daí o fato de, mesmo não gostando, eles terem que fazê-lo. Quanto a isso, destacaram-se duas subcategorias: Cumprimento do papel profissional (Cpp) e Esforço para atender o outro (Eao).

CUIDAR COMO SOFRIMENTO

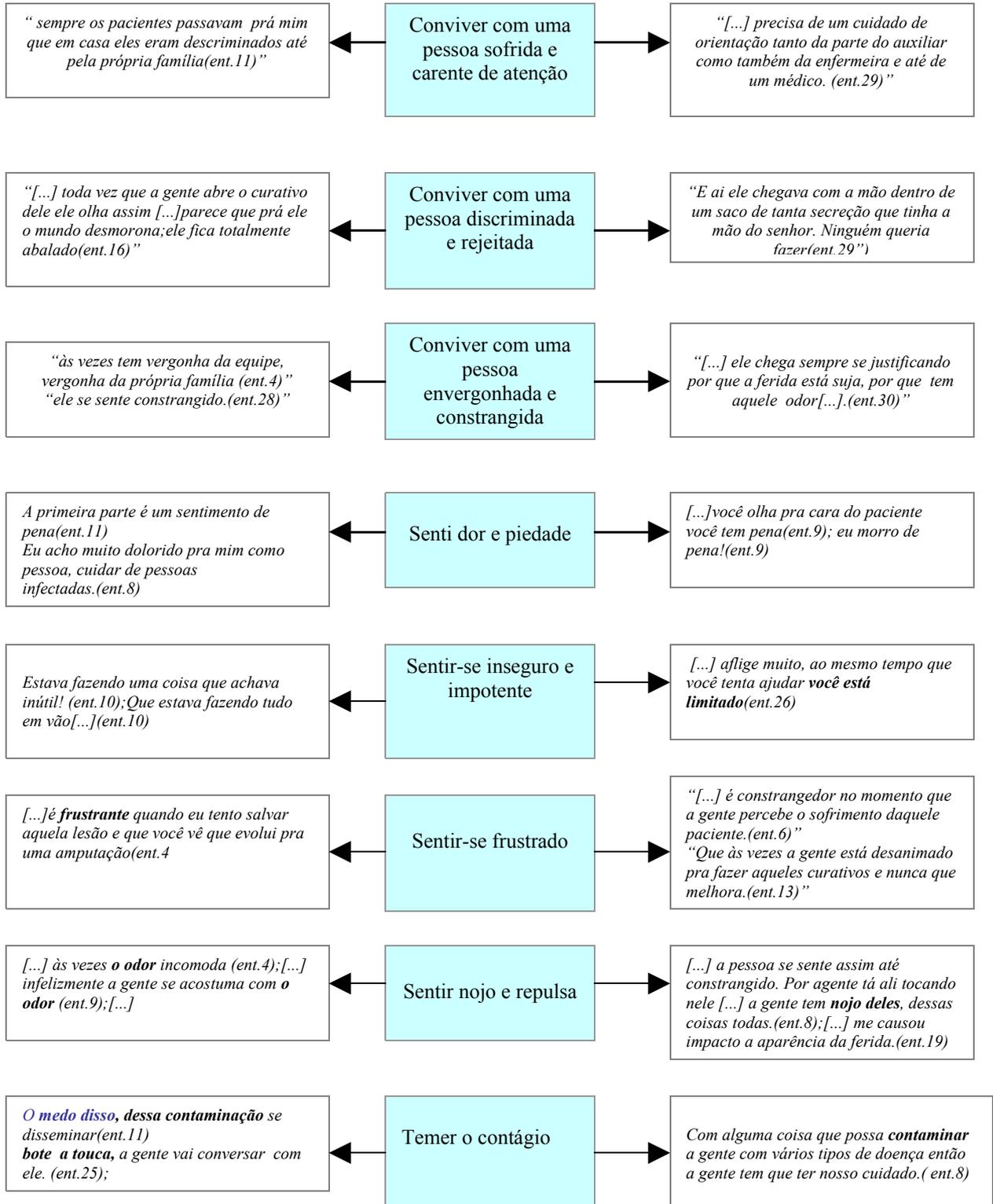


Figura 3 - Síntese de análise da categoria 1-Cuidar como sofrimento-Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem- Feira de Santana-Bahia, 2005.

5.4.2.1 SUBCATEGORIA - CUMPRIR PAPEL PROFISSIONAL

O ambiente do cuidado é lugar disciplinador, segundo padrões estabelecidos para a produção de tarefas; exige dos profissionais cumprimento de seus papéis, muitas vezes de tarefas desagradáveis. Ao deparar-se com esses dilemas, cumprir seu papel profissional é encarado como obrigação, submissão à ordem do lugar.

Não vou dizer que cuidar de feridas é o tipo de coisa que eu gosto de fazer, [...] eu fazia porque eu tinha que tá aqui no ambulatório o paciente procurava e eu sei que mesmo não gostando eu tento me dedicar ao máximo ao que eu estou fazendo. (ent.11)

De acordo com Waldow (2001), a motivação para cuidar advém de um sentimento compulsivo para ajudar e para fazer o bem no intuito de atender, de forma consciente, a princípios e valores morais, estejam cuidadores gostando ou não dessa escolha. Ainda para essa autora é comum que trabalhadoras de enfermagem cumpram suas tarefas sem apresentar “real envolvimento, um compromisso (moral) com a profissão ou atividade”, demonstrando atitudes frias e distantes para com aqueles que recebem seus cuidados. Algumas atuam apenas como forma de obter remuneração e garantir-lhes meios de subsistência, embora haja cuidadoras sensíveis, que realizam seu trabalho “com compromisso, envolvimento e prazer” (p.137-138).

5.4.2.2 SUBCATEGORIA – ESFORÇAR-SE PARA ATENDER O OUTRO

Ao lidar com a fragilidade de outra pessoa, os cuidadores tomam consciência de sua própria fragilidade e de como ela é inerente ao ser humano. A tomada dessa consciência torna o cuidador sensível à dor e ao sofrimento. Cuidar de pessoas mobiliza sentimentos, e esses estão, muitas vezes, sublimados pela falta de oportunidade de expressão; porém, a exposição dos sentimentos permite aos cuidadores conscientizarem-se dos seus limites e possibilidades.

Pode-se conhecer esse teor afetivo nas enunciações a seguir:

Mesmo que você tenha ou não tenha sentido segurança..... você tem que passar isso pro paciente você não vai passar insegurança pro paciente que é muito ruim. Tem que passar segurança pra ele.(ent.11)

[...]importante do profissional de saúde é nunca se deprimir [...]diante do paciente a gente não deve se deprimir(ent.20)

A gente tem assim aquele sentimento de tristeza que dá por ver um ser humano ali com aquela doença. E eu acho isso triste também, mas eu tento não passar pra ele, eu tento passar ânimo pra ele. (ent.33)

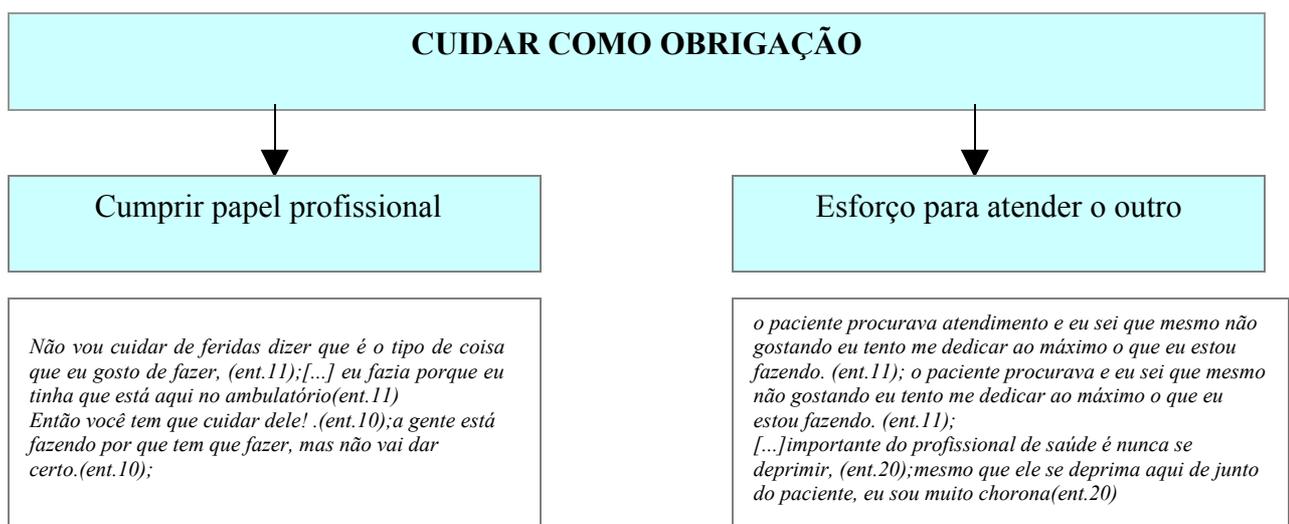


Figura 4 - Síntese de análise da categoria 2- Cuidar como obrigação - Cuidando de pessoas com feridas infectadas-representações sociais da equipe de enfermagem- Feira de Santana-Bahia,2005.

5.4.3 CATEGORIA III– CUIDAR COMO GRATIFICAÇÃO

Nesta categoria fica evidente que, apesar das dificuldades envolvidas, esse mesmo encontro que provoca dor e sofrimento, é capaz de promover sentimentos positivos nos cuidadores, ao perceberem que sua ação minimiza o sofrimento daqueles que dependem de seu cuidado e atenção. Revelando, assim, uma representação de dualidade entre dor e prazer, tristeza e alegria, impotência e utilidade. Os referidos sentimentos são representados por três subcategorias: Aliviar o sofrimento do ser cuidado; Sentir-se útil e Recuperar e cicatrizar a ferida.

Para Martins e Ramos, a idéia de sacrifício permeia o cotidiano da Enfermagem, no entanto essa aceitação é acompanhada pelo desejo de compensação; nesse sentido a imagem de sacrifício é modificada e ganha outro valor na vontade de ajudar. Segundo as referidas autoras “No cotidiano isto pode parecer como normas a cumprir, como formas específicas do ‘fazer’ assistência, como atitudes roteirizadas, que adquirem a capacidade de tornarem-se, no ato mesmo de sua realização, o próprio prazer, a contrapartida”.(1995,p.55).

A compensação pela dor sofrida, a contrapartida obtida dos sacrifícios da obrigação de cuidar do sujo, do fétido e pútrido, está em sentir o bem estar que seus cuidados promovem no outro, na importância do próprio ato de cuidar.

5.4.3.1 SUBCATEGORIA – ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO

Cuidar está relacionado com atitudes de zelo para confortar, apoiar, acolher e minimizar o sofrimento. Conforme Collière (1999, p.49) “[...] os cuidados são fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação; pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos tentando evitar o sofrimento.” Observa-se que, para os profissionais de enfermagem, apesar de todos os aspectos negativos de sua prática, cuidar de pessoas com feridas infectadas pode ser

[...] uma ação gratificante porque a gente está diminuindo o sofrimento de alguém, amenizando o sofrimento de alguém[...](ent.6)

uma experiência gratificante [...] vê que melhorou o estado geral dele. A auto estima dele melhorou.(ent.5);

A maior gratificação [...] você não poder olhar pro paciente e com 15 dias ou 20 dias ver o paciente bem(ent.20);

5.4.3.2 SUBCATEGORIA – SENTIR-SE ÚTIL

Depreende-se dos discursos que cuidar possibilita uma auto-valorização por parte dos profissionais, esse sentimento confere sensação de bem estar diante do trabalho escolhido, dado o senso humanitário e a relevância da profissão, disseminada em diversos contextos sociais. Os profissionais destacam, nas falas a seguir, os aspectos positivos da relação de troca através da qual é possível obter prazer, segundo eles

[...] às vezes que eu me sinto amada por eles, (ent.32); eu me sinto valorizada como profissional, [...] me sinto útil por eles e tento resolver da melhor forma possível que ele seja bem atendido. (ent.32);

dar banho pra ter um limpeza, quando eu faço isso eu me sinto muito útil.(ent.7)

Mayeroff (1990) defende que o cuidado é capaz de proporcionar a auto realização e, por meio dela os seres humanos, podem experienciar o significado da própria vida, e, nesse sentido, os profissionais podem encontrar a sua realização profissional.

5.4.3.3 SUBCATEGORIA - RECUPERAR E CICATRIZAR A FERIDA

O conteúdo das falas traduz um conhecimento ancorado no cuidado de reparação com objetivo de cura. Embora os elementos psicológicos e emocionais sejam expressivos como a depressão, o estigma e a auto-estima diminuída, aos quais, estes sujeitos são susceptíveis, o que se pode depreender dos depoimentos é que a gratificação do trabalho da Enfermagem é obtida, antes pela observância do processo de cura das feridas, do que pelo cuidado em si, nesse longo processo que pode culminar, ou não, com a cura. Os sujeitos do estudo ressaltaram que cuidar é:

[...] uma ação gratificante porque além da gente diminuir o sofrimento de alguém, amenizando o sofrimento de alguém a gente tá fazendo um trabalho com o propósito de cura [...](ent.6)

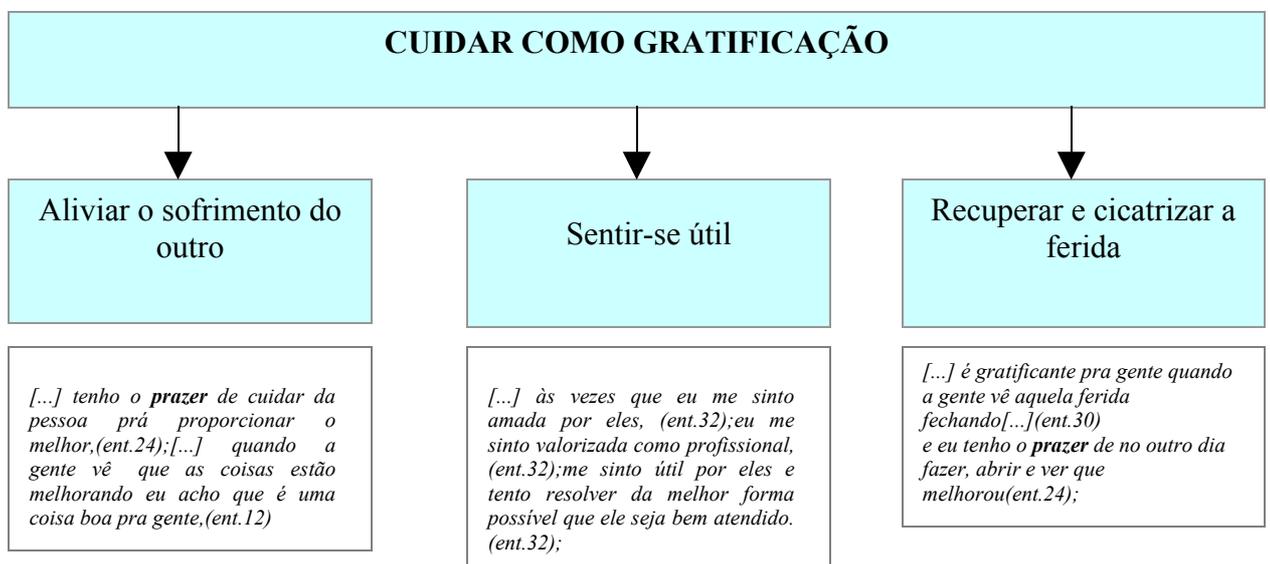
[...] a gente está levando motivação, está levando a cura, está levando ânimo e a pessoa que está com a ferida infectada ela quer ver em nós um resultado pra aquilo que ela está sentindo, ela quer ver em nós alguma coisa, alguma força então quando a gente cuida de uma pessoa com ferida infectada a gente está levando esse pacote: ânimo, alegria, motivação [...](ent.33)

Tais comportamentos vêm confirmar a forte influência do modelo biomédico na formação de enfermeiros e demais profissionais de enfermagem, modelo esse que

valoriza as partes em detrimento do todo e, em função disso, entende a cura como a tarefa mais importante do processo de saúde e doença dos indivíduos, subestimando a importância do cuidar, nesse cenário de perdas e emoções, envolvidos no processo de viver/adoecer/morrer.

Para Waldow (2001) “[...] o cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades, incapacidades e durante o processo de morrer. Na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, [...] tanto como uma forma de viver como de se relacionar” (p.129).

A íntima relação entre o cuidar e o curar conduz ao fortalecimento da crença da importância desse último, porque curar só se faz possível através do cuidar, não sendo possível, porém, atingir a cura sem ter como objetivo primordial o cuidar. Entretanto, a supervalorização do curar relaciona-se, também, com o prestígio das práticas exercidas pelos homens e, paralelamente, ao desprestígio das práticas exercidas pelas mulheres ao longo da história. E obedece à lógica da divisão social do trabalho, na qual nota-se a desvalorização das práticas manuais, quando os procedimentos de curativos das feridas, inicialmente realizados por médicos, são delegados às enfermeiras e, a partir destas, delegadas aos demais profissionais da equipe de enfermagem.



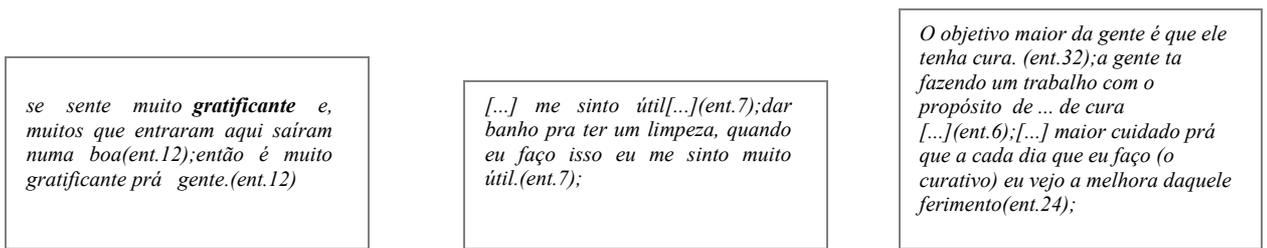


Figura 5- Síntese de análise da categoria 3- Cuidar como gratificação - Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem - Feira de Santana-Bahia,2005.

Acredito que, se os cuidadores compreenderem o cuidar apenas como ações capazes de obter a cura, isso pode gerar neles, sentimentos de incapacidade para atingir tais objetivos, ou seja impotência diante do estado dos pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apreender e analisar as Representações Sociais (RS) da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas com feridas infectadas. Considerando que a relação construída pelos sujeitos que cuidam sofre influência das construções subjetivas de suas crenças, ideologias e valores, as RS permitiram acessar uma versão dessa realidade por seus próprios atores.

Diante do distanciamento daqueles que cuidam, frente a um ser cuidado que porta ferida infectada, busquei resposta para os motivos desta distância, dessa impessoalidade freqüente na maioria dos cuidadores.

No discurso, a maioria dos sujeitos demonstrou uma preocupação com as pessoas que possuem feridas, evidenciadas na exposição de sentimento/emoção ocorrido nas entrevistas, mas, ao observá-los na prática, notei que falam pouco com o paciente, raras são as vezes que prestam orientações para o auto cuidado.

A presença de ferida gera, no individuo, demandas em todas as suas dimensões, mas a assistência oferecida é restrita ao corpo biológico, prestada por profissionais de pouca sensibilidade e preparo para as questões psico-emocionais.

Ao explorar a estrutura das RS evidenciaram-se do Núcleo Central cognições relacionados à experiência do outro em ser portador de ferida e à experiência profissional de cuidar desse “outro”, através dos termos *infecção, odor, dor e sofrimento*. No Sistema periférico, imagens advindas do convívio direto com o ser cuidado salientaram aspectos quanto às atitudes esperadas pelo profissional, como *apoio, cuidar, melhorar, precaução e acolhimento*, e as imagens que ele nutre a cerca dos receptores de seus cuidados figuradas nos termos *carência, carente, debilitado e acamado*.

Os resultados apontam que a estrutura das representações sociais sobre cuidar de pessoas com feridas infectadas, tem como elementos centrais *dor, odor, cuidado e secreção*. O termo *cuidado* aparece com o sentido de cautela e precaução, sinalizando o receio do contágio confirmado pela presença de outros termos, como *infecção, purulenta, contaminação, descuidado e sujeira*. Cognições como *apoio, carência, carente, debilitado, dependência e insegurança* constituem o Sistema periférico, com conteúdos que resultam das experiências concretas na prática entre quem cuida e quem é cuidado, revelando que, para a equipe de Enfermagem, o sujeito de seus cuidados é um “ser fragilizado” por dor física e psicológica, provocada pelos odores da ferida e pelo isolamento social. Ainda para esses profissionais, cuidar de pessoas com feridas infectadas traz conseqüências e emoções ambíguas, como receio do contágio, piedade, sofrimento e, ao mesmo tempo, gratificação em obter a cura. Embora esses profissionais identifiquem as carências dos seres cuidados, eles são influenciados pela natureza repulsiva das feridas e demonstram ao longo deste estudo, que cuidar dessas pessoas é um sofrimento.

Ao apreender as RS da equipe de enfermagem, quanto a sua prática de cuidar, observei que as atitudes desses profissionais estão diretamente influenciadas por seu

contexto. A convivência dos grupos, nos espaços de cuidar, encontra-se mediada por atos de comunicação, tais como as passagens de plantão, os relatórios e os registros em prontuários. Desse modo, estabelece-se um contexto propício à construção de crenças e à propagação de imagens.

Nesse sentido, cuidar de pessoas com feridas infectadas, para os sujeitos deste estudo, está representado por três categorias: Cuidar como sofrimento, Cuidar como obrigação e Cuidar como gratificação, com predominância da primeira que se refere ao sofrimento. Profissionais de Enfermagem sofrem ao cuidar de pessoas nessa condição. Também eles carecem de escuta e de cuidado emocional; e ao passo em que identificam necessidades de acolher, cuidar e ouvir os sujeitos de sua prática, estão envolvidos por um contexto que favorece o parcelamento do cuidado, assim como uma visão fragmentada sobre os indivíduos nele inseridos.

Os usuários enfrentam o estigma da “ferida”. O isolamento e a rejeição causada pelos odores e secreções dificultam o acesso às informações, aos serviços e ao apoio social, muitas vezes são barrados na própria recepção das unidades. Situações como estas estão fundamentadas na representação do nojo, da repulsa e de medo do contágio, experienciada pelos cuidadores e demais profissionais.

Essa experiência ocorre num cenário complexo que envolve muitos atores, para apreender essa realidade, utilizei os aportes teóricos fornecidos pelas Representações Sociais, por permitir conhecer sentimentos, preconceitos, imagens e comportamentos.

Desse estudo, depreende-se que os profissionais de enfermagem cuidam de pessoas em suas várias dimensões, com notada valorização da parte biológica apesar da compaixão explícita em seus discursos e emoções. Padecem ao conviver com pessoas com feridas, ao escutar seus relatos de trajetórias vividas em busca de assistência. Afligem-se ao conhecer a rejeição da família e, principalmente, ao assistir alguém cujo

corpo se decompõe em secreções de odores pútridos e que se desfigura lentamente. Angustiam-se por não saber lidar com o sofrimento do outro e/ou com seu próprio sofrimento, seus medos e a necessidade de enfrentar situações repulsivas; por isso para eles **cuidar dessas pessoas é um sofrimento**, o qual é enfrentado devido a sua responsabilidade ético-profissional, porque, também para eles, **cuidar é uma obrigação**.

O medo da aproximação, do contágio e do confronto com o sofrimento alheio, os conduz a atitudes de dissimulação dos verdadeiros sentimentos. Profissionais de enfermagem sofrem e choram escondido, ocultam-se em capas e máscaras. É preciso omitir das pessoas cuidadas que eles, cuidadores, também se sentem tristes, temerosos, inseguros e impotentes. A rapidez com a qual se realiza os curativos é grande aliada para esconder tais emoções; as justificativas de inúmeras tarefas complementam o discurso de que não pode demorar, afagar, ouvir e compartilhar. Torna-se, então, uma relação unilateral, em que um dos sujeitos presta ações com objetivo de higiene e cura, e o outro resignadamente recebe, afinal não há escolha.

Em sua prática diária, conviver com o sofrimento do outro promove também motivação para cuidar; quando dessa relação, ao identificar que suas ações são capazes de minimizar a dor, curar e melhorar a condição do outro, os profissionais experimentam que **cuidar é gratificante**.

Espero, com este estudo, contribuir para a edificação de novos conteúdos científicos a cerca desse cuidar específico, visto que evidenciou imagens, crenças e sentimentos paradoxais em uma realidade construída, vivida e retratada pelos profissionais de Enfermagem. Isso permite uma nova perspectiva do cuidar, a partir da valorização das percepções dos próprios sujeitos do cuidado.

O conhecimento das crenças que permeiam essas relações constitui, para mim o primeiro passo que aponta para a necessidade de investimento não só na qualificação técnica, quanto na formação humanística dos futuros profissionais. O sofrimento psíquico, evidente nesse cenário, pode provocar distúrbios de comportamento, depressão e outras manifestações afetivas nos profissionais. Para que eles possam adotar práticas mais humanas, necessitam, essencialmente, de compreensão e oportunidade para discutir e trabalhar suas emoções. Profissionais de enfermagem não são máquinas insensíveis, ao contrário, são vulneráveis e carentes, sendo essencial olhar para eles não como meros prestadores de procedimentos, mas como seres humanos que cuidam de outros. Portanto, devem também ser cuidados.

Considerando que as RS são tecidas nas relações de trocas entre os profissionais que compartilham o mesmo ambiente e as mesmas práticas, dentro das unidades de cuidado, acredito que a exploração dos achados deste estudo possam contribuir para a re-construção de práticas e atitudes, mediadas por um conhecimento novo sobre os sentimentos, percepções e expectativas dos próprios profissionais de Enfermagem que podem orientar novas propostas para a formação e capacitação profissional, com vistas a um modelo de atenção à saúde, centrado na pessoa, na qualidade de vida e nas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. O estudo das RS constituiu, assim, um instrumento capaz de salientar tanto os aspectos a serem reforçados, quanto os aspectos a serem reconstruídos, nas áreas de ensino, pesquisa e extensão sobre o cuidar/cuidado.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: PAREDES MOREIRA, A.S., OLIVEIRA, C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª ed. Goiânia: AB, 2000, 328p.

ARRUDA, A.M.S. O estudo das Representações sociais: uma contribuição à psicologia social no nordeste. **Revista de psicologia**. Fortaleza, CE1(1): p.05-14, jan/dez.1983.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª ed. Lisboa/Portugal : Edições 70, 2004, 223 p. Título original: L'analyse de contenu.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. Tradução de René Kaës. In: KAËS, R; BLEGER, J. ENRIQUEZ, E. FORNARI, F et al. **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. Tradução: Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p.41-52

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: RJ: Vozes, 1999.199 p.

BONIN, L.F.R. Indivíduo, cultura e sociedade. In: STREY, M.N. et al. **Psicologia social e contemporânea**: livro texto. Petrópolis, RJ: Vozes, p.58-72, 1998.

BORGES, E.L; CHIANCA, T.C.M. Tratamento e cicatrização de feridas-ParteII. **Rev. Nursing** (ed. Brasileira), n.23, p.25-29, 2000.

BRASIL.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 196/96, de 10 de out.1996**. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CÂNDIDO, L.C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: Editora SENAC, 2001.282 p.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1992.

CARVALHO, E.S.S., SADIGURSKY, D. **Significado do cuidar dos portadores de feridas infectadas sob a ótica da enfermagem**. Pôster dialogado. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem.out. 2004, Gramado. Anais.

COLLIÉRE MF. **Promover à vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Março, 1999.Tradução: Maria Leonor Braga Abecasis.

CRUZ, E. A. Práticas profissionais de trabalhadores em central de material e esterilização: representações sociais da equipe de enfermagem. **Tese (doutorado) - Universidade Federal do Ceará**. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2003. 216 p.

DANTAS FILHO, V.P.D. Aspectos éticos do tratamento de feridas. In JORGE, S.A, DANTAS, S.R.P.E **Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 377 p.7-10.

DANTAS, S.R.P.E. Aspectos históricos do tratamento de feridas. In JORGE, S.A, DANTAS, S.R.P.E **Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 377 p.3-6.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, 256 p.p.10.

DONAHUE, M. P. **Historia de la Enfermería**. Mosby Company, 1985.

DOW, G. Infection in Chronic Wounds. IN: KRASNER, L.D. ; RODEHEAVER, G.T. **Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals**, Third Edition, 2001. (p.343-356)

FARR, R.M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A JOVECHELOVICH, S. **Textos em representações sociais**. 8ª edição Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

FERNANDES, J.D., FERREIRA, S.L., ALBERGARIA, A.K. *et al.* Saúde mental e trabalho feminina: imagens e representações de enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Mar./Apr. 2002, vol.10, no.2, p.199-206. ISSN 0104-1169.

FERREIRA, A.M; POLETTI, N.A.A; SIMÃO, C.D.S.R. Deiscência de sutura abdominal: características e intervenções de enfermagem. **Rev.Nursing** (ed.brasileira), p.27-29, 1999.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A; SCHOELLER, S.D.; MACHADO, W.C.A. **A História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOGIA, P.P. **Feridas - Tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2003.

HESS, C.T. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. Rio de Janeiro: Reichmann&Affonso editores. 2002.

HOLANDA FERREIRA, A.B. **Minidicionário da língua portuguesa / 3ª edição**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

HOUAISS, **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos da língua portuguesa / Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda**. Rio de Janeiro: Objetiva 2003.

IBGE

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_tendencias.shtm
acesso em 09.04.2005.

JODELET D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 391p.

_____. **Les representations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.

JORGE, S.A, DANTAS, S.R.P.E **Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 377 p.3-6.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública**: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 232 p. p. 74.

_____. **Representações sociais e esfera pública**: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 232 p. p. 74.

KREUTZ, I. O tratamento de feridas ao longo dos tempos. In:**Coletânea de Enfermagem**, vol.1, nº2, jul/dez. Cuiabá: EdUFMT, 1999, p.197-207.

KREUTZ, I., MERIGHI, B.M.A. e GUALDA, D. M.R. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. **Cienc. enferm.** jun. 2003, vol.9, no.1, p.39-53.

LAVILLE, C., DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.trad.Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. Belo Horizonte:Editora UFMG, 1999.

LEITE SILVA, A.**Cuidado como momento de encontro e troca**. 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem.Anais.Salvador, 1998.447 p.74-79.

LEITE SILVA, A.**Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de pós-graduação em Enfermagem-UFSC, 1997.215p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAYEROFF, M. **On Caring**. New York: Harper Perennial, 1990.

MAGALHÃES, M. B. B. Anatomia Topográfica da Pele.In BORGES, E.L.et al..**Feridas**: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p.1-15.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS,É.P.D.; MANDELBAUM ,M.H.S.Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I* **An. Bras. Dermatol.** vol.78 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2003.

MELLO, L.I.A, COSTA, L.C. A. **Historia moderna e contemporânea**. São Paulo, Ed Scipione, 1993.

MENEGHIN, P.VATTIMO, M.F.F.A fisiopatologia do processo cicatricial. In JORGE, S.A, DANTAS, S.R.P.E **Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 377 p.p.32.

MERTZ, P.M. Intervention: dressings effects on wound healing. In: Eaglstein, W.H. et al. **Wound care manual: new directions in wound healing**. New Jersey: E.R. Squibb & Sons, p. 83-96, 1990.

MICHAELIS: **moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998. p. 2174.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269 p.218-247.

_____. **Pesquisa Social**. Petrópolis: Rio de Janeiro: VOZES 1993, 8ª ed. 80p.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2003

MONETTA, L. **Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com o uso da papaína**. São Paulo, 1998. 160 p. Dissertação (mestrado)- Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

NODDINGS, N. **O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral**. São Leopoldo, RS.: Unisinos, 2003. 256p

OGUISSO, T. (org.). **Trajetória histórica legal da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005 (Série Enfermagem) 224p.

OLIVEIRA, D.C.; ALVARENGA, A.T. Representação social: práxis e conhecimento sobre o desenvolvimento da criança. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, III, n.2, p.51-68, 1993.

OLIVEIRA,D.C.;MARQUES,S.C.;GOMES,A.M.T.;TEIXEIRA,M.C.T.V.;AMARAL, M.A. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais.In: PAREDES,A.S. **Metodologia de estudo das representações sociais**. Editora UBPB/ Editora Universitária, 2005. 603 p.

PEREIRA, R.C.J; GALPERIN, M.R. Cuidando-ensinando-pesquisando. In: WALDOW, V.R; LOPES, M.J; MEYER, D.E. **Maneiras de Cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 139 p.

PITTA, A.M.F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 5ª ed..São Paulo: Annablume.Hucitec, 2003. 198 p.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, trad. Regina Machado Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. ;[tradução Denise Bolanho].São Paulo: Summus, 1993. 221p.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1985. 334 p.

RODRIGUES, M.S.P. **Enfermagem**: Representação social das/dos Enfermeiras/os.Série Teses de Enfermagem. Editora e Gráfica Universitárias.UFPel.1999, Pelotas .142 p.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SALES, Zenilda Nogueira. Representações sociais do cuidado do diabetes mellitus. Fortaleza, 2003.160f.**Tese (Doutorado em enfermagem)**. Universidade Federal do Ceará - UFC.

SANTOS, V.L.C.G.Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio.In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. **Atendimento Domiciliar** : um enfoque gerontológico.2000. p.265-306

SILANE e OOT-GIROMINI, 1990 SILANE e OOT-GIROMINI, Systemic and other factors that affect wound healing. In: Eaglstein, W.H. et al. **Wound care manual**: new directions in wound healing. New Jersey: E.R. Squibb & Sons, p.39-53, 1990.

SILVA,M.F.; SILVA,M.J.P.A auto-estima de pacientes ambulatoriais com queimaduras **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.17,n.3.p.75-84, set/dez 2002.

SILVA,A.L.ERDMANN, A. L.O ritual do cuidado em a conquista do presente. IN: RESENDE, AL.M., RAMOS, F.R.S, PATRÍCIO, Z.M. **O fio das moiras**: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde.1995, p.168-179.

SOARES, L.T.R. **Cuidado de Enfermagem; o desafio da universalidade e da equidade ou os limites para a construção de um cuidado de enfermagem universal ou equitativo.** 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais. Salvador, 1998. 447 p. 59-73.

SPINK M.J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad Saúde Pública** 1993 jul./set; 9 (3): 300-8.

_____. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. O estudo empírico das representações sociais. In: **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo, Brasiliense, 2004, pp 85-108.

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A. e JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.) **Textos em representações sociais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. (p. 117-145)

STOTTS, N.A. Wound infection: Diagnosis and management. In: BRYANT, R. A. **Acute and chronic wounds: nursing management,** St. Louis, Mosby-Year Book, 2000. Cap.8, pp.179 -188.

THOMAZ, J.B. **Cicatrização: Enfoques clínico e patológico.** In: **Angiologia e cirurgia vascular-Tópicos atuais.** Editora REVINTER, Rio de Janeiro. 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Hospital das Clínicas, Grupo de Estudos de feridas. **Manual de Tratamento de Feridas.** 1999, p.79.

VALA, J. A análise de conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J. M. (Orgs.) **Metodologia das ciências sociais.** 11 ed. Porto. Portugal: [s.n.], 2001, p.101-128. Cap.V.

VAN RIJSWIJK, L. The language of wounds. IN: KRASNER, L.D.; RODEHEAVER, G.T. **Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals,** Third Edition, 2001. (p.19-24)

VERGÉS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: Manuel version 2.** Aix-en-Provence: LAMES, 1999.

WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v 13, n.2. p.29-35, jul.1992.

_____. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v 19, n.1. p.20-32, jan.1998.

_____. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998, 222 p.

_____. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. IN: Waldow, V.R; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar - a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.7-70.

WOLFF, L.D.G. Uma contribuição à reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba, v 1, n. 1. p.34-38, jan/jun.1996.

XIMENES, S. **Minidicionário Etimológico da Língua Portuguesa.** 2ª edição, São Paulo: Etimológico, 2000.

YAMADA, B.F.A. O processo de limpeza de feridas. In JORGE, S.A, DANTAS, S.R.P.E **Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 377 p. 45-67.



APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1ª via usuário
2ª via profissional
3ª via investigador

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: “CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS
INFECTADAS: representações sociais da equipe de enfermagem”.

Feira de Santana, ___/___/ 2005.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com objetivo de conhecer as crenças e valores que influenciam o modo com o qual os profissionais de enfermagem cuidam de pessoas com feridas infectadas, no Hospital Geral Clériston Andrade, nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas do município de Feira de Santana. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Evanilda Souza de Santana Carvalho.

Conforme determina a Resolução N. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos o trabalho requer a participação voluntária dos profissionais de enfermagem e das pessoas portadoras de feridas.

Serão entrevistados profissionais que cuidam de pessoas com feridas e os que coordenam e/ou supervisionam os profissionais que cuidam. Os depoimentos serão gravados onde poderão falar livremente sobre o Cuidar de pessoas com feridas infectadas e sua vivência como cuidador.

Serão observados profissionais do mesmo grupo de entrevistados que durante o período da pesquisa prestarem cuidados às pessoas com feridas. A observação será realizada no ambiente de realização de cuidados depois da autorização dos envolvidos: a pessoa portadora de feridas e o profissional que lhe prestará assistência.

Apenas os profissionais serão solicitados a conceder entrevista, a mesma será gravada em fita de áudio. Após sua concordância este poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (5) cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

Este estudo embora não ofereça riscos físicos, às pessoas nele envolvidas, poderá causar constrangimento ao usuário devido a exposição de sua condição de portador de ferida podendo sentir sua privacidade invadida com a presença do pesquisador. E os profissionais poderão sentir-se avaliados, ou com medo de serem criticados ao expor sua prática, seus valores e crenças.

Visando reduzir estes riscos, será preservada a privacidade e o anonimato de ambos, o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma, caso decida, sem prejuízos para seu desempenho profissional ou para sua assistência.

Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos. Os pesquisadores não estão sendo remunerados para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da mestranda.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com as autoras através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3245-8224. Agradecemos sua atenção.

Assinatura do (a) usuário(a)
Investigadora

Ass. do(a) profissional

Ass.da



APÊNDICE B – Roteiro para Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: “CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS INFECTADAS: representações sociais da equipe de enfermagem”.

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

a) PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo: Feminino [] Masculino []

2. Idade: _____

3. Formação: Enfermeira []
Técnico de Enfermagem []
Auxiliar de Enfermagem []

4. Tempo de formação: _____

5. Tempo de atuação: _____

b) ROTEIRO PARA TÉCNICA DA EVOCÇÃO

1. Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à lembrança em relação à “**cuidar de pessoa com ferida infectada**”

[] _____ [] _____ [] _____ [] _____ [] _____

2. Enumere da mais para a menos importante.

[1ª] _____ [2ª] _____ [3ª] _____ [4ª] _____ [5ª] _____

c) ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que é cuidar de pessoas com feridas infectadas para você?

APÊNDICE C – Roteiro de Observação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: “CUIDANDO DE PESSOAS COM FERIDAS
INFECTADAS: representações sociais da equipe de enfermagem”.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- 1 Quando o profissional se organiza para cuidar detém-se apenas no material ou preocupa-se também em conhecer a pessoa que necessita do cuidado?
- 2 Como o cuidador se dirige à pessoa a ser cuidada? Pelo nome, pelo número?
- 3 Explica o que vai fazer / ou inicia o cuidado diretamente sem pedir licença à pessoa com a ferida?
- 4 Durante o procedimento interage com a pessoa a ser cuidada? Demonstra interesse pela pessoa ? Com o que?
- 5 O que demonstra sua expressão facial enquanto cuida da pessoa com ferida infectada?
- 6 Realiza alguma orientação com objetivo de desenvolver habilidades de auto-cuidado? De que tipo?
- 7 Na passagem de plantão como se refere ao ser cuidado ao transmitir informações sobre o mesmo.?

APÊNDICE D – Unidades de Registro

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO (u.r.)
<p>Cuidar com sofrimento</p>	
<p>SUBCATEGORIA Conviver com pessoa sofrida e carente de atenção (u.r.58)</p>	<p><i>[...] daquele uma pessoa daquela sofrida você esquece de tudo e faz porque bom é fazer e ver limpo.(ent.31);[...] impotente, impossibilitado de realizar suas ações perante a sociedade e perante a sua família [...](ent.4);angustiado [...](ent.4);ela fica presa a um leito e a uma assistência médica e de enfermagem que acaba deixando ele ali.(ent.4);O paciente já chega com receio(ent.16);e a gente também já tá com aquele receio(ent.16);[...] cabisbaixo,(ent.16);triste por que está com aquilo (a ferida)(ent.16);[...] toda vez que a gente abre o curativo dele ele olha assim [...](ent.16);parece que prá ele o mundo desmorona(ent.16);ele fica totalmente abalado [...](ent.16);Cuidar de pessoas com feridas infectadas requer muito cuidado, porque o paciente chega debilitado,(ent.29);Irritado e precisando de ajuda.(ent.29);Na maioria das vezes eles não tem condições de se dirigir até um posto, até um setor de saúde pra ter realmente o cuidado(ent.29);[...] precisa de um cuidado de orientação tanto da parte do auxiliar como também da enfermeira e até de um médico. (ent.29);[...] tem pacientes que já tá ali no maior mau humor da vida.(ent.1);[...]jele se sente com insegurança, daí nós temos que passar pra ele a segurança que nós podemos ajudar ele.(ent.3);ajudar a curar essa ferida,(ent.3);sabendo também a proteção para conosco (ent.3);[...] com a auto-estima baixa,(ent.2);uma pessoa nervosa, ,(ent.2);sem fê sem perspectiva daquele ferimento sarar,(ent.2);[...] são pessoas carentes, ,(ent.2);às vezes até carência de alimentação, carência pelo meio que eles convivem,(ent.2);[...] esse ferimento às vezes tá bom no hospital enquanto a gente tá cuidando e às vezes vai pra casa. ,(ent.2);E não tem medicação,(ent.2);não tem remédio, ,(ent.2);não tem uma boa alimentação,(ent.2);não tem uma higiene, aí voltam com o ferimento ainda mais agravado ainda.(ent.2);[...] ele se sentiu mal, ele entrou em depressão[...](ent.10);ele se sentia mal ele as vezes falava que tava podre.(ent.10);E muitas vezes eles (os pacientes) eles até ouvem esse tipo de comentário e se sentem rejeitados.(ent.3);[...] eles são muito carentes.(ent.3);[...]muitos deles tem problema familiar, problema financeiro(ent.3);[...]as pessoas se sentem [...] como se estivessem rejeitadas, às vezes.(ent.6);Por mais que a gente explique mas eu acho que no íntimo a pessoa sente um pouco de rejeição por parte da equipe.[...].(ent.6);E aí ele chegava com a mão dentro de um saco de tanta secreção que tinha a mão do senhor. Ninguém queria fazer(ent.29);Porque tinha muito secreção prá lhe dizer ele vinha com a mão dentro do saco, a quantidade de secreção que caía.Todos os dias eu fazia o curativo dele quando via chamava o médico, a enfermeira avaliava, mandava pro Clériston fazia desbridamento e voltava hoje ele tá com a mão boa. (ent.29);[...] infelizmente tem colegas que não olha (a ferida)(ent.31);quer fazer o curativo rápido prá mandar embora.(ent.31);então você precisa tá se trabalhando o tempo todo pra não emitir nenhum tipo de preconceito, de juízo de valor, (ent.26);pra que esse paciente não se sinta menosprezado, (ent.26);desvalorizado por ser portador daquilo (ent.26);A lição que não importa o tamanho da ferida, não importa a característica dela se ela tá com odor se ela tá com secreção, se ela tá necrosada, se ela tá purulenta, não importa! O que importa é você cuidar! (ent.10);[...] cuidar é tentar acolher de uma forma que ele se sinta confiante, seguro e não envergonhado.(ent.28);[...] já chegam com vergonha(ent.30);se escondendo às vezes com muita atadura e fechando aquele local e com mau cheiro [...] (ent.30);Nos pegamos também pessoas que tem, tá com ferida infectada e que não tem ninguém da família prá orientar ou prá cuidar e isso é que é a maior dificuldade, onde pessoas que a gente fica assim é... sem saber o que fazer, é terrível! .(ent.28);[...] por mais que a gente tente fazer com que esse paciente melhore sua auto-estima. Fica difícil porque quando ele chega em casa está na solidão não tem quem faça comida.(ent.28);[...] a maioria deles é aposentado a quantidade de dinheiro que ganha não é suficiente prá cobrir todas as necessitas aí fica difícil pra eles.(ent.32);[...] você sabe que ali ela e muito carente,(ent.32);ela chega muito doente, muito precisando da gente.[...] eu também estou um tanto carente. Ai quando eles me procuram eu recebo de alegria. (ent.32);[...] da auto estima, dele estar fragilizado ele tá com vontade daquilo, que aquilo seja passageiro.(ent.28);[...] o menino tava debilitado.(ent.28);[...] eles se rejeitam e [...] a gente não pode entrar nessa [...].(ent.30);[...] ele estava bastante deprimido, (ent.30);ele chorava ele tinha vergonha, (ent.30);ele não queria que a gente visse ele nu, então ele... quando a gente chegava lá nos primeiras vezes que agente chegou ele não abria nem o olho da vergonha que ele sentia de tá ali. A ferida sujava a cama toda[...].(ent.30)</i></p>
<p>SUBCATEGORIA</p>	<p>UNIDADES DE REGISTRO</p>
<p>Conviver com pessoa discriminada e rejeitada (u.r.14)</p>	<p><i>Eu sempre tive muito assim...a pessoa que tá com a ferida infectada ela sempre... sempre os pacientes passavam prá mim que em casa eles eram discriminados até pela própria</i></p>

	<p>família(ent.11).;Eu tenho um paciente mesmo que ele relatava que até o banho tinha que tomar no quintal e que muitas e muitas vezes tava chovendo e tinha que tomar banho no quintal, (ent.11);porque eles (a família) não deixavam usar o banheiro da casa, até ver televisão(ent.11);porque não queria que ele ficasse na sala com as pessoas.[...].(ent.11);[...] as pessoas o discriminam pelo cheiro, (ent.4);então ele é o ultimo a ser cuidado, (ent.4);o último a tomar banho o ultimo a ser tratado do ferimento(ent.4);Às vezes a equipe até esquece dele [...] (ent.4);Hoje eu estou com aquele paciente? Eu não acredito!(ent.2);[...] lá no Viveiros ninguém queria pegar ai ia pro Feira X [...] Porque do odor. (ent.29);falta a aceitação das pessoas da família por que tem uma ferida crônica, (ent.32);por que tem nojo deles. (ent.32);uma pessoa que tem direito à unidade de saúde a gente recusar, (ent.28);que direito a gente tem de recusar essa pessoa que tá passando por tanto sofrimento. .(ent.28)</p>
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Conviver com pessoa envergonhada e constrangida (u.r.17)	<p>[...] ele vê o profissional fazer uma coisa dessa (tampona o nariz), ou uma cara feia ou dar um sinal, qualquer gesto que o paciente perceba que o profissional está ali, sentindo o odor característico (ent.10);então o paciente sente mais mal ainda[...] (ent.10);o paciente acha que está dando trabalho [...] principalmente quando tem odor. (ent.6);[...] o paciente ele mesmo sente a questão do odor, (ent.4);então ele se sente às vezes com receio tem vergonha [...] (ent.4);se sente incomodado com o cheiro, (ent.4);às vezes tem vergonha da equipe, vergonha da própria família (ent.4);[...] pro paciente é constrangedor porque o paciente já tá com a ferida ali [...] se sente mal! com dor também (ent.10);[...] se sente constrangido por ele estar com a ferida contaminada.[...] (ent.10);ele não se sente à vontade devido já ao procedimento que vai ser realizado, muitas vezes é um procedimento doloroso[...] (ent.10);[...] desconforto que ele sente no momento do curativo. (ent.28);[...] tem que ter o cuidado nesse acolhimento porque a primeira coisa que a gente percebe é o olhar do paciente, e a sua fisionomia ele está constrangido (ent.28);e eles ficam observando se você está com nojo, (ent.28);se você tá repugnando. (ent.28);No primeiro momento que a gente pega alguém, que na unidade e que está com essa ferida, que está com odor ele se sente constrangido. (ent.28);[...] alguns familiares entendiam que aquela ferida incomodava não só ele tanto a eles como paciente. (ent.30);[...] ele chega sempre se justificando por que a ferida está suja, por que tem aquele odor[...]. (ent.30)</p>
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Sentir dor e piedade (u.r.24)	<p>[...] e a gente tem que não ver só o lado da doença, mas vê o lado psicológico também, (ent.2);É doloroso vê, porque você quando você abre o curativo e vê que vai fazer o curativo, você olha pra cara do paciente você tem pena (ent.9); eu morro de pena! (ent.9);Há pena principalmente naqueles curativos, aquela ferida que vai demorar um bom tempo (ent.9);Eu particularmente eu tenho pena! .(ent.9);[...]] foi traumatizante pra mim, até hoje quando eu entro no quarto eu lembro dele, pelo sofrimento dele. (ent.2); Ele sofria e a gente também [...] Pela dor do ser humano. (ent.2);É muito estranho (demonstrou emoção ao recordar-se do cliente, apresentou voz trêmula e lágrimas) é muito penalizante, (ent.2);é sofrido demais! (ent.9);É muito sofrido. (ent.9);Porque um dia todo mundo vai morrer, mas não sofrer tanto (ent.9);quanto aquele menino sofreu pra morrer! (ent.9); teve colegas que entravam e saiam chorando (ent.9);porque não agüentavam ver tanto sofrimento. (ent.9);Eu acho muito dolorido pra mim como pessoa, cuidar de pessoas infectadas. (ent.8);É como se aquela ferida fosse em mim (ent.8);Aquilo ali me dói (ent.8);às vezes mesmo a gente sente aquele tecido necrosado que não dói mas mesmo assim aquilo ali dói (ent.8); É dolorido pra gente trabalhar com esse pessoal (ent.8);. [...] porque eu sei que aquilo ali é dolorido (ent.8);/ aquilo ali dói e me dói por dentro vendo aquilo ali [...] (ent.8);[...] influencia o lado emocional da gente também porque você tem que aprender a trabalhar com uma pessoa que tá sentindo dor, / com uma pessoa que está sofrendo ... com coisas agradáveis e desagradáveis[...] feridas de odor fétido com secreções[...] (ent.26);A primeira parte é um sentimento de pena (ent.11);vem a pena e depois vem aquele sentimento: será que estou fazendo a coisa certa, me batia às vezes insegurança. (ent.11)</p>
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Sentir-se inseguro e impotente (54 u.r.)	<p>A gente não vê evolução nenhuma só tristeza, tristeza (ent.31);Então prá mim cuidar é gratificante mas também é triste quando você não vê evolução (ent.31);quando você não vê a cura, não sabe de onde tá vindo e corre de todos os meios não vê evolução é triste. (ent.31);Eu tentava passar pra ele positivo! Mas eu mesmo me sentia negativo (ent.10); eu própria me sentia negativa (ent.10);como profissional que não é prá passar o negativo, não é pra mostrar, prá passar o negativo, não passava pra ele. (ent.10);[...] mas eu própria sentia negativo pra poder fazer um curativo daquele. (ent.10);Eu achava assim que eu tava fazendo uma coisa que não tava sendo... eu achava inútil! /Que estava fazendo tudo em vão que tudo o que a gente tava fazendo ali, por aquele paciente que não ia ver a resposta nenhuma que era em vão/ [...] eu tava fazendo aquilo mas eu tentava mostra que aquilo ia dar certo e eu achava que não, isso</p>

	<p>não vai dar certo não,/ a gente tá fazendo por fazer, por que tem que fazer, mas não vai dar certo.(ent.10);[...]importante do profissional de saúde é nunca se deprimir,(ent.20);mesmo que ele se deprima aqui de junto do paciente, eu sou muito chorona(ent.20);[...]diante do paciente a gente não deve se deprimir. (ent.20);Mesmo que você tenha ou não tenha sentido segurança.... você tem que passar isso pro paciente.(ent.11);você não vai passar insegurança, pro paciente que é muito ruim.(ent.11);Tem que passar segurança pra ele.(ent.11);A gente fica também incapaz...(ent.29);até, porque a gente não pode fazer muita coisa.(ent.29);Me senti incapaz.... mãos atadas,(ent.29);a gente não pode fazer muita coisa.(ent.29);O que a gente pode fazer é ir lá fazer o curativo dele, quando a gente tem o material [...] (ent.29);[...] é horrível.(ent.29);[...] às vezes assim tem alguma medicação que o SUS não disponibiliza [...] aflige muito, ao mesmo tempo que você tenta ajudar você está limitado(ent.26);[...] você tenta fazer seu melhor(ent.26);mas você sabe que poderia ter feito um pouquinho mais, (ent.26);mas infelizmente você está limitado. (ent.26);A gente tem aquele sentimento de tristeza que dá por ver um ser humano ali com aquela doença.(ent.33);E eu acho isso triste também, mas eu tento não passar pra ele,(ent.33);eu tento passar ânimo pra ele, (ent.33);Meu Deus! Tem ser humano nessa condição!(ent.5);Ele não merece isso,(ent.5);como nenhum paciente merece isso.(ent.5);[...] uma ferida grande na qual a gente vai tratando cada dia que passa a gente vai vendo aquela ferida sendo cicatrizada e com o paciente também vendo a sua melhora.A gente se sente feliz (ent.3);porque a gente sabe que a gente pode tá ajudando alguém (ent.3);Cuidar da ferida, cuidar... é sempre pensar positivo(ent.10);que você vai cuidar ali hoje... amanhã você vai encontrar melhor(ent.10); depois você vai encontrar melhor, ir até a fase de cicatrização. (ent.10);Eu sei que tem que cuidar,(ent.10);não importa se ele vai ficar é bem, se vai cicatrizar se não(ent.10);Por que além de ser um ser humano, é vida! (ent.10);Ele tá vivendo. O ser humano tá vivo!(ent.10);Ele é um paciente ele não é um óbito. É uma pessoa, um ser humano, um ser vivo então você tem que cuidar da ferida não importa se ele vai cicatrizar, se não vai! Não importa se vai cicatrizar ou não.(ent.10); tanto o paciente se sentir bem como o profissional se sentir bem, saber que ele está ajudando aquele paciente ali [...] .(ent.10);Eu não gosto muito não.(ent.9);Demoram muito, às vezes você perde a esperança, a expectativa daqui a pouco está tudo bem acontece o pior tem uma queda no estado geral dele [...] (ent.9);A gente pensa que ele não vai sair e ele acaba saindo e o que a gente aposta ele não sai. [...] (ent.9);Uma angústia (nesse momento muda a entonação da voz e franze a testa e demonstra dor), é como se agente tivesse nadado, nadado e morreu na praia.(ent.9);Pra mim e o pior de tudo é a perda,(ent.9);a gente faz, faz, faz por que é satisfatório você fazer e ver o paciente ir embora.(ent.9);[...] sentia mal em saber que eu tava fazendo um curativo num paciente, grave.(ent.10);Que o paciente tava mal! E eu tava sentindo também mal! (ent.10);A gente fica triste quando segue um curso que a gente não desejaria por exemplo uma grande infecção, o internamento. (ent.19);Estava fazendo uma coisa que achava inútil! (ent.10);Que estava fazendo tudo em vão[...] (ent.10);que não ia ver a resposta devido ao quadro do próprio paciente[...] (ent.10);a gente está fazendo por que tem que fazer, mas não vai dar certo.(ent.10)</p>
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Sentir-se frustrado (u.a.22)	<p>[...]é frustrante quando eu tento salvar aquela lesão e que você vê que evolui pra uma amputação(ent.4);então o sentimento é frustrante(ent.4)[...] o emagrecimento, desnutrição, a própria condição física do paciente então isso pra mim e frustrante.(ent.4);Eu acho muito dolorido pra mim como pessoa, cuidar de pessoas infectadas(ent.8);É como se aquela ferida fosse em mim [...] (ent.8);É dolorido pra gente trabalhar com esse pessoal me dói por dentro vendo aquilo ali [...] (ent.8);[...] é constrangedor no momento que a gente percebe o sofrimento daquele paciente. (ent.6);Que às vezes a gente está desanimado pra fazer aqueles curativos e nunca que melhora. (ent.13);[...] está sempre fazendo aqueles curativos e nada de melhora, nada melhora (ent.13);Sei lá a gente vê aqui as pessoas muito cheias de vida e aquela esperança de viver e de repente você vê com uma perna amputada, me marcou muito.(ent.13);[...] ele tinha confiança que ele ia ficar bom, de repente eu o vi com a perna amputada, aquilo eu fiquei...(longo silêncio) E até hoje não apaga da mente da gente (ent.13);[...] até hoje eu não consegui, foi uma coisa que ficou assim na minha cabeça, se você vê o paciente que você está cuidando e de repente você vê a perna amputada...! Ah! isso é triste!(ent.13);A gente fica também incapaz .(ent.16);porque a gente não pode fazer muita coisa. .(ent.16);Me senti incapaz.... mãos atadas.(ent.16); a gente não pode fazer muita coisa. .(ent.16);O que a gente pode fazer é ir lá fazer o curativo dele, quando a gente tem o material[...] é horrível.(ent.16);Pra mim e o pior de tudo é a perda,(ent.9);a gente faz, faz, faz por que é satisfatório você fazer e ver o paciente ir embora.(ent.9);A gente tem assim aquele sentimento de tristeza que dá por ver um ser humano ali com aquela doença(ent.30);E eu acho isso triste também,(ent.30);Quando não há melhora[...]a gente se sente derrotada[...] (ent.30)</p>
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	<p>[...] às vezes o odor incomoda (ent.4);[...] infelizmente a gente se acostuma com o odor</p>

Sentir nojo e repulsa (42 u.r.)	<p>(ent.9);[...] com máscara, com nojo .(ent.3);[...] a pessoa se sente assim até constrangido. Por agente tá ali tocando nele [...] a gente tem nojo deles, dessas coisas todas.(ent.8);[...] me causou impacto a aparência da ferida.(ent.19);Porque a ferida estava feia, bastante</p> <p>necrosada, coleção de pus e(ent.19);também pelo sofrimento do paciente, porque ele mal falava9ent.19);Ao redor, uma aparência muito feia. (ent.19);[...] a gente olha pra uma ferida feia pode está com odor bem pesado mesmo assim a gente tem que olhar e agir naturalmente ... [...] (ent.25);[...] eu vi aquilo (a ferida) eu senti aquele calafrio, fiquei toda arrepiada, fiquei perdida (ent.25);[...] ele perguntou: minha mão está podre? (ent.25);E os meus olhos encheram de lágrimas (olhos lacrimejam no momento da entrevista) (ent.25);[...]a ferida já não está mais com aquele cheiro como estava,(ent.13) a gente também já se sente melhor,(ent.13)a perna não está mais com aquele cheiro que estava, já está melhor,(ent.13);Porque se eu tivesse na situação daquele paciente? Uma pessoa fosse lá me ver morrendo de nojo(ent.16);eu ia ficar pior do que já estava(ent.16);não dá nem pra imaginar que uma pessoa tá com nojo de me tocar [...] (ent.16);[...] a gente não sente nojo porque a gente já fez outros curativos em tanto estágio(ent.16);o nojo já não tem nem mais importância, eu mesmo a esse altura já não sinto9ent.16);não tem mais condição de ter nojo não!(ent.16);[...] com esses materiais sujos [...] Deus dá o dom à gente [...] porque senão a gente nem entra porque tem odor fétido(ent.31);tem muita secreção e você pensa que mesmo de luva é sua mão que está ali.(ent.31);Pode ser o cansaço, pode ser também [...]Não estão preparados pra ver coisas feias(ent.12);por que tem uns curativos que não são coisa bonita.(ent.12;São coisas feias.(ent.12);[...]eles acham que a gente tem nojo(ent.8);[...] tentar não mostrar repugnância.Mesmo que a pessoa sinta assim o odor .(ent.28);[...] porque quando chega está ali cheio de moscas.(ent.28);É constrangedor pra gente.(ent.28);[...] o constrangimento é pela questão da aparência do paciente;além do odor tem aquela aparência de sujo.(ent.28);[...] tinha muita secreção purulenta e aquilo me chocou naquele primeiro momento.(ent.31);[...] infelizmente tem colegas que não olha quer fazer rápido pra mandar embora.(ent.31);[...] por mais mau cheiro que tivesse a gente estava aqui pra isso e pra tentar melhorar realmente.(ent.30);[...] eu não entro nessa de ter nojo [...] (ent.30);[...] a gente não tem nojo.(ent.8);a gente tem assim um receio (muda a entonação de voz) em ter os cuidados com a gente.(ent.8);[...] Com alguma coisa que possa contaminar a gente com vários tipos de doença então a gente tem que ter nosso cuidado.(ent.8);As vezes não está preparado[...] sente aquele odor característico da ferida e não tem uma mascara no momento [...](ent.10);[...] sentia mal em saber que eu tava fazendo um curativo num paciente, grave?;Que o paciente tava mal! E eu tava sentindo também mal! (ent.10)</p>
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Temer o contágio (13 u.r.)	<p>Ai eu chamei a enfermeira que ainda tava aqui na unidade ela também se tratava muito do curativo, ela foi conversou comigo, ai ela falou olha bote a máscara de proteção(ent.25);bote a touca, a gente vai conversar com ele. (ent.25);O medo disso, dessa contaminação se disseminar que tive vários casos aqui de pseudomonas .(ent.11);O medo disso se disseminar.(ent.11);Não só pra gente, não só cuidado com a gente mesmo.(ent.11);como cuidado, porque nossa sala de curativos é uma sala em que a gente não dispõe de muito recursos.(ent.11);O medo de infecção, eu não vou te negar.(ent.11);eu sempre teve esse medo de contrair infecção.(ent.11);E às vezes eu tive de fazer cara dura mesmo prá enfrentar esse tipo de situação. .(ent.11); Porque às vezes sei lá (silencio prolongado) precisa sair mais de perto, entendeu? .(ent.11) ; E ai quando você tem esse medo como é que você cuida dele? [...] eu enfrento, sempre enfrentei, mas fica aquela sensação ruim, não é uma coisa confortável. .(ent.11);sempre falando com ele que ele vai melhorar e ter todos os cuidados para não ter reinfecção(ent.2);tenho o cuidado de fazer a técnica correta prá não trazer mais prejuízo do que o paciente já tem com aquele ferimento.(ent.24)</p>
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Cuidar com obrigação (u.a.14)	
SUBCATEGORIA Esforçar-se para atender o outro (u.r.7)	<p>[...]importante do profissional de saúde é nunca se deprimir, (ent.20);mesmo que ele se deprima aqui de junto do paciente, eu sou muito chorona(ent.20);[...]diante do paciente a gente não deve se deprimir. (ent.20);mas eu tento não passar pra ele, eu tento passar ânimo pra ele, (ent.33);a gente ta fazendo um trabalho com o propósito de ... de cura [...] (ent.6);[...] a gente ali tá levando, tá levando motivação, tá levando a cura, tá levando ânimo e a pessoa tá com a ferida infectada(ent.6) ela que ver em nós o resultado prá aquilo que ela tá sentindo, ela quer ver em nós alguma coisa, alguma força então quando a gente cuida de uma pessoa com ferida infectada a gente tá levando esse pacote: ânimo, alegria, motivação [...] (ent.33);</p>
Cumprimento do papel	

profissional (7 u.r)	<i>Não vou cuidar de feridas dizer que é o tipo de coisa que eu gosto de fazer, (ent.11);[...] eu fazia porque eu tinha que está aqui no ambulatório(ent.11);o paciente procurava e eu sei que mesmo não gostando eu tento me dedicar ao máximo o que eu estou fazendo. (ent.11);Então você tem que cuidar dele! .(ent.10);Cuidar para o paciente ficar bem, paciente tem que ficar bem.(ent.10);a gente está fazendo por que tem que fazer, mas não vai dar certo.(ent.10);Cuidar para o paciente ficar bem, paciente tem que ficar bem(ent.10);Tenho também a humildade de fazer com muito profissionalismo, não com pena, mas com aquela humildade de fazer com se fosse uma pessoa...uma pessoa minha(ent.24)</i>
CATEGORIA Cuidar com gratificação	UNIDADES DE REGISTRO
SUBCATEGORIA Sentir-se útil (u.r 5)	<i>[...] às vezes que eu me sinto amada por eles, (ent.32);eu me sinto valorizada como profissional, (ent.32);me sinto útil por eles e tento resolver da melhor forma possível que ele seja bem atendido. (ent.32);[...] me sinto útil[...] (ent.7);dar banho pra ter um limpeza, quando eu faço isso eu me sinto muito útil.(ent.7);</i>
Aliviar o sofrimento do ser cuidado (u.r.11)	<i>[...] uma ação gratificante porque alem da gente diminuindo o sofrimento de alguém, amenizando o sofrimento de alguém[...] (ent.6);uma experiência gratificante [...] vê que melhorou o estado geral dele. A auto estima dele melhorou.(ent.5);A maior gratificação [...] você não poder olhar pro paciente e com 15 dias ou 20 dias ver o paciente bem(ent.20);A gente vê que a gente cuidou daquele paciente chegando aquele bom estado, saber que a gente vai poder dar alta aquele paciente e o paciente também se sentiu bem [...] (ent.25) eu senti gratificada.(ent.25);[...] prazer de está fazendo alguma coisa que foi pra o que a gente se propôs. (ent.7);A gente se sente feliz porque a gente sabe que está ajudando alguém (ent.3);tanto o paciente se sentir bem como o profissional se sentir bem, saber que ele está ajudando aquele paciente ali [...] .(ent.10);[...] tenho o prazer de cuidar da pessoa prá proporcionar o melhor,(ent.24);[...] quando a gente vê que as coisas estão melhorando eu acho que é uma coisa boa pra gente,(ent.12);se sente muito gratificante e, muitos que entraram aqui saíram numa boa(ent.12);então é muito gratificante prá gente.(ent.12);era muito gratificante pra gente e tentar colocar dele que aquilo não é uma ferida porque ele quer, aquilo aconteceu por uma diabetes ou por qualquer outro motivo.(ent.30)</i>
Recuperar e cicatrizar a ferida (8 u.r.)	<i>O objetivo maior da gente é que ele tenha cura. (ent.32);a gente ta fazendo um trabalho com o propósito de cura [...] (ent.6);[...] maior cuidado prá que a cada dia que eu faço (o curativo) eu vejo a melhora daquele ferimento(ent.24);e eu tenho o prazer de no outro dia fazer, abrir e ver que melhorou(ent.24);[...] quando ele sair, como ele ficou tão bem, quando fechou tudo é muito bom, e muito boa a experiência, eu gosto muito!(ent.20);[...] é gratificante pra gente quando a gente vê aquela ferida fechando[...] (ent.30);[...] acho gratificante que você vê aquela ferida cicatrizada, o paciente bem.[...] (ent.5);[...] vendo aquela ferida sendo cicatrizada e com o paciente vendo a sua melhora. (ent.3);</i>

APÊNDICE E – Dicionário EVOC

DICIONÁRIO EVOC (1ªleitura)

001 1 cuidado 2* curativo 3 tratamento 4 amor 5 apoio-emocional

002 1* trauma 2 necrose 3 diabetes 4 descuido 5 curativo

003 1 assepsia 2 Medo-do-cliente 3 necrose 4* curativo 5

Melhor-conforto

004 1* dor 2 Auto-estima 3 cura 4 tratamento 5 medicamento

005 1 infecção 2 edema 3 descaso 4* falta-de-higiene 5

Procedimento-incorreto

006 1 diabetes 2 tratamento 3 soluções 4 pomadas 5* mãos

007 1 purulenta 2 fétida 3* necrose 4 crostas 5 hipertermia

008 1 problema 2 medo 3 insegurança 4* cura 5 apoio

009 1* sofrimento 2 infecção 3 antibiótico 4 curativo 5 higiene

010 1 dor 2* ajuda 3 sofrimento 4 necessidade 5 tratamento

011 1 tristeza 2 preocupação 3* baixa-autoestima 4 insegurança 5 risco

012 1* contaminação 2 odor 3 cuidados 4 curativo 5 higiene

013 1 infecção 2 contaminação 3 cuidados 4* tratamento 5 atenção

014 1 angústia 2 medo 3 aflição 4 esperança 5* fé

015 1 Mal-cheiro 2 cuidado 3* assepsia 4 curativo 5 orientação

016 1* dor 2 cuidado 3 carinho 4 medo 5 amizade

017 1 Falta-cuidado 2 sujo 3 limpa 4* séptica 5 extensão

018 1 dor 2 sofrimento 3 limpeza 4* cura 5 curativo

019 1 limpar 2* tratar 3 cuidar 4 melhorar 5 sarar

020 1 curativo 2 necrose 3 limpeza 4 papaina 5* educação-em-saúde

021 1 ação 2 cuidado 3 atenção 4 dedicação 5* vínculo

022 1 higiene 2 curativo 3 cuida 4 medicação 5* orientação

023 1 cuidado 2 tratamento 3* orientação 4 limpeza 5 curativo

024 1 atenção 2* orientação 3 positividade 4 cuidado 5 tratamento

025 1* acolhimento 2 cuidado 3 atenção 4 apoio 5 higiene

026 1 contaminação 2 necrose 3 Risco-de-morte 4

Paciente-em-setor-separado * Sala-reservada

027 1* abandono 2 higiene 3 condições 4 formação 5 material

028 1 secreção 2 odor 3 dor 4 crônico 5* tratamento

029 1 curativo 2 medicação 3 encaminhamento 4* avaliação 5 revisão

030 1 dor 2 constrangimento 3* preconceito 4 sujeira 5 tristeza

031 1 odor 2 edema 3 lesão 4 necrose 5* mal-amada

032 1 sofrida 2 sentimental 3 Mal-cuidada 4 afastada 5* odor

033 1 Baixa-auto-estima 2* desnutrida 3 carente 4 fadiga 5 evasão

034 1 deprimido 2 constrangimento 3 antibiótico 4* curativo 5

Medo-da-falta-de-material

035 1* pobreza 2 ignorante 3 carência 4 doença 5 desamor

036 1* doença 2 carência 3 dificuldade 4 rejeição 5 locomoção

037 1 doente 2 carente 3 cuidado 4 higiene 5* deprimida

038 1 sensibilidade 2 constrangimento 3 vontade 4 agressividade 5*

fragilidade

039 1 Carência-nutricional 2 pús 3 secreção 4 curativo 5* limpeza

040 1* pús 2 secreção 3 odor 4 desconforto 5 dor

041 1 desnutrição 2 Falta-higiene 3 abandono 4* trauma 5 dependência

042 1 vergonha 2 odor 3 irritabilidade 4 infecção 5* debilitado
043 1 Falta-higiene 2 doença 3 Baixa-resistência 4*
Baixa-condição-financeira 5 assistência
044 1 dor 2 sofrimento 3* cura 4 insatisfação 5 esperança
045 1 vergonha 2 preconceito 3 higiene 4 curativo 5* cuidador
046 1 Falta-higiene 2 pobreza 3* local-fazer-curativo 4 material 5
vergonha
047 1 odor 2 secreção 3 necrose 4* sofrimento 5 dor
048 1 secreção 2* edema 3 rubor 4 Odor-fétido 5 necrose
049 1* necrose 2 secreção 3 edema 4 vermelhidão 5 odor
050 1* odor 2 sujeira 3 pús 4 contaminação 5 repúdio
051 1 dor 2 sofrimento 3 cuidado 4 tratamento 5* higiene
052 1* curativo 2 odor 3 bactérias 4 higiene 5 cuidado
053 1 tratamento 2 rejeitada 3 infecção 4 antibióticos 5 carente
054 1* sofrida 2 ansiosa 3 discriminação 4 odor 5 dor
055 1* Falta-de-higienização 2 Falta-de-informação 3
Falta-de-conhecimento 4 purulenta 5 sangramento
056 1 higiene 2 cuidado 3 tratamento 4 informação 5* providências
057 1 escaras 2 evolução 3 contaminação 4 odor 5* septicemia
058 1 secreção 2 odor 3 tristeza 4* angústia 5 dor
059 1 doente 2 cicatrização 3 informações 4 acompanhamento 5*
emocional
060 1 Falta-de-higienização 2 contaminação 3 Falta-de-técnica 4*
medicação-errada 5 Falta-oxigenação
061 1 secreção 2 purulenta 3 serosa 4 fétida 5* necrosada
062 1 dor 2* preocupação 3 curativo 4 tamanho 5 orientação
063 1 dedicação 2 técnica 3 dor 4* higiene 5 medicar
064 1* ajuda 2 dor 3 remédio 4 solução 5 curativo
065 1 odor 2 dor 3 necrose 4 doença 5* óbito
066 1* higienização 2 odor 3 Técnica-incorreta 4 infecção 5 óbito
067 1 odor 2* dor 3 Baixa-estima 4 febre 5 curativo
068 1 preconceito 2 estigma 3* tratamento 4 vergonha 5 medo
069 1* cuidado 2 curativo 3 antibioticoterapia 4 apoio 5 limpeza
070 1* dor 2 secreção 3 gravidez 4 umidade 5 sensibilidade
071 1 secreção 2 dependente 3 insatisfeita 4* carente 5 satisfazer
072 1 sepse 2 dor 3 odor 4* cuidado 5 profilaxia
073 1 ajuda 2 conforto 3 infecção 4 mobilização 5* curativo
074 1* dor 2 infecção 3 debilitado 4 acamado 5 hospital
075 1* dor 2 ansiedade 3 curativo 4 Tempo-de-tratamento 5 medicação
076 1* dor 2 incerteza 3 medo 4 cura 5 atenção
077 1 dor 2 odor 3* colaboração 4 compreenda 5 melhor
078 1 pena 2 atenção 3 cuidado 4 profissionalismo 5* responsabilidade
079 1 cuidado 2 trabalho 3 importante 4* seriedade 5 sofrimento
080 1* sensível 2 carente 3 corajosa 4 medrosa 5 envergonhada
081 1 dor 2 sofrimento 3 piedade 4 angústia 5* remédio
082 1 dor 2 odor 3 depressão 4 higiene 5* medicação
083 1 depressão 2 imobilização 3* assepsia 4 tratamento 5 lesão
084 1 dor 2 Coisa-feia 3* ajuda 4 material 5 ação

085 1* Falta-de-cuidado 2 desconhecimento 3 Má-nutrição 4 odor 5 secreção

086 1* dor 2 sangramento 3 secreção 4 necrose 5 hiperemia

087 1 trauma 2* sepse 3 paraplégico 4 Doente-renal 5 facada

088 1 odor 2 secreção 3 desolamento 4 bactéria 5* curativo

089 1 Maus-tratos 2 descuidado 3 debilitada 4 pobreza 5* desatenção

090 1 sofrimento 2* dor 3 odor 4 curativo 5 gratificação

091 1* desnutrição 2 andariço 3 diabetes 4 idosos 5 acamado

092 1* infecção 2 Odor-fétido 3 Secreção-purulenta 4 dor 5 edema

093 1 curativo 2* sofrimento 3 Odor-fétido 4 desbridamento 5 medicação

094 1 escara 2 abscesso 3* infecção 4 Extração-de-unha 5 Pós-operatório

095 1 acamado 2* paciente 3 Banho-de-leito 4 curativo 5 mobilização

096 1 odor 2 secreção 3* vulnerabilidade 4 cuidado 5 paciente

097 1 cuidado 2 atenção 3 tratamento 4 higiene 5* diálogo

098 1* baixa-auto-estima 2 ansiosa 3 nervosismo 4 agressividade 5 carência

099 1 insegurança 2 rejeição 3 baixa-auto-estima 4 cuidado 5* compromisso

100 1 lesão 2* cliente 3 sentimento 4 odores 5 família

101 1 depressão 2* medo 3 sofrimento 4 dependência 5 preocupação

102 1* odor 2 secreção 3 curativo 4 desbridamento 5 demora

103 1 carência 2 cuidado 3 proteção 4 limitação 5* dependência

104 1 Auto-estima 2 cuidado 3 orientação 4* tratamento 5 cura

105 1* odor 2 localização 3 cuidados 4 produtos 5 conforto

106 1 odor 2* secreção 3 extensa 4 purulenta 5 necrose

107 1 cuidados 2* técnica 3 orientações 4 tranquilizar 5 amor

108 1 pús 2* odor 3 sofrimento 4 carência 5 prognóstico

109 1 desânimo 2 medo 3 tristeza 4* motivação 5 cura

110 1* amor 2 carinho 3 atenção 4 dedicação 5 prioridade

111 1 cuidado 2* interesse 3 higiene 4 determinação 5 Auto-cuidado

112 1 tratamento 2 higiene 3 técnica 4* acolhimento 5 avaliação

113 1 odor 2 repulsa 3* cuidado 4 persistência 5 assistência

114 1 cuidado 2* atenção 3 curativo 4 diálogo 5 precaução

115 1* cuidado 2 apreensão 3 expectativa 4 ferida 5 medo

116 1 pena 2 sensibilidade 3 humildade 4 prazer 5* cuidado

117 1 Auto-cuidado 2 asseio 3 orientações 4* adesão 5 cuidados

118 1 tratamento 2 segurança 3 dedicação 4 orientação 5* acolhimento

119 1 dor 2 tristeza 3 confiança 4 receio 5* satisfação

120 1 tristeza 2* dor 3 medo 4 pavor 5 vergonha

121 1 higiene 2 tratamento 3* alimentação 4 dinheiro 5 ajuda

122 1 dor 2 tristeza 3 preocupação 4 cuidado 5 nojo

123 1 escaras 2* cuidados 3 medicação 4 limpeza 5 dor

124 1 dor 2 preocupação 3 tristeza 4 insegurança 5* cura

125 1 doença 2 sofrimento 3* cuidar 4 remédio 5 otimizar

126 1 Ferida-purulenta 2 dor 3 curativo 4 limpeza 5* técnica

127 1 infecção 2 assepsia 3 ajuda 4 atenção 5* conhecimento

128 1 dor 2* odor 3 Falta-de-cuidado 4 prevenção 5 Cuidados-
paramentais

129 1* dor 2 exclusão 3 discriminação 4 desespero 5 vergonha

130 1* dor 2 gemência 3 odor 4 vergonha 5 exclusão

131 1* odor 2 secreção 3 contaminação 4 dor 5 necrose

132 1* dor 2 sofrimento 3 incômodo 4 tristeza 5 vergonha

ANEXO C – Ofício de apresentação ao Hospital Geral Clériston Andrade

ANEXO D – Ofício de apresentação à Secretaria Municipal de Saúde