UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

SABERES E PRÁTICAS DE CLIENTES NO CUIDADO COM FERIDAS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

CARLA LUBE DE PINHO CHIBANTE

Niterói,RJ
Outubro 2014

SABERES E PRÁTICAS DE CLIENTES NO CUIDADO COM FERIDAS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

CARLA LUBE DE PINHO CHIBANTE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: O Cuidado nos Ciclos Vitais Humanos- Tecnologias e Subjetividades na Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo

Niterói,RJ
Outubro 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

C 532 Chibante, Carla Lube de Pinho.

Saberes e práticas de clientes no cuidado com feridas: implicações para a Enfermagem / Carla Lube de Pinho Chibante. – Niterói: [s.n.], 2014.

120 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ci~encias do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2014.

Orientadora: Profª. Fátima Helena do Espírito Santo.

1. Enfermagem. 2. Antropologia Cultural. 3. Cultura. 4. Conhecimento. 5. Cuidados de Enfermagem. 6. Ferimentos e Lesões. I. Título.

CDD 617.14

SABERES E PRÁTICAS DE CLIENTES NO CUIDADO COM FERIDAS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em de de 2014.

BANCA EXAMINADORA

.....
Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo
EEAAC/UFF- Orientadora

.....
Profª Drª Isaura Setenta Porto
EEAN/UFRJ- 1ª Examinadora

.....
Profª Drª Donizete Vago Daher
EEAAC/UFF- 2ª Examinadora

.....
Profª Drª Jaqueline Da Silva
EEAN/UFRJ- Suplente

.....
Prof Dr Enéas Rangel Teixeira
EEAAC/UFF- Suplente

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar."

(Chico Xavier)

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter iluminado a minha caminhada e por ter abençoado e me fortalecido todos os dias.

Aos meus pais, Lindalva e Antonio Carlos, pela dedicação, amor, carinho, paciência, incentivo e apoio em todas as minhas conquistas. Amo vocês!

Aos meus avós, Maria José, Chibante, Alaide e Antonio (in memmorian), pelo amor e carinho recebidos diariamente. Amo vocês!

A minha irmã, Carolina, por estar ao meu lado, aturar os meus estresses e me incentivar ao longo da vida. Te amo!

Ao meu namorado, Thiago, por estar ao meu lado em momentos de angústia, estresse, cansaços, pela paciência, carinho, amor, incentivo, apoio e dedicação. Te amo!

Aos meus familiares de sangue e à família Nogueira pelo amor, carinho e apoio durante o meu crescimento pessoal e profissional.

A minha amiga, Thayane, pela amizade, carinho e apoio. Obrigada pelas orações e palavras de incentivo. Te amo amiga!

Aos colegas do Curso de Mestrado, por compartilhar experiências e chegarem juntos ao término de mais uma grande conquista.

Aos professores do Mestrado, que contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Banca Examinadora, Profª Isaura, Profª Donizete, Profª Jaqueline e Prof Enéas, pelas relevantes contribuições e reflexões.

Aos profissionais da Policlínica Carlos Antônio da Silva, cuja cooperação foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

À Fátima Helena, minha querida orientadora, pela dedicação, carinho, amizade, apoio e incentivo durante a caminhada. Obrigada pela confiança e por acreditar em mais um trabalho. Clarisse Lispector disse que “entregar-se a pensar é uma grande emoção, e só tem coragem de pensar na frente de outrem quando a confiança é grande a ponto de não haver constrangimento em usar, se necessário, a palavra de outrem. Além do mais exige-se muito de quem nos assiste pensar: que tenha um coração grande, amor, carinho, e a experiência de também se ter dado ao pensar”. Quero dizer que desde o nosso primeiro encontro, há 6 anos, tive essa coragem e senti que podia confiar inteiramente em você. Muito Obrigada por fazer parte da minha história!

Enfim, gostaria de agradecer a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram nesta minha trajetória... Saibam que todos são especiais e que na vida não se faz (nem se é) nada sozinha.

OBRIGADA A TODOS!!!

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo do tipo etnográfico sobre os saberes e práticas de clientes no cuidado com feridas em um ambulatório de curativos no município de Niterói, Rio de Janeiro. Seus objetivos foram descrever os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas, identificar as práticas utilizadas pelos clientes no cuidado com feridas e analisar os saberes e práticas dos clientes no cuidado de feridas e suas implicações para o cuidado de enfermagem. A coleta de dados foi desenvolvida no período de janeiro a maio de 2014, mediante as técnicas de observação simples, observação participante e entrevista semi-estruturada seguida de análise de conteúdo. Foram realizadas 20 entrevistas, das quais emergiram os temas: desafios no cuidado em saúde, a ferida, o cuidado, o poder do profissional, práticas populares e o entorno do cuidado. Posteriormente, realizou-se a categorização, resultando em duas categorias: Os desafios no cuidado em saúde e os saberes e práticas dos clientes com feridas. Quanto à caracterização dos participantes: a maioria é do sexo masculino (70%), sendo (50%) casados, (30%) aposentados, com média etária de 53,25 ± 10,17 anos. Com relação à escolaridade 30% possuem ensino fundamental completo e ensino médio completo, respectivamente; 55% dos participantes possuem filhos cuja média é de 2,54 filhos. Quanto a presença de comorbidades, 41,6% são hipertensos e 25% tem diabetes tipo 2. Nas falas dos participantes da pesquisa foram identificadas dificuldades no acesso aos serviços de saúde e financeiras, restrições de locomoção. Nas entrevistas, quando perguntados sobre a história da ferida, os clientes falam sobre o início da instalação da ferida, a sua evolução e a busca pelo cuidado. Observou-se a associação de práticas com uso do tratamento alopático e das práticas populares. As práticas identificadas nas falas dos clientes com feridas incluíram o uso do saião em forma de pasta para colocar sobre a ferida para drenagem da secreção, a casca de caju e a casca da aroeira em forma de chá para banhar a ferida e auxiliar na cicatrização. Além disso, a fé e os hábitos alimentares também foram citados como formas de ajudar na cicatrização das feridas. A maioria dos clientes relatou conhecer plantas e chás no cuidado com a ferida, porém mostram desconfiança quanto ao seu uso não legitimado pelo saber científico. A visão fragmentada do indivíduo e ausência da visão integral da pessoa, reforça a dependência do sujeito ao preconizado no modelo assistencial vigente focado no que é informado pelo profissional de saúde. Entretanto, é importante que o cliente participe do cuidado, optando e escolhendo o melhor para si, o que favorece sua autonomia e independência na implementação do cuidado, mediante uma relação dialógica que possibilita a troca de experiências e o compartilhamento dos saberes entre quem cuida e quem é cuidado. Nesse sentido, considerar o cliente como protagonista da sua história aponta como desafios trazer à tona o potencial de conhecimentos advindos das suas experiências em um dado contexto sociocultural como subjacentes aos seus saberes e práticas no cuidado de feridas e, portanto, bases para a prática do cuidado de enfermagem a esses clientes.

Palavras chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Ferimentos e Lesões; Antropologia Cultural; Cultura; Conhecimento.

ABSTRACT

This is a qualitative and descriptive study of the ethnographic type on the knowledge and practices of clients in taking care of wounds at the wound dressing service wards in the municipality of Niterói, state of Rio de Janeiro. Its aims were: to describe the practices of clients in taking care of wounds; to identify the clients' knowledge when taking care of wounds; and to discuss the knowledge and practices of the clients in taking care of wounds, as well as their implications for nursing care. The data collection was developed from January to May 2014, by using techniques of simple observation, participant observation and semi-structured interview, followed by content analysis. 20 interviews were carried out, and the following topics arose from them: challenges in healthcare, the wound, the care, the power of the professional, popular practices and the caring environment. Subsequently, two categories emerged as a result of the categorization: The challenges of the clients in healthcare and the knowledge and practices of clients with wounds. As for the categorization of the respondents: most are male (70%), 50% are married, 30% are retired, with average age of 53.25 ± 10.17 years. Regarding the education level, 30% of them have completed their primary and secondary education, respectively; 55% of the respondents have an average of 2.54 children. As for the presence of comorbidities, 41.6% have hypertension and 25% have type-2 diabetes. Difficulties were identified in the speeches of the survey respondents regarding the access to health services and financial aspects, as well as mobility restrictions. When asked about the history of the wound during the interviews, clients talk about the beginning of the establishment of the wound, its evolution and the search for care. We observed the association of practices with the use of allopathic treatment and popular practices. The practices identified in the speeches of clients with wounds included the use of *Kalanchoe brasiliensis* (popularly known as *saião*) in paste form to put on the wound, in order to drain the secretion; the cashew nut peel and the bark of the *Myracrodruon urundeuva Allemäo* (Anacardiaceae - popularly known as *aroeira*) in tea form to bathe the wound and aid in the healing. In addition, faith and eating habits were also mentioned as wound healing aids. Most of the clients reported that they know about plants and teas for wound care, but they show distrust of their use not being acknowledged by scientific knowledge. The fragmented view of the individual and the person's absence of the full view strengthen the dependence of the subject to what is recommended in the current health care model, which is focused on what is informed by the healthcare professional. However, it is fundamental that the clients take part in the care, selecting and choosing the best for themselves, what enables their autonomy and independence in the implementation of care through a dialogical relationship that allows the exchange of experiences and the sharing of knowledge between those who care and who are cared for. In this regard, considering the clients as the protagonists of their history result in challenges to bring out the potential knowledge derived from their experiences in a given social-cultural context as underlying to their knowledge and practices in wound care and, therefore, bases to nursing care practice to these clients.
Keywords: Nursing; Nursing care; Wounds and Injuries; Anthropology, Cultural; Culture; Knowledge.

RESUMEN

Este es un estudio cualitativo, descriptivo de tipo etnográfico sobre los conocimientos y prácticas de los clientes en la atención con heridas en una curación clínica en la ciudad de Niterói, Río de Janeiro. Sus objetivos fueron describir los conocimientos y prácticas de los clientes en el cuidado de heridas, identificando las prácticas utilizadas por los clientes en el cuidado de heridas y analizar los conocimientos y prácticas de los clientes del cuidado de la herida y sus implicaciones para la atención de enfermería. Recolección de datos se llevó a cabo en el período enero-mayo 2014, a través de técnicas de observación simple, observación participante y entrevista semiestructurada seguida de análisis de contenido. Se realizaron 20 entrevistas, de los cuales surgieron los temas: desafíos en el cuidado de la salud, cuidado de la herida, poder profesional, prácticas populares y el ambiente de cuidado. Posteriormente, la categorización, resultando en dos categorías: los retos en salud y el conocimiento y las prácticas de los clientes con heridas. En cuanto a la caracterización de los participantes: la mayoría es hombre (70%) siendo (50%) son casados, (30%) de los jubilados, con edad promedio de ± 53.25 10,17 años. Con respecto a la educación el 30% tiene educación primaria completa y secundario completo educación, respectivamente; el 55% de los participantes tienen hijos cuyo promedio es de 2,54 niños. Como la presencia de comorbilidades, 41,6% son hipertensos y el 25% tiene diabetes tipo 2. En los discursos de los participantes de la encuesta fueron identificadas las dificultades en el acceso a servicios de salud y las limitaciones financieras de locomoción. En las entrevistas, cuando se le preguntó acerca de la historia de la herida, los clientes hablan sobre el principio de la instalación de la herida, su evolución y la búsqueda de atención. Se observó la Asociación de las prácticas con el tratamiento alopático uso y prácticas populares. Las prácticas identificadas en las líneas de los clientes con heridas incluidosen el uso de la tienda en forma de pasta para poner sobre la herida para el drenaje de la secreción, la cáscara de las castañas de cajú y la corteza de masilla en forma de té para bañar la herida y ayudar en la curación. Además, la fe y los hábitos alimentarios también se citaron como formas de ayudar en la curación de heridas. Mayoría de los clientes registrada con plantas e infusiones en el cuidado de la herida, pero no mostrar ninguna confianza en cuanto a su uso no legitimada por el conocimiento científico. La visión fragmentada de la persona y la ausencia de una visión integral de la persona, refuerza la dependencia del sujeto en el modelo asistencial actual abogó centrado en lo que se divulga por el profesional de la salud. Sin embargo, es importante que el servicio al cliente participar, elegir y elegir qué es lo mejor para ti, lo que favorece su autonomía e independencia en la implementación de la atención a través de una relación dialógica que permite el intercambio de experiencias y el intercambio de conocimientos entre a quién le importa y que es el cuidado. En este sentido, considerar al cliente como protagonista de su historia señala cómo sacar el potencial del conocimiento de sus experiencias en un contexto cultural determinado en cuanto a su conocimiento subyacente y la práctica en el cuidado de heridas, retos y por lo tanto, las bases para la práctica de la atención a los clientes de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Atención de Enfermería; Heridas y Traumatismos; Antropología Cultural; Cultura; Conocimiento.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

QV	Qualidade de Vida
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
OMS	Organização Mundial de Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FMS	Fundação Municipal de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PROESA	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 1 – Distribuição de adultos e idosos, segundo às características demográficas, socioeconômicas e da situação de saúde. Janeiro- maio, 2014. 70

Tabela 2 - Decodificação do saber dos clientes com feridas 89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo do Sol Nascente..... p.42

Figura 2- Pedagogia Problematizadora..... p.49

Figura 3- A Policlínica Carlos Antônio da Silva..... p.64

Figura 4- Mapa de localização da Policlínica Carlos Antônio da Silva..... p.65

SUMÁRIO

Pagina

CONSIDERAÇÕES INICIAIS
Objeto de Estudo 21
Questões Norteadoras 21
Objetivos..... 21
Justificativa..... 22
Relevância do Estudo..... 23

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
Processo saúde-doença..... 25
Práticas Populares em Saúde..... 28
Saber científico e Saber popular..... 31
Educação em Saúde..... 34

CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS
Conhecendo Madeleine Leininger..... 37
Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural..... 38
O cuidado cultural na concepção de Leininger..... 39
Inter-relação conceitual na Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural..... 40
O Modelo do Sol Nascente..... 41
Conhecendo Paulo Freire..... 44
Apropriando-se dos conceitos de Paulo Freire..... 47
Entre Leininger e Freire: cuidados compartilhados..... 53

CAPÍTULO III: PERCURSO METODOLÓGICO
Caracterização do Estudo..... 55
A Abordagem Etnográfica..... 55
O cenário e os participantes da pesquisa..... 59
A produção de dados..... 59
Tratamento, Organização e análise dos dados..... 62
Aspectos éticos..... 63

CAPÍTULO IV: ENTRE SABERES E PRÁTICAS: O CLIENTE COM FERIDAS NO AMBULATÓRIO DA POLICLÍNICA CARLOS ANTÔNIO DA SILVA
O Campo da Pesquisa 64
Entrando no campo e observando de forma participativa..... 66
A chegada dos clientes com feridas e o momento assistencial..... 67
Conhecendo os participantes da pesquisa..... 70
Desafios dos clientes no Cuidado em Saúde..... 74
Saberes e Práticas dos clientes com feridas..... 81

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 96

REFERÊNCIAS..... 100

APÊNDICES
Apêndice A: Roteiro de Observação Participante..... 116
Apêndice B: Roteiro da entrevista..... 117
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 118

ANEXO
Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética..... 120

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos tempos, com a transição do perfil epidemiológico mundial, a emergência das doenças crônicas assume um lugar de destaque na agenda das políticas de saúde no Brasil e no mundo, mas para o enfrentamento dessas mudanças é importante o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa por meio de uma abordagem integral e uma prática humanizada.

Neste contexto, observa-se um aumento na incidência das feridas crônicas na população brasileira associada às doenças crônicas, sendo um fato conhecido pelos profissionais de saúde e tem proporcionado várias discussões sobre o assunto, devido esse tipo de lesão ser de igual modo frequente na população mundial, além de possuir caráter recidivante e apresentar morbidade significativa. Diante disso, as feridas, principalmente as crônicas, merecem atenção especial, uma vez que elas tendem a estar associadas às doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência arterial, vasculites, entre outras (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011; BRASIL, 2002; ABBADE; LASTÓRIA, 2006; MELO et al, 2011).

Entretanto, na formação profissional e nos serviços de assistência à saúde ainda observa-se a valorização das tecnologias e da competência técnica constatando-se a predominância do enfoque biomédico na atenção direcionada às manifestações biológicas e alterações clínicas que interferem no processo de reparo tecidual e no tratamento instituído (KREUTZ; MERIGHI; GUALDA, 2003).

Estudos e pesquisas que abordam a questão do cuidado com feridas, em sua maioria, revelam uma preocupação com a objetividade, adotando uma perspectiva curativista, cujo foco é o tratamento da ferida com pouca ênfase na questão educativa voltada para a pessoa com feridas bem como seus conhecimentos e experiências no tratamento e prevenção das mesmas. Diante disso, há necessidade de práticas de cuidado que possibilitem superar a dimensão biológico-visível, transcendendo os conhecimentos sobre os aspectos físicos e psíquicos das lesões (JACONDINO et al, 2010).

Desta forma, é importante que os profissionais de saúde compreendam as variadas dimensões que compõem o processo de viver e ser saudável: biológica, social, cultural e subjetiva (MELO et al, 2011). Isso porque, as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais, buscando integrar os

saberes e as práticas dos clientes com feridas com o conhecimento científico que norteia as práticas dos profissionais de saúde.

De acordo com Melo (2009), a vivência do processo saúde-doença pelos indivíduos de cada sociedade está enraizada nos valores, crenças, práticas, representações, imaginário, significados, experiências individuais e coletivas, reafirmando o caráter sociocultural dos fenômenos que o compõe, além de fatores psicobiológicos nele envolvidos e a cultura implica em um sistema de signos passíveis de interpretação. Nesse sentido, segundo Geertz (1973, p. 24), a cultura:

> Não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processo; ela é um contexto, onde os símbolos podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade.

Na enfermagem, na perspectiva de Leininger (2006), o processo saúde-doença é influenciado pela cultura e, no desenvolvimento de ações congruentes há que se considerar as diferenças entre a cultura profissional e pessoal de todos os envolvidos no cuidado. Analisar o contexto cultural do cliente é necessário visando identificar as aproximações entre cuidado popular e profissional, para que isto ocorra a partir de uma realidade específica, com mais qualidade de forma a se obter o compartilhamento dos saberes.

Estudos apontam que a população tem o hábito de usar recursos populares antes de buscar o serviço de saúde tais como chás, plantas, frutos, rezas e procuram também as benzedeiras, conforme constatou Kreutz, Gaiva e Azevedo (2006) em estudo sobre os determinantes socioculturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças.

No estudo de Alcoforado (2011), realizado em uma cidade da região amazônica, foi identificado o uso de azeite virgem e óleo de andiroba pelos clientes, para facilitar a cicatrização, além da valorização das práticas religiosas, tendo relatos de que a fé possibilita a melhora ou cura da doença. Nesta pesquisa os clientes também relataram adotar restrições alimentares relacionados a ingesta de peixes gordurosos, carne de porco e jabuti, pois para eles, o consumo destas fontes proteicas poderia prejudicar a cicatrização das feridas.

Nesse sentido, Oliveira e Poles (2006, p.355) dizem que:

> No âmbito da enfermagem, o conhecer as crenças acumuladas pelos clientes são imprescindíveis para direcionar o cuidado. Essa compreensão possibilita

> ainda empregar um plano de cuidados eficiente e fornece subsídios para avaliar e reavaliar as estratégias utilizadas na assistência prestada.

Reforçando essa ideia, no trabalho de conclusão de curso identifiquei que a presença de alguma doença crônica ou comorbidades torna o sujeito mais vulnerável ao processo da hospitalização e, consequentemente, ao desenvolvimento de alguma lesão cutânea, o que interfere na sua capacidade funcional, autonomia e independência. Em estudo realizado com clientes hospitalizados com lesões cutâneas constatou-se que maioria desenvolveu as lesões durante as internações, destacando-se as úlceras por pressão, úlcera de perna e lesões agudas, como equimoses e hematomas. Além disso, a presença da ferida interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas, alterando suas atividades de vida diária e seus aspectos psicossociais (CHIBANTE, 2012; CHIBANTE; ESPÍRITO SANTO, 2013).

De acordo com Silva (2010), a qualidade de vida (QV) é um conceito de difícil definição em face das múltiplas variáveis pessoais e sociais que refletem sobre o seu significado. Para Santos, Martins e Ferreira (2009), a QV relaciona-se aos conceitos de saúde, bem-estar e satisfação com a vida e representa a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida nos vários aspectos culturais e sistema de valores nos quais ele vive.

Cuidar de pessoas com feridas é um processo dinâmico, complexo que requer uma atenção especial, principalmente quando se refere a uma lesão crônica. Deve-se levar em consideração que as feridas crônicas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a cicatrização normal (CUNHA, 2006).

As pessoas com feridas têm a sua QV afetada em vários aspectos. Ter uma ferida implica em alterações nas funções globais, podendo surgir problemas psicológicos, mudança de comportamento, redução da capacidade física. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar preparados para contribuir de forma positiva na melhoria da QV do indivíduo (SILVA, 2010).

O enfermeiro deve realizar intervenções, no sentido de promover a educação em saúde visando a recuperação, prevenção e promoção da saúde do indivíduo com feridas. Além disso, as tecnologias assistenciais devem ser desenvolvidas a fim de favorecer a cicatrização das lesões, possibilitando a recuperação mais rápida do cliente.

De acordo com Nietsche et al (2005), as tecnologias assistenciais são aquelas que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela,

constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões.

Para Sabóia (1997, p. 50), a educação em saúde é um processo capaz de desenvolver nas pessoas consciência crítica dos seus problemas, ao invés de simplesmente repassar informação sobre saúde. Na perspectiva de Paschoal, Mantovani e Meier (2007), a educação é um processo contínuo de construção do conhecimento, no qual se utiliza o pensamento livre, crítico e reflexivo, além de contribuir para justificar um compromisso pessoal e profissional a fim de capacitar e transformar a realidade vivenciada.

Alvim e Ferreira (2007) referem que o despertar da consciência crítica só será percebido quando o sujeito demonstrar marcas de transformação do seu saber, as quais não são imediatas. Elas só irão acontecer em processos contínuos, na intermediação de saberes, na qual não serão mais identificados o saber profissional e o saber do cliente em separado, mas a construção de um novo saber.

Entretanto, além da educação em saúde para os usuários é preciso também ter a prática da educação em serviço, ou seja, atividades desenvolvidas com o intuito de orientar os profissionais, ampliando suas competências e habilidades, para favorecer o cumprimento de suas responsabilidades (JACONDINO et al., 2010).

Assim, é imprescindível que o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, incentive a equipe para um olhar voltado não apenas para a ferida do sujeito, e sim para a prática de cuidado integral a essas pessoas, buscando conhecer a cultura, as crenças, os saberes e as práticas que estes clientes possuem, de forma a orientar e interagir melhor com os mesmos, com base no que eles trazem das suas experiências de vida, para planejamento e implementação das ações de cuidado a essas pessoas.

Corroborando com essa afirmativa, Siqueira et al. (2006) ressaltam que a assistência oferecida aos clientes que procuram os serviços de saúde deve ser fundamentada em uma abordagem integral, com intensa cooperação entre os pares, focalizando aspectos biológicos, culturais, sociais, psíquicos e emocionais.

Portanto, a saúde para ser integral precisa ser encarada como um sistema, em suas dimensões biológicas, psicológicas e espirituais, interligados e interdependentes. Desta forma, o ser humano permanece em constante interação com o meio ambiente, e para que este se concretize é importante que o profissional tenha uma visão ampla e sistêmica do sujeito a ser cuidado (TEIXEIRA, 1996).

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde revejam os conceitos e teorias que orientam a sua prática para um cuidado cada vez mais próximo das necessidades dos usuários e do significado por eles atribuídos ao processo saúde-doença, pois o modo de ver saúde e doença é peculiar de cada indivíduo e deve-se ter em mente essa informação, ao abordar um cliente no sistema de saúde (OLIVEIRA et al, 2009; SILVA, 2006).

Alcoforado (2011) diz que para a equipe de enfermagem cuidar de clientes com feridas, é necessário interagir com os mesmos, conhecendo suas trajetórias desde o surgimento da ferida. Para isto, precisa inteirar-se da sua história clínica, seus hábitos de vida, como a lesão surgiu, as patologias associadas, os tratamentos de cunho científico e as práticas populares utilizadas no tratamento das mesmas, e assim, orientar quanto aos cuidados, incentivando adoção de práticas de autocuidado no domicílio.

Em seu estudo, a autora identificou que os clientes utilizavam diversas formas de cuidados com as feridas para além daquelas práticas orientadas pelos profissionais da equipe de enfermagem, tais como uso de plantas em forma de chás, cataplasmas e restrições nos hábitos alimentares para o tratamento de doenças e feridas e a valorização das práticas religiosas.

Em estudo realizado por Carreira e Alvim (2002), com famílias ribeirinhas da ilha Motum, no Estado do Pará, foi identificado o uso de compressas quentes com água, sal e vinagre e a utilização da planta medicinal menstruz, em forma de emplasto, para promover a cicatrização das feridas. Já na pesquisa de Kreutz, Merighi e Gualda (2003), realizada com moradores da comunidade de São Gonçalo no Estado de Mato Grosso, foi verificado a utilização de “remédios do mato” para aliviar os sintomas físicos da ferida e a benzeção para combater a causa da ferida.

Considerando os resultados dessas pesquisas, constata-se que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem considerar o saber popular dos clientes, com suas crenças, cultura e valores, agregando-os ao processo de cuidar, pois segundo Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007), a relação entre cultura e saúde tem sido advogada por pesquisadores, no intuito de conhecer as manifestações culturais das pessoas diante da família, da doença e do acesso aos serviços, assim como da cura e alívio do sofrimento.

Considera-se que as transformações de um determinado grupo social são passadas de geração a geração, e as novas gerações as incorporam e ressignificam a sua forma de ver o mundo. Então, pode-se entender que o conceito de cultura é amplo e

complexo, além de apresentar uma estreita relação com a enfermagem ao assistir o ser humano, o que requer a compreensão de sua individualidade no contexto social (ARAÚJO; PINHEIRO; ARAUJO, 2006; OLIVEIRA et al, 2009).

A compreensão e valorização dos significados culturais tornam-se assim instrumentos valiosos tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Diante disso, destaca-se que o cuidado cultural é aquele em que valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo a manter seu bem-estar, a melhorar as suas capacidades, seu modo de vida e as formas de enfrentar a doença (LEININGER[1], 2002 apud OLIVEIRA et al., 2009).

Estudos sobre o aspecto cultural do cuidado possuem pertinência na prática de enfermagem, tendo como abordagem o método da Etnoenfermagem, que passou a ser considerado relevante para pesquisas que visem investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida, bem como aos modelos preventivos e às outras áreas que envolvam o fenômeno do cuidado transcultural (PROGIANTE; COSTA, 2008).

Assim, a enfermagem deve olhar o cliente em sua singularidade, visando a integralidade do cuidado. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em 2004, criou a Política Nacional de Humanização (PNH)- HumanizaSUS, ou seja, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), que reúne:

> Um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos inter profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, no que tange à enfermagem, o cuidado centra-se na abordagem humanística, caracterizando o cuidado humano na interação estabelecida entre o profissional que cuida e o cliente que participa deste cuidado (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009).

Tendo em vista a diversidade social e cultural que suscitam diferentes necessidades de cuidado, de saberes e práticas, destaca-se a aplicação da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine

---

[1] LEININGER, M.M. Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice. New York: McGraw- Hill; 2002.

M. Leininger que entende que a visão de mundo dos indivíduos e as estruturas sociais e culturais influenciam seu estado de saúde, bem-estar ou doença.

O conhecimento da cultura de quem recebe o cuidado é importante para que o profissional se integre ao contexto do sujeito, conhecendo sua visão de mundo, suas crenças e saberes, para o planejamento do cuidado integral ao mesmo.

Assim, o enfermeiro ao utilizar a TDUCC, atua em mútuo conhecimento e respeito, de modo a produzir um saber comum entre o popular e o profissional. Ao conhecer o modo de viver de indivíduos e grupos, embasado nesta teoria, possibilita a sustentação técnica e a autonomia pautada na ética e no respeito (SEIMA et al., 2011; KRÜGER; ZAGONEL, 2002)

A prática do cuidar vai além de procedimentos técnicos, e conhecer o modo de viver do ser cuidado pode fornecer subsídios que favorecem a reflexão, a autonomia e a independência para a tomada de decisão dos indivíduos. Além disso, a articulação do conhecimento popular e científico possibilita que o enfermeiro com o cliente decida sobre a forma de cuidado, que seja significativo para ambos.

Segundo Leininger, as ações e decisões de enfermagem seguem três formas de atuação: a preservação do cuidado que consiste em assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo a manter hábitos favoráveis à saúde; a acomodação do cuidado que revela formas de adaptação ou negociação das práticas de saúde; a repadronização do cuidado que auxilia o cliente a alterar seus padrões de vida buscando formas mais saudáveis de viver (LEININGER, 1985).

Silva e Mocelin (2005) afirmam que a equipe de enfermagem precisa compreender que o cliente tem autonomia e individualidade em favor de seus princípios e educação. Portanto, cabe a esta equipe refletir sobre as crenças, valores e necessidades dos clientes sob seus cuidados, objetivando atuar com eles de forma dialógica, compartilhando saberes e práticas na perspectiva de aproximar o cuidado popular e profissional no cuidado aos clientes com feridas.

Nessa perspectiva Freire (1998) ao falar sobre educação popular destaca a necessidade de se estabelecer uma relação dialógica definida como uma socialização de ideias capazes de gerar nos indivíduos uma mudança comportamental, além de ser uma comunicação bidirecional, na qual todos os envolvidos tem direito à voz.

Uma educação popular ou libertadora, de acordo com Freire (2001, p.77), “não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos, mas nos homens como corpos conscientes e na consciência

intencionada ao mundo". Essa educação tem caráter reflexivo, implicando em constante ato de desvelamento da realidade, o que conduz à mudança e conquista de maior autonomia do sujeito.

Dessa forma, ao buscar conhecer os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas, torna-se importante trazer a teoria dialógica libertadora de Freire, pois na sua concepção, todas as pessoas são dotadas de saberes e esses conhecimentos provêm da reflexão que o homem faz do contexto concreto, isto é, das experiências vividas na realidade na qual está inserido, cumprindo também a função de analisar e refletir essa realidade, no sentido de apropriar-se de um caráter crítico sobre ela (FREIRE, 1999).

Desta forma, a relação dialógica entre quem cuida e quem é cuidado é essencial para que os saberes, práticas e experiências sejam compartilhados e, desta maneira, no caso deste estudo, o cliente com feridas possa significar as orientações recebidas embasadas em seu contexto cultural e em suas trajetórias pessoais.

À luz dessas considerações, o objeto desse estudo é: *os saberes e práticas de clientes no cuidado com feridas.*

Questão Norteadora

- Quais são os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas?

Objetivos

- Descrever as práticas utilizadas pelos clientes no cuidado com feridas
- Identificar os saberes dos clientes no cuidado com feridas
- Discutir os saberes e práticas dos clientes no cuidado de feridas e suas implicações para o cuidado de enfermagem.

Justificativa

O cuidado faz parte da existência do ser humano, que para crescer e se desenvolver de forma saudável necessita ser cuidado ao longo de todas as etapas do ciclo vital. Porém, a forma de cuidar é afetada pelos ambientes físico, emocional e cultural e pela estrutura social a que o indivíduo pertence, uma vez que cada cultura possui suas próprias concepções de saúde, doença e cuidado (ZANATTA, 2006).

O cuidado aos clientes com feridas deve ser diferenciado, uma vez que o foco deste cuidado não é a ferida, e sim o cliente, o qual possui uma vivência que inclui saberes e práticas próprias, que precisam ser conhecidos e considerados para planejamento e implementação dos cuidados ao mesmo. Então, torna-se imprescindível que o enfermeiro realize uma aproximação entre o conhecimento científico e o saber popular, respeitando a diversidade cultural humana.

De acordo com Budó (et al., 2008), o cuidado popular deve ser valorizado pelo profissional de enfermagem tendo em vista que os conhecimentos tradicionais de cuidados com a saúde são transmitidos culturalmente por pessoas muito próximas e baseadas em relações de confiança e de afeto.

Na experiência de cada pessoa na vivência com a ferida, ele apreende novas formas de cuidado e reinterpreta informações advindas da convivência com os profissionais de saúde pelas orientações recebidas nos serviços de saúde, bem como relacionadas aquelas compartilhadas com seu grupo social que podem ser utilizadas de acordo com suas necessidades e demandas de cuidado.

Essa afirmativa tem respaldo nos resultados do estudo de Melo et al (2011, p.309), as quais destacam que:

> A composição de um itinerário terapêutico pautado no pluralismo da assistência à saúde, como reflexo da complexidade da realidade social, na qual os usuários do serviço estão inseridos. Com isso, eles reinterpretam as práticas médicas oficiais em articulação com as crenças e práticas sobre a saúde e a doença vigentes em seu contexto cultural.

Por outro lado Boehs (2002) ressalta que Leininger, ao desenvolver a Teoria do Cuidado Cultural, considerou o cuidado ao ser humano, universal, ou seja, que o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado, porém cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado. Nesse sentido, descreve-se o sistema profissional de cuidado e cura que é o sistema organizado, formalmente reconhecido e oferecido pelos profissionais de saúde, no qual o cuidado é a essência da Enfermagem. Além disso, ainda há o sistema popular que é o sistema local, no qual se inclui a família. Acrescenta ainda que cultura compõe-se de valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações.

Relevância do Estudo

Com o desenvolvimento deste estudo espera-se identificar as práticas utilizadas pelos clientes no cuidado com feridas, tendo como bases suas práticas e saberes advindos de suas trajetórias pessoais de vida e aquelas advindas do seu meio social e cultural.

Pretende-se também que os resultados deste estudo contribuam para o aprendizado de estudantes, docentes e profissionais de enfermagem, de forma que o cuidado integral aos clientes, juntamente com a diversidade cultural sejam mais explorados e discutidos ao longo da formação e qualificação profissional.

Outrossim, a divulgação sobre o tema pode colaborar para que os serviços de saúde e os profissionais que nele atuam, dentre os quais o enfermeiro e a sua equipe, tenham a oportunidade de desenvolver práticas de educação em saúde de forma a contribuir para um serviço de qualidade contínuo aos clientes com feridas.

Além disso, este estudo inserido na Linha de Pesquisa do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde- Cuidados nos Ciclos Vitais Humanos, Tecnologias e Subjetividade na Saúde pretende contribuir para ampliação dos conhecimentos sobre os saberes e práticas de clientes com feridas, mediante debates, pesquisas e publicação de artigos.

A partir de um cenário, onde os profissionais da saúde continuam prestando orientações técnicas, fragmentadas e prescritivas, nem sempre levando em consideração a multidimensionalidade do cuidado, no que se refere aos aspectos sociais, culturais e históricos do cliente, o estudo poderá contribuir no sentido de possibilitar um maior entendimento sobre os as crenças, os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas, para que se possa oferecer um cuidado culturalmente congruente com as necessidades dos clientes mediante práticas integrando esses aspectos nos serviços de saúde.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Processo saúde-doença

Para compreender os saberes e práticas de clientes com feridas, faz-se necessário conhecer o processo saúde-doença para entender as relações estabelecidas entre os sujeitos e o processo de adoecimento.

Em acordo com Andrade (2003, p.212):

> O binômio saúde-doença comporta os aspectos físicos, sociais, espirituais e mentais numa interação com o meio ambiente e com a própria visão de mundo que o indivíduo adota, não de forma específica, mas em algo inerente à totalidade do ser.

Nesse sentido, saúde e doença passam a ser compreendidas não mais como partes separadas, nem tão pouco como extremos, mas como um *continuum,* tendo em vista que são constituintes de um mesmo processo.

É importante ressaltar que para se atingir um melhor nível de saúde da população, não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem antes considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. Torna-se necessário compreender os múltiplos fatores capazes de interferir no processo saúde-doença, como o aspecto biológico, os hábitos de vida e o meio ambiente, meio este que pode gerar ou favorecer o adoecimento, assim como facilitar ou dificultar a prevenção, o controle e/ou a cura de doenças.

O significado do termo saúde tem um alto grau de subjetividade e determinação histórica, uma vez que as pessoas consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, da cultura e dos valores que atribuam a uma determinada situação.

Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença e sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de promover a vida (BRASIL, 2006, p.65).

A saúde, em uma sociedade, está relacionada com o seu contexto socioeconômico, político e cultural. Assim, nas sociedades anteriores à Idade Média, encontra-se uma concepção mística de saúde e doença. “A presença de saúde dependia

mais dos desejos da divindade que da competência dos curadores de doenças" (REZENDE,1989, p.23).

A Grécia Antiga constituiu um período marcante, pois estava ligada a propostas de libertação da medicina das suas influências mágico-religiosas. Hipócrates foi quem deu expressão a esta revolução, defendendo que as doenças não eram causadas por demônios ou por deuses, mas por causas naturais. Propôs, com isso, que os procedimentos terapêuticos se baseassem numa base racional, com o objetivo de corrigir os efeitos nocivos das forças naturais. Assim, a medicina afastou-se do misticismo e do endeusamento e baseou-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2011).

A partir do século XIX, com o avanço da microbiologia, por meio das descobertas de Pasteur, foram definidas as causas para as doenças, desde então, o aspecto biológico tem recebido destaque. Portanto, é notável que o modelo de assistência dominante nessa época era o curativo, baseado numa concepção biologicista e mecanicista do ser humano (SILVA, 2006).

Nesta concepção, a doença é vista como um problema individual, sendo a cura uma questão de mera intervenção mecânica no nível biológico, desconsiderando as relações estabelecidas pelo indivíduo com o mundo, suas dificuldades, crenças, relação social, condições de vida, trabalho e os seus saberes e práticas.

No século XX e início do século XXI, o conceito de saúde e doença começou a sofrer diversas transformações, e o sujeito passa a ser visto por meio da abordagem holística, deixando de ser um corpo doente com uma visão fragmentária para ser cuidado de maneira integral, compreendendo a sua história, a sua cultura e as suas crenças.

Penso que não há dissociação entre os aspectos físico, mental e social na produção e desenvolvimento de doenças, uma vez que o ser humano em desequilíbrio, em qualquer um desses aspectos, pode estar mais ou menos vulnerável à doença. Além disso, a partir do seu autoconhecimento, a pessoa pode se perceber doente, pois estará atenta ao que diferente acontece com o seu corpo.

De acordo com Potter & Perry (2009, p.31):

> A saúde é um estado dinâmico que está sujeito a constantes alterações, à medida que uma pessoa se adapta às alterações do meio externo e interno, para manter o bem-estar físico, emocional, intelectual, social e espiritual. A

> doença é um processo anormal no qual o funcionamento de uma pessoa está diminuído ou prejudicado em uma das dimensões.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta como conceito de saúde "um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença" que teve sua complementação com uma nova definição elaborada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1988, mais ampla que envolve aspectos relevantes e determinantes de saúde da população tais como: alimentação, habitação, trabalho, lazer, etc, além de direitos ligados ao acesso universal e igualitário.

Vale ressaltar que cada indivíduo tem suas particularidades, vivências, frustrações e dificuldades, por isso, o conceito de saúde e doença varia de indivíduo para indivíduo, pois cada história de vida influência na forma de pensar e agir em relação à saúde e doença. E, consequentemente, sua resposta aos possíveis desequilíbrios também é diferente.

Com reflexões semelhantes Moreschi (1999, p.85) diz que:

> É comum, até entre os profissionais da área de saúde, encontrarmos o discurso dicotômico entre os conceitos de saúde e de doença. Muitas pessoas entendem saúde como o oposto de doença. Na verdade, os indivíduos em geral, não são saudáveis ou doentes. Apresentam diferentes graus nas suas condições de saúde, que podem variar, dependendo de uma grande quantidade de fatores que as determinam em um dado momento. As variações dependem, inclusive, do tipo de combinações que esses fatores apresentam em um momento específico, determinando condições de saúde que podem ser boas ou ruins em graus diversos. Não é fácil separar o momento exato em que um indivíduo pode ser considerado saudável ou doente.

O estado de adoecimento pode ser visto, por algumas pessoas, como uma oportunidade de rever a vida e a forma de viver, um momento de reflexão. Para outros, a doença pode representar o fim, levar a processos de depressão. De acordo com Silva (2006), a doença possui influência do aspecto biológico, espiritual, social, psicológico e do acesso aos recursos essenciais que promovem a manutenção da saúde e do bem-estar.

A equipe de saúde para promover saúde deve conhecer a pessoa a quem é desenvolvido o cuidado, a sua cultura, os seus saberes, além da importância do ato de escutar, acolher e compreender as suas vivências.

A doença passa a ser vista como uma forma complexa e dinâmica de relacionamento, um objeto de síntese e deve ser tratada como aspecto do sistema simbólico. E a saúde é um movimento de autotranscedência da pessoa em direção a uma

expressão de vida que supera a simples homeostase dos subsistemas do organismo humano (GUALDA; BERGAMASCO, 2004; VICINI, 2002).

Acredita-se que a vivência do processo saúde- doença pelos indivíduos de cada sociedade está enraizada nos valores, crenças, práticas, representações, imaginários, significados, experiências individuais e coletivas, reafirmando o caráter sociocultural dos fenômenos que o compõe, além, é claro, de fatores psicobiológicos nele envolvidos. Deste modo, a saúde e a doença são tidas como não-neutras e culturais, não somente biológica ou psicológica, mas também uma realidade social envolvida por aspectos simbólicos (MELO; CABRAL; SANTOS JUNIOR, 2009; MELO et al, 2011).

Diante disso, o modo de ver saúde e ver doença é peculiar para cada indivíduo. Então, os profissionais de saúde ao abordarem os clientes devem levar em conta esta informação, entendendo que a valorização do sujeito como ser humano é importante para a promoção e manutenção da saúde, prevenção das doenças, o que contribui para uma atenção integral.

Práticas Populares em Saúde

Na formação profissional e nos serviços de assistência à saúde ainda se identifica uma predominância do enfoque biomédico no cuidado ao cliente com ferida, onde privilegia-se as manifestações biológicas e alterações clínicas que interferem no processo da reparação tecidual. Entretanto, é importante que se tenha um olhar voltado para a prática do cuidado integral, onde os saberes dos clientes possam ser valorizados.

Para Castro (2008), é importante que os profissionais fiquem atentos tanto com relação à realização da técnica quanto à pessoa que precisa ser considerada nesse processo, pois a ação do cuidado deve ser focalizada mais na pessoa, e não apenas na sua doença ou equipamentos.

A estrutura social e os fatores ambientais influenciam no cuidado e na saúde, e a enfermagem precisa conhecer esses aspectos para compreender a visão de mundo e o cotidiano da clientela e, assim, cuidar de forma adequada à cultura e às reais necessidades dos clientes (LEININGER, 2006).

Assim, ao considerar a realidade e a cultura, emerge a importância do cuidado cultural congruente que envolve o encontro entre o sistema de saúde popular e o profissional de saúde. O sistema popular de saúde é aquele que abarca os conhecimentos e práticas desenvolvidos pela família, vizinhos, comunidade e tem um significado muito

grande, pois é aprendido e transmitido de geração em geração. Já o sistema profissional de saúde é desenvolvido por profissionais que oferecem serviços de cuidado ou de cura organizados (ALCOFORADO; ESPÍRITO SANTO, 2012; LEININGER, 2006).

No estudo de Carreira e Alvim (2002), observou-se que as famílias ribeirinhas não possuíam dinheiro para adquirir os medicamentos prescritos pelos médicos, e muitas vezes, a unidade de saúde não disponibilizava para a distribuição gratuita. Com isso, estas famílias buscavam outras estratégias de tratamento e cura mais compatíveis com as suas disponibilidades, identificando-se a utilização de chás, ervas, emplastos e garrafadas que, ao mesmo tempo em que expressam um traço cultural, apresentam-se como uma alternativa às práticas oficiais de saúde.

Para alguns autores, o resgate das práticas populares no cuidado em saúde está associado não somente às dificuldades financeiras e de acesso aos serviços de saúde, mas também porque se encontram nas raízes histórico-culturais do povo brasileiro, representando as manifestações culturais de um povo (CARREIRA; ALVIM ,2002).

Oliveira (1983) considera a prática de saúde popular como afirmadora da cultura da população, na medida em que os sistemas de classificação de doenças e de fenômenos orgânicos veiculados e as estratégias de cura por ela produzidas são parte da compreensão que seus sujeitos têm da vida, do mundo, das necessidades, dos valores e das relações sociais que são permanentemente recriados, reinventados.

Para Loyola (1984), a medicina popular parece gozar de maior prestígio junto às populações de baixa renda, tanto no que diz respeito ao diagnóstico como ao tratamento das doenças. Entretanto, a substituição de condutas prescrita pelos médicos, por estas práticas, na maioria das vezes, não é decorrente exclusivamente da falta de recurso econômico do paciente, mas de crenças populares e da sua visão de mundo.

Ao longo dos tempos, a cura foi praticada por curandeiros populares, guiados pela sabedoria tradicional, que concebia a doença como um distúrbio da pessoa como um todo, envolvendo não só o seu corpo como também sua mente, a imagem que tem de si mesma, sua dependência do meio ambiente físico e social, assim como sua relação com o cosmo e as divindades (CAPRA, 1982).

Segundo Laplantine (1991), enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas,

sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar.

As plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais recursos terapêuticos da Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) e vêm, há muito, sendo utilizadas pela população brasileira nos seus cuidados com a saúde, seja na medicina tradicional/popular ou nos programas públicos de fitoterapia no SUS (BRASIL, 2012).

A legitimação e a institucionalização de abordagens de atenção à saúde, voltadas para a medicina tradicional no Brasil, teve início a partir da década de 1980, principalmente após a criação. Mais tarde, foi aprovada, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006, contemplando, entre outras, diretrizes e responsabilidades institucionais para a implantação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2012).

Somando-se a isso, o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído em 2007 pelo Ministério da Saúde, visa "garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional" (BRASIL, 2007).

Com vistas a atingir seu objetivo, dentre as proposições do mencionado Programa destaca-se a de "promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros" (BRASIL, 2007). Assim, em fevereiro de 2009, o Ministério da Saúde divulgou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Renisus), na qual estão presentes 71 espécies vegetais usadas pela sabedoria popular e confirmadas cientificamente (BRASIL, 2009).

Desta forma, tomando como base as políticas públicas juntamente com a articulação das práticas populares em saúde, emerge a necessidade de conhecer os saberes e práticas de clientes no cuidado com feridas. A valorização sociocultural estabelece um elo entre o conhecimento popular e o científico, possibilitando uma aproximação entre os saberes dos clientes com os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, cuja perspectiva da prática do cuidado integral, pressupõe o respeito às diferenças e ao contexto sócio-histórico-cultural das pessoas cuidadas.

Saber científico e Saber popular

Até a idade média a religião determinava o que era verdade, e nela estavam centradas as explicações sobre todos os fenômenos. Atualmente, a ciência ocupou o lugar da religião. A ciência nasce no século XVII, o fazer ciência acontece com a observação da realidade. A partir desta ação, busca-se levantar hipóteses. A ciência busca a produção de verdades, e se a teoria em questão é confirmada de acordo com os procedimentos pertinentes ao conhecimento científico, tal teoria é tomada como uma verdade, embora na ciência as verdades sejam provisórias, porque com o passar do tempo elas deixam de ocupar o seu lugar como verdade (SILVA, 2009).

Há muito tempo o conhecimento predominante era somente aquele proveniente dos meios populares, pois não havia um conhecimento científico, visto que a princípio o conhecimento não era dividido, existia apenas um tipo de saber. Na Grécia antiga, por exemplo, ele começou a se separar apenas quando os mitos já não "satisfaziam" mais as necessidades de explicação dos fenômenos ocorridos no mundo. Dito de outro modo, a produção de conhecimento estava diretamente ligada com necessidades do cotidiano (OLIVEIRA, 2008).

A religião e a crença (no sentido de acreditar em algo) foram os caminhos utilizados durante séculos pela humanidade na busca de respostas às suas perguntas e aflições. Como afirma Morin (1999, p.21), "durante muito tempo o fundamento em filosofia era Deus, e mesmo nas ciências, pois Newton ainda se referia a Deus. Foi Laplace que excluiu Deus do cosmos e do domínio científico". O que se pode dizer, portanto, é que a ciência, ao longo do tempo, também foi se distanciando da crença religiosa, estruturando-se enquanto conhecimento dominante e hegemônico.

Passou-se, então, a buscar um pensamento mais crítico, principalmente a respeito de todas as coisas que nos afetam diariamente, mesmo que, por vezes, esta busca envolvesse coisas que por gerações foram tidas como verdadeiras. Entre as consequências dessa nossa busca, uma delas fez com que o conhecimento fosse, na medida em que "progredimos", dividido em dois, a saber, o senso comum e o saber científico (OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Leopardi (1999), a ciência é o conjunto de informações descritivas, explicativas e preditivas da realidade, sendo o resultado da observação e experiência em torno dos fenômenos. Além disso, a mesma se interessa por explicar

tudo o que acontece na e com a vida, com a energia e com a relação entre os fatos, onde tudo que suscita dúvida pode vir a ser objeto da ciência.

A humanidade, no decorrer de sua história, construiu conhecimentos e desenvolveu, em suas práticas diárias, uma ciência própria, denominada conhecimento empírico. O conhecimento tradicional diz respeito às informações acumuladas ao longo do tempo por uma determinada comunidade em relação às suas práticas, seus valores, sua cultura, enfim, suas vivências e experiências (KOVALSKI; OBARA; FIGUEIREDO, 2011).

Existem diferentes definições e considerações sobre os saberes populares. Para Marconi e Lakatos (2005, p. 75), o conhecimento popular é "geralmente típico de camponês, transmitido de geração para geração por meio da educação informal e baseado em imitação e experiência pessoal". Para Chassot (2006, p.207), o saber popular é "aquele que detém, socialmente, o menor prestígio, isto é, o que resiste a menos códigos" e acrescenta que "popular pode significar vulgar, trivial, plebeu. Talvez devêssemos recordar que este saber popular, em algum tempo, foi/é/será um saber científico".

Então, com estes conceitos pode-se concluir que a valorização destes conhecimentos populares resgata os saberes quase esquecidos no tempo, proporcionando um fortalecimento e difusão destes para a sociedade.

O conhecimento científico é aquele que é comprovado, que passou por inúmeras experimentações até ser incorporado pela ciência. Para Marconi e Lakatos (2005, p. 75), este conhecimento "é transmitido por intermédio de treinamento apropriado, sendo um conhecimento obtido de modo racional, conduzido por meio de procedimentos científicos".

Para a cultura humana, os conhecimentos científicos têm um papel bastante importante. Tais conhecimentos têm suas origens na Europa Ocidental e, por meio das colonizações europeias, influenciaram as demais culturas e sociedades existentes, possibilitando-nos uma melhor compreensão do mundo (BAPTISTA, 2007).

De modo geral, o conhecimento científico não é aplicado aos saberes tradicionais/populares, uma vez que estes são mais flexíveis e tolerantes, pois podem acolher, com a mesma intensidade, explicações diversas de um mesmo fenômeno, por um mesmo grupo de pessoas ou comunidade (CUNHA, 2007). Sendo assim, "o que leva um ao conhecimento científico e outro ao vulgar ou popular é a forma de observação" (MARCONI; LAKATOS, 2005, p. 76).

As mudanças tecnológicas e os grandes avanços científicos não são suficientes para eliminar, em diferentes grupos populacionais, a presença de crenças e práticas populares vinculadas a tradições que são passadas entre gerações. Essas práticas possuem um significado totalizante e são capazes de articular experiências em dimensões de presente e passado (MAHFOUD, 1996).

As práticas populares podem ser evidenciadas na área de saúde, pois os indivíduos procuram formas de tratamento e prevenção de doenças diferentes daquelas adotadas pela medicina convencional. Há pessoas que ao mesmo tempo ou de forma alternada, procuram benzedeiras, usam chás, fazem simpatias, aderem fervorosamente a uma religião e/ou seguem o tratamento prescrito pelo médico (CARTANA; HECK, 1997).

Para Medeiros (2001), ainda que os recursos populares não tenham uma comprovação científica de sua eficácia as repetidas experiências de seu uso dentre a população permitem validar sua utilidade, pois, esse conjunto de saberes e práticas tem sua estrutura pautada na experiência empírica, na vivência, na experimentação e na avaliação do sucesso ou insucesso desses recursos.

Ainda de acordo com o mesmo autor as motivações que levam as pessoas a adotarem métodos não convencionais relacionados à saúde são variadas e, de um modo geral, independem de aspectos sociais, pois mesmo em centros urbanos adiantados persistem crenças, crendices, tabus e preconceitos anacrônicos em indivíduos de todas as classes sociais e de diferentes níveis de escolaridade.

Um dos fatores que explicam a origem das crenças e práticas populares é o da experiência individual, que ao longo do tempo, e através da sociedade exprime uma cultura, influenciando nas explicações dadas aos acontecimentos e na escolha de decisões, provocando muitas vezes repercussões sociais, cuja intensidade é proporcional à quantidade de pessoas que faz adesão a tais práticas (BARBOSA et al, 2004).

Educação em Saúde

A Educação em Saúde, segundo Smeltzer e Bare (2009, p.41), é considerada uma função independente na prática de enfermagem e a principal responsabilidade da profissão de enfermagem". Dizem também que a "Educação em Saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção da doença."

Na perspectiva de Sabóia (1997, p.50), a Educação em Saúde é repensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica de seus problemas, ao invés de simplesmente repassar informações sobre a saúde. Ainda de acordo com a mesma autora (2003, p.117), a Educação em Saúde é concebida como intercâmbio e construção de saberes, para a melhoria da qualidade de vida dos grupos e pessoas nela envolvidas.

Nesse sentido, coloca-se como referência uma relação de igualdade entre profissionais de saúde e os clientes, onde não há um que sabe e outro que precisa aprender, mas se estabelece um diálogo pelo saber um do outro, num processo contínuo e dinâmico de compartilhar saberes, por meio do intercâmbio dos saberes científico com o popular.

Em acordo com as afirmações destas autoras, segundo Brasil (1997, p.13):

> A ação educativa é um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumir a solução dos problemas de saúde, processo este que inclui o crescimento dos profissionais de saúde, através de reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população. Esta deve ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a população.

Penso que a Educação em Saúde tem o objetivo de proporcionar um processo de conscientização do cliente sobre sua saúde, seus direitos e deveres, possibilitando uma reflexão sobre sua condição de saúde, buscando uma melhor qualidade de vida, pois, como ressaltam as concepções de Carvalho, Fonseca e Pedrosa (2004, p. 720):

> A finalidade da Educação em saúde é promover a saúde contribuindo para a autonomia e satisfação do usuário, considerando seu contexto biopsicossocial, considerando a essência da enfermagem enquanto ciência humana no cuidado. É considerar fatores como o desejo relevante e indissociável das demais dimensões da vida. Enfim, promover a saúde não pode ser uma ação deslocada dos sentidos acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

É importante destacar que, algumas vezes, os profissionais da área da saúde não priorizam informações necessárias para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos clientes. Esta situação é justificada pela execução de múltiplos afazeres por parte dos profissionais, não dispondo de tempo suficiente ou não priorizando a interação e a troca de informações entre o profissional e o cliente (MACHADO; SILVA, 2007).

Segundo Lunardi e Soares (2003, p.67), o saber do cliente sobre si, sobre sua vida, seu modo de se cuidar, seu problema vivido, frequentemente, também, não tem

encontrado espaço para ser veiculado, seja por “falta” de tempo, de interesse, de reconhecimento do seu valor e importância.

Entretanto, Espírito Santo e Porto (2003, p.38-39) afirmam que:

> O cliente e os membros de sua família, enquanto consumidores são sujeitos que têm plenas condições de avaliar os serviços que estão recebendo. A importância desta avaliação constante repercute na conquista de mais autonomia, confiança e satisfação para clientes e enfermeiras, em busca do bem maior que é a saúde, o bem estar.

Vale ressaltar que, o profissional da enfermagem deve ser um bom comunicador, pois a comunicação faz parte do seu instrumento de trabalho. Para Ataíde, Machado e Jacopetti (2008, p.13), como a enfermagem precisa ser humana, sensível e interessada, se faz necessário escolher os canais de comunicação adequados, saber dar e receber feedbacks.

Com isso, podemos observar que a boa comunicação torna-se extremamente importante para o estabelecimento de vínculos de confiança entre a equipe de enfermagem e os clientes para que as orientações possam ser apreendidas ao máximo.

No entanto, entende-se que a educação em saúde é outro fator importante para o as orientações e, para que as mesmas sejam captadas é necessário que a comunicação ocorra da melhor forma possível (ATAIDE; MACHADO; JACOPETTI, 2008, p.13).

O enfermeiro tem o papel essencial na promoção e conservação da saúde, realizando um processo educativo eficaz. É importante reconhecer que o repasse das informações e conhecimentos pertinentes a saúde, deve também se somar aos saberes, aos valores, as crenças e a cultura do indivíduo.

Nesse sentido, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que tem como função a educação em saúde, intrínseca no seu processo de trabalho, adaptando da melhor maneira a socialização, e valorizando o cliente como uma pessoa, que possui identidade, interagindo, colocando-se sempre à disposição (ATAIDE; MACHADO; JACOPETTI, 2008).

Desta forma, a educação em saúde baseada no diálogo e na troca de saberes, práticas e experiências aponta a possibilidade de intermediação do saber científico e do popular no desenvolvimento das ações de cuidado entre clientes e profissionais de enfermagem, sob liderança do enfermeiro, tendo como metas desenvolver competências e habilidades para cuidar do outro na perspectiva da recuperação, reabilitação e promoção da saúde

CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS

Conhecendo Madeleine Leininger

Madeleine Leininger nasceu em 13 de julho de 1925 em Sutton (EUA), uma cidade rural no sul de Nebraska, em uma família de matriz católica cristã. É uma teórica norte-americana, graduada em enfermagem, no ano de 1948, em Denver, na St. Anthony's School of Nursing. Tornou-se bacharel em Ciências, no ano de 1950, pelo Benedictine College. Em 1953, obteve o mestrado em Ciência da Enfermagem na Catholic University em Washington- Seatle. E em 1965, concluiu o curso de doutorado em Antropologia, na University of Washington, Seatle (LEOPARDI, 1999, p. 94).

No exercício da sua prática profissional, durante os anos 50, Leininger trabalhou no meio-oeste dos Estados Unidos, em um lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem clínica. Ao desenvolver este trabalho, percebeu que as crianças apresentavam algumas diferenças nas suas características comportamentais, que se repetiam com frequência.

Desta forma, Leininger atribuiu essas diferenças a um fundo de base cultural e percebeu que a Enfermagem não possuía conhecimentos suficientes a respeito da cultura destas crianças, para compreendê-las melhor e desenvolver as práticas de cuidados de Enfermagem diversificadas, de acordo com suas culturas. Então, ela passou a se dedicar a esta nova área, ou seja, à Enfermagem Transcultural, sendo a primeira enfermeira a se doutorar em Antropologia (LEOPARDI, 1999, p.94-95).

Primeiramente, Leininger explorou como as crenças, valores e práticas culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas. Logo percebeu que conflitos e estresses culturais poderiam levar, gradativamente, a doenças físicas e mentais. Nessa perspectiva, as enfermeiras não poderiam ajudar as pessoas sem compreender seus valores e crenças culturais. Por estar intrigada com as questões de saúde, doença e cuidado, ela direcionou sua busca ao campo da antropologia, durante sua pós-graduação (LEININGER, 1985).

Em 1966 começou a lecionar no primeiro curso de enfermagem transcultural da Universidade de Colorado, onde trabalhou como professora de enfermagem e antropologia. Em 1968, Leininger fundou o Comitê de Enfermagem e Antropologia com o objetivo de trocar ideias, opiniões e realizar pesquisas nas áreas de enfermagem e

antropologia. Entre 1972 e 1974, ela fundou a Sociedade de Enfermagem Transcultural, como promotora da enfermagem transcultural no mundo (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Diante disso, torna-se importante conhecer a enfermagem transcultural proposta por Leininger na sua Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, de forma que se possa compreender o significado do cuidado culturalmente congruente, baseado nos valores, crenças e práticas culturais da clientela assistida.

Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural

A história da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (TUDCC) tem início no século XX, em meados da década de 50, nos Estados Unidos da América (EUA). Melo (2010) refere que, nessa década, a história americana foi marcada pela Guerra Fria e pelo crescimento das tensões entre duas potências militares, EUA e União Soviética. Houve também uma grande explosão demográfica, além do início dos movimentos dos direitos civis e feministas no país.

Nessa época, a antropologia vivia o crescimento da Escola Relativista Cultural Norte-Americana, que se opunha à Escola Evolucionista Europeia. Essa antropologia americana que se opõe ao evolucionismo se fundamenta nas diferenças culturais, defendendo a ideia de que toda expressão, toda crença tem significado e validez apenas no contexto cultural a que pertence. Foi nesse contexto de mudança, também marcado pela ascensão da imigração no país, que Madeleine Leininger se sensibilizou para o estudo que, posteriormente, daria origem à TUDCC (MELO, 2010).

Ao final da década de 50, nos EUA houve muita dificuldade para a aceitação das concepções de Leininger, porque além do conhecimento cultural por parte das enfermeiras deficiente, as mesmas estavam mais voltadas para a busca da identidade e da competência técnica que interessadas nos aspectos culturais da profissão (GUALDA; HOGA, 1992).

Leininger construiu sua teoria com base na crença de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde (LEOPARDI, 1999).

A TUDCC de Leininger tem sido usada em diversos estudos que focalizam os cuidados de enfermagem, enfatizando a cultura, os valores, os saberes, o modo de vida, o que possibilita a construção de conhecimentos que embasem o desenvolvimento do cuidado congruente.

Leininger (1985) procurou conhecer como as crenças, os valores e as práticas culturais podiam inferir nos estados de saúde e doença dos sujeitos e notou que os estresses e as desordens culturais poderiam ser fatores importantes que proporcionavam a doença, não só física, mas também mentais, e que se as enfermeiras não compreendessem os valores, crenças e visões do mundo dessas pessoas, não poderiam ajudá-las.

A Teoria do Cuidado Cultural ganha um papel de destaque e pioneirismo no campo da enfermagem, sendo eficaz no desenvolvimento de pesquisas que tomam como objetos de estudo os saberes, as crenças e as práticas de saúde, doença e cuidado. Na prática clínica a teoria tem sido aplicada na área de saúde pública, principalmente nas práticas educativas (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2006; SILVA, 2011; CRUZ et al, 2013; MICHET et al, 2010).

O cuidado cultural na concepção de Leininger

O cuidado cultural tem um significado importante para o conhecimento, explicação, interpretação e predição do fenômeno “cuidar” na Enfermagem. O cuidado cultural em seus conceitos, significados, expressões, padrões, pode ser diferente (diversidade) ou similar (universalidade), por meio de todas as culturas do mundo. Cada cultura humana tem um conhecimento e uma prática genérica de cuidado e, geralmente, tem um conhecimento e uma prática profissional de cuidado, que varia transculturalmente (LEOPARDI, 1999; LEININGER, 2006).

As diferenças e similaridades do cuidado cultural entre profissionais da saúde e clientes existem em qualquer cultura do mundo. Somente haverá cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, quando os valores, expressões ou padrões dos indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou cuidados culturais forem conhecidos e utilizados adequadamente e de forma significativa pelos enfermeiros, na sua prática assistencial (LEOPARDI, 1999).

Nesse sentido, Leininger (2006) diz que os cuidados de Enfermagem culturalmente satisfatórios poderão contribuir para o bem-estar dos indivíduos, grupos,

famílias, dentro de seu contexto ambiental. Por outro lado, clientes que experenciam cuidados de Enfermagem incongruentes com as suas crenças, valores e modos de vida apresentam sinais de conflito culturais, estresses e preocupações éticas e morais.

Leininger compreende a Enfermagem como uma disciplina de cuidados transculturais e uma profissão cujo objetivo maior é o de servir o ser humano. Em alguns dos seus estudos transculturais foram constatados vários elementos do cuidado que variam segundo a universalidade e diversidade da cultura, como por exemplo, o apoio, conforto, observação, toque, respeito, ajuda, amor, confiança e simpatia.

Inter- relação conceitual na Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural

Com a ideia de descrever, documentar e explicar a universalidade e diversidade do cuidado cultural, a teoria criada por Leininger começou a ter consistência. Entretanto, para estruturar a sua teoria foram definidos determinados conceitos para embasar os conhecimentos, como: cultura, cuidado, saúde, valor cultural, diversidade cultural do cuidado, universalidade cultural do cuidado, estrutura social, sistema popular e sistema profissional (LEININGER, 1985, 2006).

A ***Cultura*** para Leininger (1985), abrange os valores, crenças, normas e práticas da vida, aprendidas, compartilhadas e transmitidas em um grupo específico, que direcionam seus pensamentos, decisões e ações em formas padronizad*as. São transmitidas de gerações a gerações e tem importância grande na vida dos sujeitos*.

Cuidado representa as atividades desenvolvidas para apoiar ou facilitar o indivíduo ou o grupo que apresentam necessidades claras ou previstas, para minimizar ou melhorar a condição humana de vida. O Sistema Popular representa o sistema não profissional, que presta serviços de cuidado, ou cura tradicionais em casa. Já o Sistema Profissional está relacionado aos serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, oferecidos por profissionais de saúde (LEININGER, 1985).

Saúde, para Leininger (1985), é o estado de bem-estar, culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a habilidade dos sujeitos ou grupos em realizar suas atividades diárias de forma culturalmente satisfatória. Ainda diz que o seu elo com a Enfermagem relaciona-se diretamente aos fenômenos do cuidado que, por sua vez, devem ser estudados sob uma perspectiva científica e humanística e, desta forma, delinear a verdadeira natureza desta profissão.

O ***valor cultural*** refere-se à forma mais desejada ou preferida de atuar ou conhecer algo, que é mantida por uma determinada cultura por um longo período de tempo, e que conduz as ações ou decisões dos sujeitos (LEININGER, 1985).

A ***Diversidade Cultural do Cuidado*** se relaciona às variações e/ou diferenças nos significados, padrões, modos de vida, suporte, facilitações ou capacitações na prática do cuidado ao ser humano.

A ***Universalidade Cultural do Cuidado*** se refere com os fenômenos semelhantes de ações de assistência, apoio, ou facilitadores para com o outro sujeito ou grupo, que são provenientes de uma cultura específica, para melhorar a condição humana (LEININGER, 1985; LEOPARDI, 1999).

A ***Estrutura Social*** está ligada aos principais elementos interdependentes e funcionais de sistemas, como os valores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais de uma cultura específica, que são demonstrados em conjuntos linguísticos e ambientais (LEININGER, 1985).

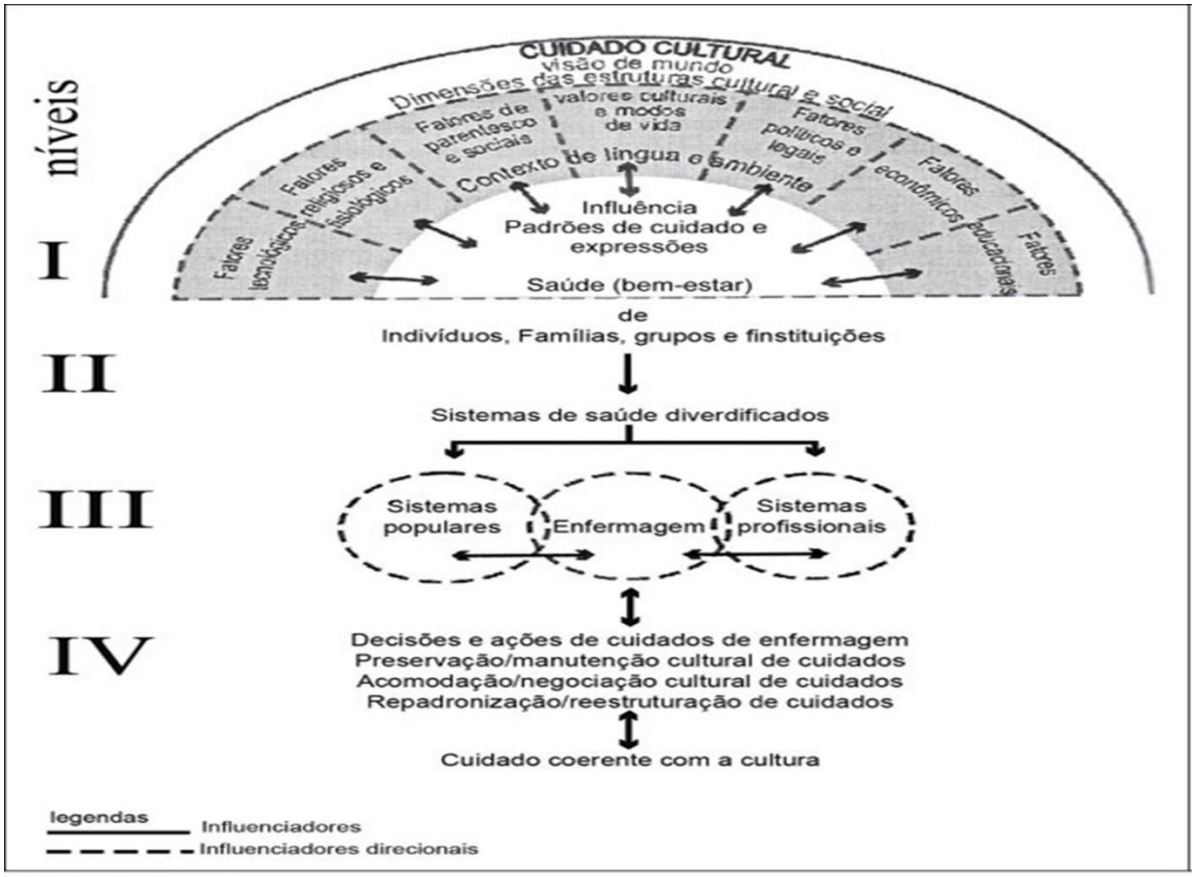
O Modelo do Sol Nascente

Considerando que os aspectos culturais, a história de vida, as visões de mundo, crenças e valores deveriam ser compreendidas ao prestar o cuidado, Leininger criou o Modelo do Sol Nascente desenvolvido para amparar às enfermeiras a decidirem os principais conceitos e inter-relações da teoria. Desta forma, representa o "surgimento do sol", ou as formas de descobrir o cuidado a partir da visão de mundo dos profissionais e clientes, da estrutura social, da língua, do ambiente, entre outras variáveis (LEININGER, 1985, 2006).

O Modelo do Sol Nascente proposto por Leininger tem como objetivo descobrir, esclarecer, decodificar e prenunciar o conhecimento dos cuidados, assim como desenvolver um cuidado culturalmente congruente. Os conceitos centrais deste modelo são a cultura e o cuidado. A cultura é o componente da Antropologia e o cuidado o componente da Enfermagem (LEININGER, 1985).

Assim, o modelo (Figura 1) foi desenvolvido para disponibilizar uma imagem conceitual abrangente dos principais fatores tidos como importantes para a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural. O modelo é um guia visual conceitual que descreve vários fatores que influenciam os cuidados culturalmente congruentes com pessoas de diferentes culturas. Além disso, serve como um guia

cognitivo para o pesquisador ao visualizar e refletir sobre os diferentes fatores que influenciam os cuidados culturalmente baseados no processo de descoberta (LEININGER, 1985).



Fonte: Leopardi, 1999.

Figura 1- Modelo do sol Nascente

A estrutura do diagrama do modelo ilustra a proposta da teórica no referente ao surgimento de um novo cuidado de enfermagem envolvendo a participação direta dos clientes no processo de cuidar, pois eles influenciam esse processo mediante suas crenças, valores e visão de mundo (ORIÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

Ainda de acordo com estas autoras, o fim último da teoria é deixar o sol (cuidado cultural) nascer e brilhar de forma intensa para que se reflita nos participantes do cuidado, disseminando, assim, o cuidado cultural na sociedade. Então, para estabelecer este cuidado, o enfermeiro deve inicialmente conhecer a cultura do cliente e suas formas de cuidar (cuidado êmico), em seguida, deve haver um compartilhar entre o cuidado êmico e o cuidado ético (profissional) para só então planejar o cuidado culturalmente congruente.

Desta forma, o modelo é constituído por quatro níveis, nos quais o primeiro nível é formado pelos componentes interdependentes da estrutura social e visão de mundo. O segundo nível, interligado ao primeiro e ao terceiro, é a aplicação dos conhecimentos do cliente, ligando o contexto ambiental onde ele está inserido, sua linguagem e etnohistória. Estão envolvidos os fatores tecnológicos, religiosos, ligações sociais e de parentesco, valores culturais, crenças, fatores políticos e legais, econômicos e educacionais. Já no terceiro nível, também interligado ao segundo e quarto nível encontram-se as influências dos fatores tecnológicos, religiosos, valores culturais, crenças, entre outros, citados nas expressões, padrões e práticas do cuidado, ligados à visão de saúde, doença e morte que o indivíduo ou grupo apresentar.

No quarto nível, baseado nas considerações culturais, o foco está no indivíduo, família, grupo ou instituição, nos diversos contextos de saúde. As práticas dos sistemas de cuidado profissional e popular se envolvem e decidem como atuar com os cuidados: preservando-os, acomodando-os ou repadronizando-os.

A Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural refere-se aos atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural refere-se às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar um cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER; McFARLAND, 2006).

E por último, a Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural refere-se às ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores padrões (ou benéficos) de cuidado à saúde, práticas, ou resultados (LEININGER; McFARLAND, 2006).

O cuidado desenvolvido tem o foco direcionado ao cuidado cultural congruente, o qual possibilita a inserção do indivíduo no planejamento, organização e decisão do seu cuidado, de forma a atender suas reais necessidades (LEININGER, 1985).

De acordo com Alcoforado (2011), é essencial que os enfermeiros desenvolvam uma prática de cuidado cultural congruente, evitando práticas assistenciais impositivas, nas quais existe um domínio do conhecimento e atividades etnocêntricas, com a

autoridade e poder do outro em suas mãos, decidindo o que fazer e quando fazer. Então, o cliente deve ser considerado como ser humano dotado de necessidades, com uma história de vida, com seus saberes e práticas, para que o cuidado seja diferenciado, e inclusivo destes fatores, para que sejam considerados e valorizados.

Portanto, o enfermeiro e os demais profissionais de saúde devem levar em consideração o contexto sociocultural no qual os clientes com feridas estão inseridos, de modo a buscar o conhecimento sobre os diferentes significados dos saberes e práticas desses clientes, possibilitando a prática do cuidado culturalmente congruente.

Além disso, ao acessar os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas, em uma perspectiva educativa, leva-se em conta as diferenças entre a cultura dos envolvidos no cuidado: a profissional com o saber técnico-científico, e a pessoal com o saber popular, de modo a se obter uma relação dialógica no cuidado, revelando-se aí uma possível articulação das ideias freireanas com a Teoria Cultural de Enfermagem de Leininger.

Conhecendo Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire nasceu no Bairro Casa Amarela, Recife, no ano de 1921. Filho de Joaquim Temístocles Freire e dona Edeltrudes Neves Freire, “Tedinha”. Devido à Grande Depressão na economia mundial, que também atingiu a sociedade brasileira no ano de 1931, Paulo Freire e sua família mudaram para Jaboatão, distante 18 km de Recife. Em 1934 o pai dele faleceu, deixando uma pequena pensão como militar aposentado, o que provocou muitas dificuldades para a vida familiar.

Aos 16 anos (1937), ingressou no “Colégio Oswaldo Cruz,” onde cursou o secundário (o que corresponde atualmente às três últimas séries do Ensino Médio). Depois, cursou o pré-jurídico (o que equivale atualmente ao Ensino Médio), curso destinado aos interessados pela área de humanas, favorecendo o ingresso no curso de Direito. Ao iniciar seus estudos no curso secundário já se sentiu desafiado pela possibilidade de, em três anos, poder atuar como docente de língua portuguesa (ANDRADE; FRAZÃO; AGUIAR, 2012).

Paulo Freire aprendeu a ler e escrever com seus pais, junto às mangueiras do quintal da casa dele e costumava usar um pedacinho de pau para escrever na terra o aprendido. Mais tarde, quando questionado sobre a forma como iniciou sua aprendizagem alfabética, afirmava que:

> Eu sabia que as palavras com as quais comecei meu aprendizado eram palavras de meu horizonte, da minha experiência e não as palavras de meus pais. Eles começaram a fazer isso comigo. É fantástico porque, muitos anos mais tarde, quando eu comecei a trabalhar nessa área como educador, repeti aquilo que meus pais tinham feito comigo. Durante o processo, eu lembrava que tinha sido assim que eu aprendi a ler e a escrever. (MYLES; FREIRE, 2003, p. 52).

Paulo Freire formou-se em Direito, em 1947, pela Universidade do Recife, atualmente Universidade Federal de Pernambuco. Ao atender seu primeiro cliente falou: "Gostaria de lhe dizer também que, com você, encerro minha passagem pela carreira nem sequer iniciada. Obrigado" (FREIRE, 1992, p.18). Nesse mesmo ano, Paulo Freire ingressou no Serviço Social da Indústria (SESI), Departamento Regional de Pernambuco, na Divisão de Educação e Cultura, como alfabetizador, permanecendo aí até 1954. O tempo em que permaneceu no SESI de Pernambuco determinou sua trajetória como educador e pesquisador sobre os saberes locais, o modo de ser, o modo de organizar o mundo no pensamento, o modo de agir no e com o mundo e as pessoas.

Desse movimento de pesquisa assistemática, deu os primeiros passos para o que mais tarde seria considerado como um eixo condutor de suas atividades como educador, que ficou conhecido como Círculos de Cultura, presente nos textos mais remotos desse autor e com destaque na Educação como Prática da Liberdade (1979), com o qual teve a oportunidade de, em apenas 47 dias, alfabetizar adultos.

O estudo, as pesquisas e as práticas decorrentes dessa época são considerações indispensáveis para a compreensão de suas primeiras obras: "Educação como Prática da liberdade (1967), "Pedagogia do oprimido" (1978) e "Ação Cultural para a Liberdade" (1975) que se constituíram na base do seu pensamento e de sua prática pedagógica. Freire foi reconhecido em 1954 por "saber notório" pela Universidade do Recife, o que permitiu que pudesse participar do concurso para a cátedra de História e Filosofia da Educação desta universidade, desenvolvendo esse trabalho de 1954 a 1960 e também na formação de professores de Desenho e Belas Artes, da Universidade do Recife (que mais tarde passou a chamar-se Universidade Federal de Pernambuco).

Em 1960 prestou concurso para Livre Docente, nessa Universidade, defendendo a tese "Educação e Atualidade Brasileira" que, segundo o próprio Paulo Freire, viria a desdobrar-se na "Educação Como Prática da Liberdade", anunciando a "Pedagogia do Oprimido" (FREIRE, 1992, p.19).

Em 1964, quando coordenava o Plano Nacional de Educação de adultos, foi preso pela ditadura militar brasileira, em razão de suas ações político-pedagógicas e exilando-se inicialmente, no Chile, de novembro de 1964 a março de 1969. Depois ficou exilado na Europa até 1980.

Em 1980, com o fim do exílio, Paulo Freire retornou ao Brasil, tornando-se professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e professor convidado da Universidade de São Paulo (USP). Foi secretário de Educação do município de São Paulo, na gestão de Luiza Erundina (1989 – 1991). Implementou movimentos de alfabetização, de revisão curricular e de recuperação salarial dos professores, iniciou a construção do Projeto Político-Pedagógico da Educação Municipal da Grande São Paulo, cujo legado se configura hoje, na proposta educacional da Escola Cidadã.

Ficou mundialmente conhecido pela criação do chamado “Método Paulo Freire”. Na verdade, mais do que um método de alfabetização, ele desenvolveu uma teoria do conhecimento.

Apropriando-se dos conceitos de Paulo Freire

Ao abordar autonomia em Paulo Freire, na perspectiva de referencial para a liberdade pela ação educativa, deve-se recorrer à história de vida desse autor para ampliar a compreensão do cenário e do contexto no qual sua proposta foi gestada e desenvolvida como prática e teoria concomitante.

Por meio da educação, a visão reflexiva da existência da opressão, no contexto da sociedade humana e da autonomia como atributo de liberdade faz de Paulo Freire e de suas propostas educativas um desafio e um marco que parametriza uma educação denominada como “educação libertadora”, como meio que desafia a dinâmica educativa nomeada por ele como “educação bancária”, em função da forte influência que ela recebe da tradição mercadológica que permeia o cotidiano de nossa sociedade (FREIRE, 1998).

Freire considera a educação libertadora como proposta de formação humana que visa a problematização das relações sociais, mediadas pelo conhecimento. Nesse sentido, destaca que um ato cognoscente caracteriza-se como agente de libertação na medida em que:

> O objeto cognoscível de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador de um lado, educandos, de outro. A educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível. (FREIRE, 1978, p. 78).

Assim, os conhecimentos devem ser respeitados conforme as construções inerentes a cada pessoa e não diferenciados e hierarquizados conforme a posição que ocupem na sociedade, como professor e aluno. Freire, na citação anterior, destaca que a educação deve superar essa relação discriminatória, para viabilizar uma relação em que as pessoas, na educação, sejam respeitadas pelo que elas são e, não, pelo que elas aparentam ou posição que hierarquicamente, que sejam valorizadas em função do acervo cultural e de conhecimentos que possuem, pois é com esse potencial que as pessoas deverão se relacionar e se impor nas relações de ampliação e aprimoramento de conhecimentos e vivências (FLECK, 2004).

A educação que contraria essa posição respeitosa aos limites e possibilidades de cada pessoa e que atribui o valor à hierarquia tanto das pessoas quanto dos conhecimentos, estabelecendo relações de mais e menos, foi caracterizada por Freire como "Educação Bancária", a qual carrega, em suas ações e propostas, a lógica do mercado, em que os conteúdos são produtos e as avaliações se caracterizam metaforicamente como moedas. A concepção "bancária" "se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante". Para Freire (1978, p. 66), "em lugar de comunicar-se, o educador faz 'comunicados' e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem".

Diante disso, a educação bancária gera seres dependentes e limitados a esses conhecimentos e se caracteriza como uma ação que impede a autonomia e liberdade, resultando em dependência e submissão.

Freire tem importância, também, como pioneiro na inserção da expressão "autonomia" no contexto educativo, como expressão carregada da perspectiva de que todo ato educativo é político, pelo fato de ser manifestação de poder. Poder dos saberes que todos possuem e poder de interação e mediação desses saberes com todos os integrantes do ato educativo (FREIRE, 2001).

Autonomia e opressão em educação não tinham, antes de Freire, um significado definido na perspectiva política e ideológica. Ele defendeu esta perspectiva como atributo necessário para fazer frente à tradição de educação que se considerava neutra e

como reflexo da sociedade. Freire inverteu essa posição, estabelecendo que a educação pode e deve constituir a sociedade, em lugar de ser apenas sua expressão.

Nesse sentido, o processo de educar e cuidar deve ocorrer em uma relação horizontal, por meio do diálogo, onde as concepções de saúde do cliente precisam ser consideradas na prática do cuidado do profissional, por meio da troca e intermediação dos saberes e práticas.

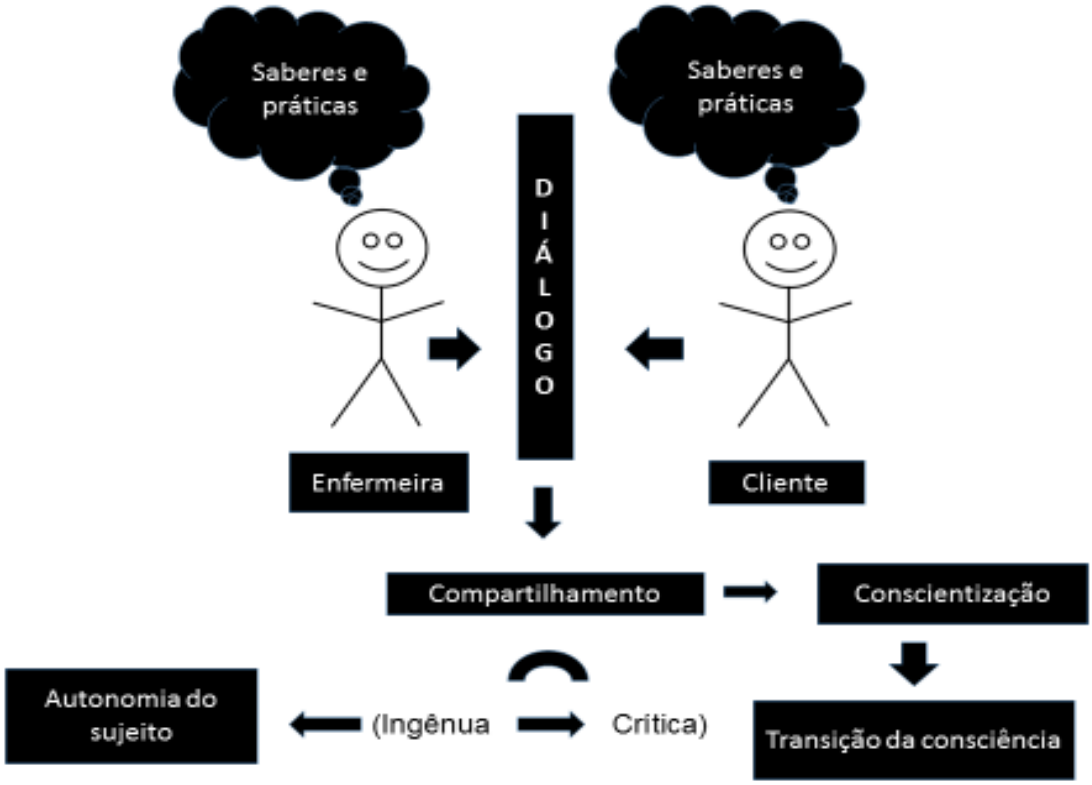


Figura 2- Pedagogia Problematizadora

A figura 2 mostra que a prática dialógica possibilita o compartilhamento dos saberes e práticas entre os sujeitos envolvidos no processo educativo. Nesse momento é que se leva em consideração o saber do outro, valorizando a sua cultura, suas crenças, seu contexto social, político e econômico.

Neste sentido, a conscientização torna-se um ato reflexivo, e portanto, produto da prática dialógica. É nesse compartilhar de saberes e práticas que há a revelação de uma reflexão crítica para a construção de um novo saber. Diante disso, ocorre a transitividade da consciência ingênua, revelada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, caracterizada por ser ativa e questionadora, implicando em autonomia do sujeito.

Freire (2001) afirma que a consciência do mundo e a consciência de si crescem juntas e em razão direta, onde uma está comprometida com a outra. Nesse sentido, na visão do autor, o homem é um ser inconcluso, histórico e contextualizado.

Diante disso, Freire apoia sua teoria em seis pressupostos designados por ele como ideias-força:

- Toda ação educativa deve estar precedida de reflexão sobre o homem e de uma análise do seu meio
- O homem só será sujeito a partir da reflexão de sua situação e do seu ambiente
- A educação deve levar o indivíduo a uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de haver mudança da realidade
- Por meio da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, construção de si mesmo e o ser sujeito
- À medida que o homem se integrar às condições de seu contexto de vida realiza reflexão e obtém respostas aos desafios que se lhe apresentam, criando cultura
- O homem é criador de cultura e fazedor da história, pois, na medida em que ele cria e decidi, ele a transforma
- A educação deve pressupor que o homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história

Dessas ideias-forças emergiram alguns conceitos que tem sido utilizados na área da saúde e, principalmente, na Enfermagem. Para nortear este estudo buscou-se uma aproximação com alguns conceitos propostos por Freire, que se julgou imprescindível para a análise do objeto de investigação, como: diálogo, cultura, história, conscientização e libertação.

O diálogo é entendido como a própria palavra, que possui suas dimensões de ação e reflexão. É o encontro fraterno em que há troca de ideias sobre as experiências, a partir do saber que cada cliente possui. É o encontro em que se solidarizam a ação, a reflexão e a ação dos seus sujeitos direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado (FREIRE, 1997).

Com base nesse enfoque, é importante a articulação do diálogo libertador de Freire entre os clientes com feridas e o profissional da saúde, pois é possível estabelecer, por meio dessa comunicação, uma relação de reciprocidade, de troca de ideias e de interatividade. Além disso, permite buscar no universo histórico-social e cultural dos clientes, os saberes e práticas de cuidado com a ferida na perspectiva de contribuir para a transformação da realidade.

A cultura é definida por Freire (1980) como todo resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, do seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens. Atrelada à cultura, deve-se destacar a história, a qual na compreensão do autor, é vista a partir do princípio de que:

> Um homem faz história na medida em que, captando os temas próprios da sua época, pode cumprir tarefas concretas que supõe a realização destes temas. Também faz história quando, surgirem os novos temas, ao se buscarem valores inéditos, o homem sugere uma nova formulação, uma mudança na maneira de atuar, nas atitudes e nos comportamentos. Insistamos em que o homem, para fazer a história, tem de haver captado os temas. Do contrário, a história o arrasta, em lugar dele fazê-la (FREIRE, 1980, p.38).

Com isso, partindo da busca pela compreensão do contexto histórico, social e cultural dos clientes com feridas, que se faz necessária para a interpretação dos saberes e práticas desses sujeitos, foi importante enfocar outros conceitos de Freire (1980), como o da conscientização, que supõe a ação de transformar, parte das situações vividas e implica em um retorno crítico à realidade em que se inserem os indivíduos.

Deve-se incorporar a essencialidade da conscientização para a análise nesta pesquisa, o fato de que o desenvolvimento crítico de tomada de consciência significa em ir além da fase espontânea da apreensão até chegar a uma fase crítica, na qual a realidade se torna um objeto cognoscível e se assume uma posição epistemológica, procurando conhecer e, em outras palavras, tomar posse da realidade (FREIRE, 1980).

A liberdade é outro pressuposto adotado por Freire (1997), que possibilita a inter-relação com o objeto dessa investigação, considerando que a liberdade se circunscreve no ato de criar e de propor o que e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo os seus desafios, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e da cultura.

A teoria dialética de Freire (1997) tem como pilar o caráter dialógico e problematizador das relações e da inconclusão dos homens, que se encontra em permanente processo de aprendizagem para atingirem as transformações. Além disso, expressa a constante capacidade de transformação, na qual o conhecimento é entendido como inacabado, contínuo e progressivo, e o homem assume o papel de sujeito com atitudes: crítica, reflexiva e histórica.

Nesse sentido, considerando as práticas derivadas da transformação ou da reconstrução de saberes, alguns estudos, na área da enfermagem, adotaram as ideias e conceitos de Freire para subsidiar suas produções científicas, identificando na obra desse autor um referencial teórico que pode significar um poder de ação gerador de novas práticas (FIGUEIREDO, 2005; CARVALHO, 2009; BRITO, 2009; MORAIS, 2009).

No estudo de Figueiredo (2005), foi revelado que as concepções e conceitos freireanos serviram para dar suporte às argumentações da sua tese, que teve como pressuposto, afirmar que as mulheres idosas sofrem com a perda de sua autonomia imposta pela ação opressora da sociedade capitalista e globalizada, mas que também reconquistam essa autonomia a partir do processo de conscientização vivenciados em espaços sócio educacionais e democráticos.

Já Carvalho (2009), enfatizou que as contribuições freireanas se definem como importantes fontes de conhecimento e motivação para os estudos nas diversas áreas do saber humano. A autora traz o diálogo problematizador no processo de ensino aprendizagem com o objetivo de fazer com que o homem atinja uma consciência transformadora da sua realidade, buscando melhorar a sua condição de vida.

Na pesquisa de Brito (2009), o seu estudo foi construído com base nos pressupostos de que as concepções filosóficas da teoria de Freire podem servir como apoio teórico fundamental para a análise e discussão dos saberes e das práticas sobre a prevenção do câncer de mama, constituintes do universo do senso comum das pessoas idosas. Da mesma forma, no estudo de Morais (2009), onde foi identificada a necessidade de aproximações e articulações de conteúdos filosóficos e epistemológicos sobre o conhecimento contido na Teoria de Freire para iluminar a discussão dos saberes e práticas experimentados por familiares no ato de cuidar de idosos com Alzheimer.

Diante disso, o modelo educativo proposto por Freire é inovador, uma vez que a transformação da realidade, baseada na crítica e reflexão, vem sendo adotada no campo da educação em saúde, principalmente da Enfermagem. Nesse sentido, o pensamento de

Freire inspira a teoria e a prática da educação, contribuindo e enriquecendo a prática educativa em enfermagem, o que resulta em um cuidado diferenciado, pautado na problematização da realidade vivenciada pelos sujeitos.

Entre Leininger e Freire: cuidados compartilhados

Freire, em sua proposição teórica, demonstrou sua preocupação com a cultura das pessoas (os educandos). Nesse sentido, a enfermagem, em relação ao cuidado em saúde, também tem se preocupado com os aspectos referentes aos fatores culturais, como as crenças, os saberes e práticas, os valores e os significados dos clientes atribuídos ao processo saúde e doença e como isso se relaciona com o cuidado. Diante disso, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural é um exemplo que expressa esta preocupação.

A aproximação nos conceitos de Leininger e Freire está na valorização da cultura dos sujeitos envolvidos, tanto os educandos como os clientes. De acordo com Teixeira (2008), considerar a dimensão cultural, em ambas as práticas (educativa e de saúde) é elemento fundamental, a fim de que tenhamos a possibilidade de atingir com abrangência suficiente as pessoas, já que a forma como elas se expressam nas situações de saúde e educação no seu cotidiano tem relação com as crenças, os valores e os costumes.

Desta forma, tanto na prática educativa proposta por Freire, quanto nas práticas de cuidado abordadas por Leininger o reconhecimento e o respeito da identidade cultural são importantes. Nesta pesquisa serão acessados os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas, de modo à atender as premissas comum à ambos os teóricos.

A pedagogia problematizadora de Freire possibilita os encontros entre enfermeira e cliente onde, por meio do diálogo e compartilhamento das ideias, é possível acessar os saberes e práticas sobre as demandas do cuidado, e também por um processo de crítica e reflexão, contribuir com a promoção da mudança que se fizer necessária.

Ao abordar os saberes e práticas de clientes sobre as demandas de cuidado de si, numa perspectiva educativa, considera-se o arcabouço cultural em que o cliente está envolvido por meio do compartilhamento de saberes e práticas de cuidado entre a enfermeira e o cliente, levando-se em conta as diferenças entre a cultura dos envolvidos

no cuidado: a profissional, advinda do saber técnico-científico; e a pessoal, cunhado ao saber leigo dos clientes, revelando-se aí uma possível articulação das ideias freireanas com a Teoria Cultural do Cuidado de Enfermagem (MARTINS e ALVIM, 2012).

Para Leininger (1978) é necessário que a enfermeira passe a compreender a importância de se conhecer a cultura dos clientes e, a partir dela, basear suas ações, tornando possível diminuir o distanciamento entre quem cuida e quem é cuidado, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais de cuidado.

Leininger, em sua teoria, valoriza os aspectos culturais como forma de expressão dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, indo ao encontro das ideias de Freire, que também valoriza os aspectos culturais como forma de expressão dos sujeitos, porém no processo educativo.

Enquanto Freire (1994) trabalha com a perspectiva da consciência crítico-reflexiva, pelo diálogo. Ele diz que a educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar, não transformar. Leininger (2006) trabalha com as categorias de adaptação e acomodação. Na visão de Leininger, o cliente não propriamente transforma ou muda a sua concepção de saúde e doença pela crítica e reflexão, mas ajusta-se às condições que lhes são apresentadas.

Nesse sentido, Leininger caracteriza o diálogo como forma de atenuar os conflitos na relação do cuidado pela troca de informações. Já para Freire, o diálogo não exclui o conflito, sob a pena de ser um diálogo ingênuo, impossibilitando que os oprimidos superem a condição de oprimido.

Assim sendo, o compartilhamento dos saberes e práticas, tanto da enfermeira quanto do cliente refletem e analisam juntos a pertinência, ou não, de determinada prática.

Logo, é fundamental a articulação dos cuidados profissional e popular com o cenário onde será desenvolvido, de modo que o cliente tenha participação ativa na atividade desenvolvida, tornando-se autônomo e alcançando a plenitude e efetividade do cuidado.

CAPÍTULO III: PERCURSO METODOLÓGICO

Caracterização do Estudo

Considerando o objeto e os objetivos do estudo, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa com delineamento descritivo do tipo etnográfica.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a finalidade dos estudos descritivos é o de observar, descrever e documentar os aspectos da situação estudada.

Para Teixeira (2008, p. 137), a abordagem qualitativa procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, utilizando a compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação e, segundo Minayo (2007), ela permite desmistificar processos sociais de grupos particulares que ainda não foram totalmente revelados e, portanto, proporciona a construção de novas abordagens e criação de novos conceitos e categorias durante o processo de investigação.

A Abordagem Etnográfica

O chamado método compreensivo ou hermenêutico é uma criação da filosofia que opõe um modo de conhecimento intuitivo e sintético ao modo analítico e discursivo, que separa o todo em seus elementos para, em seguida, reconstruí-los, sendo possível por meio da compreensão explicativa (MARUYAMA, 2004).

De acordo com Japiassu (2002, p. 106-107):

> A verdade, na hermenêutica, deve processar-se em torno da questão da compreensão. Como tal, culmina na análise da linguagem como uma base sólida de apoio, pois a linguagem aparece como verdadeiro paradigma do conjunto das formas de objetivação social. A linguagem é o lugar de onde nasce a compreensão.

O sentido captado pelo pesquisador possibilita a compreensão do fenômeno por meio de uma relação dialética entre explicação e compreensão. Por outro lado, a interpretação é o trabalho de pensamento que consiste em decifrar o sentido aparente, em manifestar os níveis de significação implicados na significação literal (OLIVEIRA, 1998; JAPIASSU, 2002).

Japiassu (2002) esclarece a diferença entre significado e símbolo. Significado é a representação, na linguagem, do significante. Já o símbolo é toda estrutura de

significação em que um sentido direto, primário e literal designa um outro sentido indireto, secundário, figurado, que só pode ser apreendido por meio do significado

Dentro dos pressupostos epistemológicos e metodológicos, a etnografia é um método de pesquisa que possibilita a análise compreensiva dos fenômenos, sob o ponto de vista dos sujeitos (MARUYAMA, 2004).

Para Sousa e Barroso (2008) a Etnografia é um processo investigativo, surgindo como recurso metodológico para apreender do sujeito a sua visão de mundo a partir das suas crenças, mitos e valores e da análise do estilo de vida ou padrões culturais das pessoas, o que permite entender o sujeito no seu contexto cultural.

A etnografia surge no cenário da antropologia, a partir do momento em que não há mais separação entre aqueles que observavam e que tinham o conhecimento sobre as comunidades no seu contexto e os pesquisadores que, em seus gabinetes, analisavam os dados. Assim, o etnógrafo começa a efetuar ele mesmo sua pesquisa de campo através da observação direta, de modo que o trabalho de campo é a própria fonte da pesquisa (LAPLANTINE, 2003). Este fenômeno se revela devido à necessidade de compreender as relações socioculturais, os comportamentos, ritos, saberes e práticas das sociedades, até então, desconhecidas, e que adaptaram a problemas comuns da atualidade.

Na origem da etnografia, destacam-se dois teóricos: Franz Boas e Malinowski. Boas promove uma mudança nas pesquisas etnográficas por considerar o pesquisador como homem de campo que deve anotar e descrever tudo que faz parte da comunidade, desde o material com que são construídas as casas até o comportamento, relações, mitos da comunidade. A etnografia, nessa perspectiva, busca entender a sociedade na totalidade das relações sociais e dos elementos que a constituem (SILVA et al, 2009).

Já Malinowski, ao estudar a sociedade na sua totalidade, ou seja, como funcionava no momento da observação, põe em prática a observação participante que para ele é a única forma de conhecer intensivamente uma sociedade no seu contexto microssociológico, a partir da relação com o todo social. Portanto, segundo esse autor, para entender o homem na sua totalidade é necessário um trabalho de campo, um olhar para as situações ocorridas no interior do grupo no qual vive, age e se relaciona (SILVA et al, 2009).

Diante das contribuições destes dois etnógrafos, as pesquisas passaram a buscar a compreensão da sociedade do ponto de vista das pessoas que nela vivem. Então, o ir, o ver e o viver com os nativos representaram o marco inicial do surgimento da

antropologia científica e a observação participante se tornou a principal técnica para atingir esses objetivos.

Como uma metodologia, a abordagem antropológica da etnografia enfatiza o papel do pesquisador como o principal instrumento da pesquisa. Geertz (1989) diz:

> Para descobrir quem as pessoas pensam que são, o que pensam que estão fazendo, é necessário adquirir uma familiaridade operacional com os conjuntos de significado em meio aos quais elas vivem. Isso não requer sentir como os outros ou pensar como eles, o que simplesmente é impossível. Nem virar nativo, o que é uma ideia impraticável e inevitavelmente falsa. Requer aprender como viver com eles, sendo de outro lugar e tendo um mundo próprio diferente.

Para Moreira e Caleffe (2006), a etnografia é um método e um ponto de partida, é a interação entre o pesquisador e os seus objetos de estudos.

Angrosino (2009) refere que a etnografia é a arte e a ciência de descrever um grupo humano, suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças, envolvendo a descrição holística de um povo e seu modo de vida.

Para Leininger (1985), a etnografia, no seu sentido mais amplo, pode ser definida como um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura ou subcultura, para aprender o seu modo de viver em seu ambiente natural.

Em termos de prática de enfermagem, a compreensão do comportamento dos clientes viabiliza a possibilidade de prestar cuidados mais congruentes e que resultem numa maior satisfação das pessoas que cuidamos. Aspectos relacionados à saúde, à doença e às formas de reagir ao processo de aculturação, que inclui a perspectiva do sistema de saúde, são possíveis de serem contemplados pelas pesquisas etnográficas. (GUALDA; HOGA, 1997).

A etnografia é uma estratégia de pesquisa na qual o pesquisador se insere na realidade social que se propõe estudar para compreender elementos intrínsecos e tácitos dessa sociedade, em especial, a sua cultura. “Na etnografia, o pesquisador coloca-se na realidade do grupo pesquisado para assim poder estudar o fenômeno por dentro” (CUNHA; RIBEIRO, 2010; VIEIRA; PEREIRA, 2005, p. 226).

Para tal, a etnografia se utiliza de uma série de métodos, semelhantes às do estudo de caso: observações (sejam elas com a participação do observador ou não); entrevistas; análise documental. As formas de coletar esses dados da realidade

observada, por parte do pesquisador etnográfico, muitas vezes se resumem na sua observação e escuta dos fatos e fenômenos da realidade estudada (SILVERMAN, 2009).

A enfermagem, vem reelaborando seu conhecimento no intuito de aprimorar o cuidado e contemplar as mais diversas dimensões do ser humano. Esse processo inclui um novo olhar que busca valorizar aspectos relacionados ao subjetivismo. Aspectos como experiências de vida, valores, crenças, sentimentos, modo de vida e visão de mundo estão sendo considerados extremamente presentes e influentes no sucesso da relação enfermeiro-cliente. O cuidado de Enfermagem vem sendo considerado um fenômeno onde o saber popular e o saber científico devem convergir a fim de atender às necessidades de saúde e bem-estar do cliente (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006; COSTA; BARROSO, 2006).

Nesse contexto, o estudo da cultura constitui um elemento importante, uma vez que possui uma influência marcante sobre o comportamento humano. A etnografia surge como caminho para desvendar culturas, conhecer o outro e, a partir deste conhecimento, reelaborar e direcionar culturalmente as ações de Enfermagem, objetivando formas mais eficientes de desenvolver o cuidado (SOUSA; BARROSO, 2008).

Assim, a etnografia é uma ferramenta fundamental para compreender as sociedades multiculturais do mundo pós-moderno, além de servir às suas necessidades, pois se trata de um método de pesquisa aberto à realidade sociocultural, que pretende olhar para um determinado cenário com o interesse de interpretar os significados das ações e dos eventos a partir do ponto de vista de quem os vive. Por isso, não consiste, simplesmente, em descrever uma cultura revelando uma perspectiva social totalitária e rígida, incapaz de lidar com dimensões importantes da realidade social, como a mudança, o conflito e a criatividade individual e grupal (LENARDT, MICHEL E MELO, 2011; QUEIROZ, 2003).

Desta forma, os estudos etnográficos fornecem aos profissionais da saúde a possibilidade de compreender a saúde e a doença sob os diversos pontos de vista dos usuários dos serviços de saúde. No que diz respeito à enfermagem, há necessidade em valorizar a subjetividade dos seres humanos, o ponto de vista deles e as condições sociais nas quais se desenvolve o fenômeno do cuidado. Portanto, os estudos culturais na área da enfermagem proporcionam benefícios para a humanização e qualidade dos

serviços prestados (LENARDT; MICHEL; MELO, 2011; ALMEIDA; SOARES, 2010; MUNIZ; ZAGO, 2009).

Destaca-se a importância do reconhecimento da situação cultural para o cuidado integral e significativo, onde os achados etnográficos contribuem no sentido de fornecer a descrição de uma realidade local. Com isso, a utilização do método etnográfico nas pesquisas em enfermagem tem proporcionado desvendar aspectos profundos e significativos dos sujeitos envolvidos em contextos socioculturais diversos.

O Cenário e os participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Município de Niterói-RJ e o cenário foi o ambulatório de curativos da Policlínica Carlos Antônio da Silva localizado no Centro de Niterói, Rio de Janeiro, no período de Janeiro a Maio de 2014.

Os participantes do estudo foram clientes com feridas, que realizam os curativos no referido ambulatório. Como critérios de inclusão: clientes com feridas de ambos os sexos, adultos e idosos com idade igual ou superior a 18 anos, com interesse e disponibilidade em participar do estudo, devidamente oficializado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e como critérios de exclusão: clientes com alterações psíquicas e ou mentais que prejudicassem a participação na pesquisa.

A produção de dados

A coleta de dados foi desenvolvida em três momentos: **No primeiro momento** a **observação simples**, visando aproximação com os cenários e os possíveis participantes da pesquisa; **na segunda etapa** a **observação participante** (APÊNDICE A), com registros em diário de campo onde é descrita a chegada dos clientes nos cenários, suas condições de saúde, os procedimentos realizados pela enfermagem com eles, suas falas durante esses momentos; e **na terceira etapa** a **entrevista semi-estruturada** (APÊNDICE B) no respectivo cenário, objetivando aprofundar aspectos da observação e captar os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas.

A observação simples, segundo Gil (2008), é uma técnica em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Já a observação participante consiste na

participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Além disso, é obtida por meio do contato direto do pesquisador com um fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista (GIL, 2008; CHIZZOTTI, 2006).

Para registro dos dados da observação participante foi usado um diário de campo que, para Minayo (2007), tem como objetivo registrar em tempo real, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa. Os registros são feitos diariamente, sempre datados, sinalizando os sujeitos envolvidos, o local, a situação observada, as condições que podem estar interferindo no fato, a influência da rotina e as normas institucionais do fenômeno.

Angrosino (2009, p. 34) destaca a importância da observação participante para o desenvolvimento da pesquisa etnográfica:

> A observação participante não é propriamente um método, mas sim um estilo pessoal adotado por pesquisadores em campo de pesquisa que, depois de aceitos pela comunidade estudada, são capazes de usar uma variedade de técnicas de coleta de dados para saber sobre as pessoas e seu modo de vida.

A observação participante não deve ser vista como um ato isolado, mas como um processo gradual que envolve inicialmente atitudes tais como: saber selecionar o local a ser pesquisado para que viabilize o livre acesso à comunidade; saber conduzir os trabalhos, buscando manter informados todos os colaborares e/ou participantes locais, quando se fizer necessário; saber conduzir cada etapa da pesquisa, fazendo anotações de forma estruturada ou em formato de narrativa (SILVA et al, 2010).

Nesse estudo a finalidade da observação simples foi conhecer a policlínica, os profissionais que atuam na unidade, o acesso e os arredores, a infraestrutura e o funcionamento da sala de curativos. Na observação participante, por meio da aproximação dos clientes com feridas, foi possível perceber como chegavam na unidade, os gestos e as expressões na espera para o atendimento, a interação durante o procedimento, as falas entre o profissional e o cliente e o cuidado realizado pelo profissional.

A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas e os sujeitos têm a oportunidade de falar sobre o tema sem ficarem presos aos questionamentos formulados. Eles falam sobre a realidade que vivenciam suas ideias, crenças, pensamentos, opiniões, sentimentos, atitudes e comportamentos (MINAYO, 2007).

De acordo com Triviños (2009), esta entrevista tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa, além disso, favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, mantendo a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

A entrevista semi-estruturada foi usada neste estudo com o objetivo de identificar a frequência de ida à unidade para a troca de curativo, como realiza o cuidado da ferida, além de conhecer as práticas alternativas no cuidado com a ferida e a maneira como são usadas.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de janeiro a maio de 2014 com a ida ao campo de pesquisa para a realização da observação simples, e em seguida para a observação participante. As observações foram realizadas duas vezes na semana, totalizando oito horas semanais, em um total de 32 horas aproximadamente, com o objetivo de captar o modo que os clientes chegavam na unidade, as suas falas, as dificuldades enfrentadas, o funcionamento da sala de curativos e a sua infraestrutura.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, tendo duração média de 30 minutos para cada entrevista, para que nenhum dado fosse perdido o que permitiu que o entrevistador ouvisse os sujeitos da pesquisa com maior atenção, estabelecesse certa confiança com os mesmos e observasse as suas expressões corporais, objetivando compreender melhor os seus depoimentos. As entrevistas foram realizadas do lado de fora da sala de curativos, nos bancos de espera, logo em seguida ao atendimento, com o objetivo de identificar a frequência de ida à unidade para trocar o curativo, como realizam o cuidado em casa, além de captar os saberes e práticas dos clientes no cuidado com as feridas, os produtos que utilizam e o conhecimento sobre as práticas alternativas do cuidado.

Tratamento, Organização e Análise dos dados

Os dados da observação simples e participante foram registrados em diário de campo. Os registros consistiram na descrição escrita de todas as manifestações que o observador percebeu do campo de pesquisa e dos clientes. As anotações foram sistematicamente organizadas em um diário, no qual constavam a data e horário, especificando o total de horas, a descrição dos fatos e as impressões do observador.

Nessa etapa, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, identificadas por nomes fictícios, visando preservar o anonimato dos participantes; os registros de diário de campo foram digitados, e em seguida, o corpus de dados foi submetido à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009), é definida como:

> Um conjunto de técnicas de análise de comunicação 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 destas mensagens.

Ainda segundo Bardin (2009), o objetivo da análise de conteúdo pode ser sintetizado em manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a mesma da mensagem.

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2009) que são: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na **pré-análise** são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste em um processo de escolha dos documentos, da formulação das hipóteses e dos objetivos e preparação de indicadores para subsidiar a interpretação final.

A **exploração do material ou codificação** representa o processo por meio do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.

A última etapa consiste no **tratamento dos resultados, inferência e interpretação**, onde se busca colocar em destaque as informações fornecidas pela análise.

Após a leitura das entrevistas, os dados foram divididos em seis unidades temáticas, dentre as quais: desafios no cuidado em saúde, a ferida, o cuidado, o poder do profissional, as práticas populares e o entorno do cuidado e as doenças associadas.

Posteriormente, os temas comuns emergentes foram agrupados em duas categorias: Os desafios dos clientes no cuidado em saúde e Saberes e práticas dos clientes com feridas.

- ***Os desafios dos clientes no Cuidado em Saúde***: nesta categoria destacou-se o acesso ao serviço de saúde, as restrições de locomoção, a dependência da ajuda de familiares e amigos, a questão financeira, o conhecimento centrado no profissional diante do modelo biomédico e o poder do profissional diante do domínio do saber.
- ***Saberes e práticas dos clientes com feridas***: nesta categoria observou-se a descrição da evolução da ferida, o cuidado por meio da associação de práticas alopáticas e populares e a indicação de práticas alternativas no cuidado com as feridas.

Aspectos Éticos

Conforme preconizado na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, toda pesquisa que envolve seres humanos, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações, deve assegurar e respeitar os direitos dos clientes. Assim, um Protocolo de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), sob o nº 559.436 (ANEXO A).

Quanto aos participantes da pesquisa, os mesmos foram orientados quanto aos seus direitos, os objetivos da pesquisa, garantia da preservação do anonimato, por meio de nomes fictícios e quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) em duas vias, uma para eles e outra para a pesquisadora.

CAPÍTULO IV: ENTRE SABERES E PRÁTICAS: O CLIENTE COM FERIDAS NO AMBULATÓRIO DA POLICLÍNICA CARLOS ANTÔNIO DA SILVA

O Campo da Pesquisa

A Policlínica Carlos Antônio da Silva está localizada na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, no município de Niterói. O município tem uma população estimada em 487.562 habitantes em uma área de 133,916 Km², sendo a quinta cidade mais populosa do estado e a de maior índice de desenvolvimento humano (IBGE, 2013).

A inauguração foi realizada no dia 10 de novembro de 1938, sendo inicialmente denominada Centro de Saúde Modelo de Niterói, fundada pelo Interventor Ernani do Amaral Peixoto, durante o Governo de Getúlio Vargas. Posteriormente, foi chamada de Centro de Saúde São Lourenço, onde trabalhava o médico Carlos Antônio da Silva, realizando o serviço de saúde pública[2].

Hoje, a Policlínica recebe o nome do Dr. Carlos Antônio da Silva e localiza-se na descida da ponte Rio-Niterói ao lado do Mequinho, onde é realizado o atendimento de enfermagem na atenção à saúde do idoso e seus cuidadores, da Universidade Federal Fluminense. O atendimento abrange a região do Centro de Niterói, correspondendo aos seguintes bairros: Ponta D'Areia; São Lourenço; Fátima; Centro; Morro do Estado.

Figura 3: A Policlínica Carlos Antônio da Silva

[2] Jornal O Fluminense de 09 de novembro de 1938, disponível na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

Figura 4: Mapa de localização da Policlínica Carlos Antônio da Silva

A unidade oferece serviços básicos de consultas, como clínica médica, pediatria e ginecologia. Além disso, outros profissionais atuam no local como dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, serviço social, terapeuta ocupacional, psiquiatras, infectologista, farmacêutico e fonoaudiólogo.

Com relação à estrutura física, a policlínica possui diversas salas dividas por especialidade, localizando-se no térreo da unidade, e no segundo andar ficam as salas da direção, onde são resolvidas as questões burocráticas e da vigilância epidemiológica, que são realizadas as notificações compulsórias das doenças.

A equipe de enfermagem realiza a triagem nos programas de hipertensão e diabetes, participa das campanhas e grupos de tuberculose, hanseníase, grupo dos alcóolicos e anti-tabaco. Os técnicos de enfermagem assumem a sala de vacinação e a sala de curativos. Já os enfermeiros realizam as atividades de supervisão e gerência de programas e na preceptoria dos alunos no setor, que correspondem a seis profissionais. A unidade recebe também estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal Fluminense que desenvolvem atividades de ensino teórico prático sob a supervisão dos respectivos professores.

Entrando no campo e observando de forma participativa

Embora desde o curso de Graduação já tivesse passado pela policlínica no ensino teórico e prático, foi em outubro de 2013 que fiz o primeiro contato com a Diretora para solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa na sala de curativos.

Entretanto, antes da entrada em campo era preciso uma autorização da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

Entrei em contato com a FMS, por meio do Colegiado do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa, para solicitar assinatura do termo de concordância a ser encaminhado à diretora da policlínica. Depois de cumpridas as devidas formalidades com a autorização da FMS e da diretora da policlínica foi iniciada a coleta de dados.

Em janeiro de 2014 iniciei as observações na sala de curativos. Fui apresentada à técnica de enfermagem responsável pelo setor. Comecei minha apresentação explicando os objetivos da pesquisa. Nesse momento, ela disse que seria muito difícil desenvolver a pesquisa na sala de curativos porque os seus clientes só utilizavam os produtos que ela utilizava nas suas feridas. Porém, mais uma vez expliquei que o objetivo da pesquisa não era saber o que os clientes utilizam nas feridas, mas sim identificar os seus saberes além das práticas convencionais no cuidado com feridas. Então, após o entendimento a técnica mostrou-se mais receptiva em me ajudar durante a coleta de dados para selecionar os possíveis participantes da pesquisa.

A sala de curativos funciona de segunda à sexta feira no período da manhã de 8 às 12 horas. Trata-se de uma sala com boa iluminação, com ventilação natural e por meio de ventilador de teto, as paredes e pisos são de materiais laváveis. Apresenta um lavatório para realizar os curativos, onde as feridas são lavadas. O carrinho de curativos é composto de soro fisiológico, clorexidina, iodopovidona, gaze estéril, luva de procedimento, luva estéril, ataduras, esparadrapo, esparadrapo impermeável branco, algodão, fita crepe, álcool 70%, água oxigenada e produtos, como colagenase, ácidos graxos essenciais, lidocaína, vaselina, solução aquosa antisséptica e sulfadiazina de prata.

Os clientes são atendidos com os mais variados tipos de feridas, incluindo as úlceras venosas e arteriais, pé diabético, feridas pós-operatórias, mordeduras de animais domésticos e peçonhentos, acidente de trabalho, entre outros. Em geral, é realizado uma média de 80 atendimentos por mês, tendo uma maior demanda às segundas, quartas e sextas, com aproximadamente 10 atendimentos diários.

Os clientes que procuram a sala de curativos da unidade, geralmente vem das suas residências e, em alguns casos, são orientados pelo médico da unidade a procurar o atendimento para acompanhamento da ferida, ou também para retirada de pontos. A técnica de enfermagem é quem avalia e decide como tratar a ferida e também faz a retirada dos pontos cirúrgicos.

As anotações são feitas em um caderno, onde a técnica de enfermagem coloca o nome do cliente, a data que foi realizado o curativo e faz pequenas anotações sobre o local da ferida e o produto utilizado no procedimento. Entretanto, como a demanda é espontânea, os clientes não possuem prontuário, e por isso, não há um acompanhamento na evolução da cicatrização das feridas.

Observando a chegada dos clientes na sala de curativos, percebi que são pessoas simples, alguns mostravam preocupação com a higiene do curativo, cobrindo o mesmo com saco plástico para não sujar a atadura. Entretanto, como o atendimento é por demanda espontânea, muitos moradores de rua buscavam o atendimento na sala, onde os mesmos chegavam com a ferida desprotegida e suja, indo sempre para fazer um novo curativo.

A maioria chega desacompanhada, alguns com ajuda de muletas, outros apresentam dificuldade na caminhada, precisando se apoiar nas paredes. Normalmente, ficam esperando a técnica de enfermagem abrir a sala de curativos, e alguns ficavam sentados, tranquilos aguardando atendimento, já outros ficavam em pé ou sentados, sacudindo as pernas, demonstrando certa ansiedade ou nervosismo na espera.

A chegada dos clientes com feridas e o momento assistencial

O atendimento na sala de curativos ocorria no período da manhã. Os clientes chegavam próximo à sala e sempre perguntavam pela técnica de enfermagem, os que já faziam acompanhamento da ferida no setor a chamavam pelo nome, e os que estavam lá pela primeira vez questionavam pela “moça do curativo” e que horas a mesma chegaria para fazer o atendimento.

Durante a observação percebi que a técnica de enfermagem combinava com os clientes que ela já fazia os curativos o horário de chegada dos mesmos e o dia que eles tinham que ir para realizar a troca do curativo. Com isso, os clientes que eram de primeira vez chegavam, por volta das oito horas e ficavam aguardando no corredor a abertura da sala de curativos.

Ao recepcionar os clientes na sala de curativos, a técnica já pedia para que sentassem próximo ao lavatório. O olhar era direcionado para a ferida, e a mesma questionava se o cliente tinha observado redução na quantidade de pus, se notou o fechamento da ferida, se a pele ao redor estava esbranquiçada. Todo o cuidado estava voltado a atenção da cicatrização da ferida. Quando conhecia o cliente, o chamava pelo

nome, mas quando o cliente era de primeira vez, o olhar era voltado para a ferida, perguntando onde tinha acontecido, quem tinha encaminhado ele para a sala de curativos, e por último o nome do cliente era questionado para que o registro fosse feito no caderno de anotações.

A realização dos curativos não é realizada dentro da sistemática da técnica asséptica de curativos. O local que o cliente tem a ferida é direcionado para o lavatório, onde é feita a limpeza com soro fisiológico, mas dependendo da ferida, da quantidade de exsudato, da sujidade ao redor da ferida, é utilizado clorexidina para esfregar a lesão, que depois é seca com gaze. Em seguida, seleciona o produto que vai utilizar, coloca em cima da ferida, cobre com a gaze e atadura. Depois de fazer o curativo, o cliente é liberado, sendo informado sobre a data de retorno para troca do curativo.

Alguns clientes chegam com dúvidas de como trocar o curativo, o que usar na ferida para cicatrizar e, durante o procedimento, questionam sobre como a ferida pode chegar em determinada situação sem respostas as suas dúvidas. Nesses momentos são orientados a procurar o médico para saber se a ferida estava ficando boa.

Durante as observações, percebi que o posto não dispõe de material suficiente para os curativos, principalmente as coberturas usadas para cicatrização das feridas, dispondo apenas de pomadas de colagenase e sulfadiazina de prata. Algumas vezes, a funcionária informou comprar com recursos próprios um vidro de ácidos graxos essenciais, porque de acordo com a mesma, o posto não disponibiliza esse produto, que ela julga “ser essencial na cicatrização das feridas dos seus clientes”. Outras vezes, informou receber doações dos clientes.

Acredito que seria essencial a supervisão direta da enfermeira na sala de curativos, uma vez que cuidar da ferida é um processo complexo e que depende de avaliações sistematizadas, além do tratamento de acordo com cada momento da evolução e do processo de cicatrização da ferida.

Apesar da policlínica não dispor de materiais e produtos destinados à cicatrização das feridas, é importante implementar um programa de uma educação permanente destinada ao aprimoramento e aquisição de novos conhecimentos, além de uma capacitação técnica, como forma de auxiliar em um melhor atendimento no setor.

Na prática, a troca do curativo é realizada sem uma avaliação da evolução da ferida, do tratamento e do próprio cliente. Entretanto, para melhores resultados é preciso que o acompanhamento desses clientes seja realizado por uma equipe multiprofissional, de forma que se tenha uma avaliação das condições da ferida, a utilização do produto

adequado, além de orientações pertinentes ao cuidado com a ferida, incentivando o cliente no retorno à instituição para continuidade do tratamento, visando à cicatrização da mesma, melhorando a qualidade de vida e o bem estar dos mesmos.

De acordo com Martins (2008), a falta de cuidado da equipe multiprofissional aos clientes portadores de lesões em serviço ambulatorial, aumenta o período de tratamento e, muitas vezes, sem sinais de melhora, no decorrer dos meses.

Nesse sentido, durante as observações foi possível perceber que não há uma equipe multiprofissional para cuidar do cliente com ferida. Além disso, o foco do cuidado está na troca do curativo, embora o ideal fosse promover o diálogo entre o profissional e o cliente, trazendo os desafios, as expectativas, as formas como o cliente vem convivendo e cuidando da sua ferida.

Para Japiassu (1976), a necessidade e pertinência de produção de conhecimentos, compartilhando diferente saberes, se justificam mediante trabalho interdisciplinar. Este ultrapassa os quadros das diferentes disciplinas científicas, para chegar a um conhecimento humano, se não em sua integralidade, pelo menos numa perspectiva de convergência de nossos conhecimentos parcelares.

Nesse sentido, o cliente com ferida deve participar ativamente do cuidado, articulando a sua experiência, os seus saberes e conhecimentos, atendendo aos conceitos da pedagogia freireana. Conhecimento aqui entendido como uma construção coletiva mediada dialogicamente, por meio da articulação dialética do saber da experiência feita (vida prática) com o do técnico-científico (profissional) (FREIRE, 2001).

Diante disso, não basta acessar os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas e identificar os seus aspectos culturais, mas, de acordo com Freire, é preciso reinterpretá-los no processo do diálogo à luz do conhecimento científico. Este novo saber permitiria a esse cliente desenvolver sua autonomia e responsabilidade acerca do próprio cuidado.

Para Teixeira e Ferreira (2009), ao pensarmos que o produto da ação de cuidar pode ser compartilhado, temos aí um processo dialógico permeando tal construção no encontro dos saberes, do senso comum e retificado, que, por sua vez, abarca o encontro de culturas de conhecimentos e práticas. Assim, o conceito de cuidado abrange uma dimensão educativa que implica em mobilização de saberes para que possa ser verdadeiramente compartilhada.

Em contrapartida, orientar as práticas de saúde fundamentada apenas pelo saber do profissional faz com que esse conhecimento seja tomado como verdade absoluta.

Diante disso, é que se tem a situação desafiadora para o ato educativo dialógico em saúde, que é a de transformar a posição ingênua dos sujeitos em posição crítica.

Para isso, Freire (1992) diz que a abordagem crítico-reflexiva é pertinente, porque discute a ação educativa de forma inovadora, centrada no diálogo entre educador e educando. Isto porque o ser humano é vocacionado para ser sujeito, na medida em que, ele se posicione de forma crítica, comprometido com sua realidade e não como mero espectador das ações de outrem.

Dessa forma, é importante que o profissional da saúde, na prática da educação em saúde, considere a cultura, o modo de vida, as crenças, os saberes e valores das pessoas, respeitando suas concepções e práticas de saúde, de forma que avance do discurso idealizado de que a prática profissional é a melhor para o sujeito. Com isso, é preciso que se amplie a participação da pessoa cuidada, incentivando sua autonomia no cuidado, considerando-a como corresponsável pelas ações de cuidado.

Conhecendo os participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 20 clientes com feridas e para melhor compreensão do estudo foi traçado o perfil desses participantes sendo os mesmos descritos quanto a: sexo, distribuição etária, estado civil, ocupação, escolaridade, nº de filhos, religião, comorbidades e tipo de ferida.

Os dados apresentados na Tabela 1 são referentes às características demográfica, socioeconômica e da situação de saúde, incluindo as comorbidades e o tipo de ferida.

Tabela 1- Distribuição de adultos e idosos, segundo às características demográficas, socioeconômicas e da situação de saúde. Janeiro- maio, 2014.

VARIÁVEIS	n	%	Média ± DP
Sexo (n= 20)			
Homens	14	70	
Mulheres	06	30	
Distribuição etária (n= 20)			**53,25 ± 10,17**
30 ⊢ 40 anos	02	10	
40 ⊢ 50 anos	06	30	
50 ⊢ 60 anos	06	30	
60 ⊢ 70 anos	06	30	
Estado civil (n= 20)			
Casado	10	50	
Solteiro	06	30	
Viúvo	02	10	
Divorciado	02	10	

Ocupação (n=20)			
Sim	08	40	
Não	06	30	
Aposentado	06	30	
Escolaridade (n=20)			
Analfabeto	01	05	
Fundamental incompleto	05	25	
Fundamental completo	06	30	
Médio completo	06	30	
Superior incompleto	01	05	
Superior completo	01	05	
Filhos (n=20)			**2,54±1,50**
Sim	11	55	
Não	09	45	
Religião (n=20)			
Católico	12	60	
Evangélico	05	25	
Espírita	01	05	
Não	02	10	
Comorbidades (n=24)			
Hipertensão	10	41,6	
Diabetes	06	25	
Não	08	33,4	
Tipo de ferida (n=20)			
Úlcera venosa	05	25	
Úlcera arterial	02	10	
Pé diabético	04	20	
Corte/Mordedura	07	35	
Furúnculo	02	10	

A tabela 1 mostra que a maioria dos clientes é do sexo masculino (70%), com faixa etária predominante de 40 aos 70 anos, com média de 53,25 anos; quanto ao estado civil, 10 são casados (50%), 06 solteiros (30%), 02 viúvos (10%) e 02 divorciados (10%). A maioria é assalariada (40%), com ensino fundamental completo e ensino médio completo com 30%, respectivamente. Em relação ao número de filhos, 55% tem pelo menos um filho e a média foi de 2,54 filhos. A religião predominante declarada foi a católica (60%). Quanto às comorbidades, a maioria (41,6%) apresenta hipertensão e o tipo de ferida mais frequente foi por corte e mordedura (35%).

A literatura refere que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens, principalmente os serviços ambulatoriais. Além disso, alguns estudos constataram que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, principalmente pela dificuldade em realizar o

acompanhamento de seu estado de saúde (TRAVASSOS et al, 2000; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Apesar do estudo se desenvolver em uma unidade básica de saúde e a maioria dos participantes da pesquisa ser do sexo masculino, confrontando os dados da literatura, esse resultado é justificado pelo fato dos homens procurarem a sala de curativos mediante a piora da ferida, onde estudos mostram que o cuidado não é visto como uma prática masculina (FIGUEIREDO, 2005; LYRA DA FONSECA, 2003).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reconhece que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

No que diz respeito à distribuição etária, a maioria dos clientes está na faixa dos 40 aos 70 anos com média de 53,25 ± 10,17 anos. A idade avançada torna as pessoas mais suscetíveis às lesões, pois ocorrem alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas que afetam a função e o aspecto da pele (BARRETO; ARAÚJO; VIEIRA, 2011).

Com relação à ocupação, a maioria dos clientes relatou ter algum tipo de trabalho assalariado 08 (40%). Entretanto, alguns disseram que tiveram que parar de trabalhar devido à ferida, sendo que alguns se aposentaram 06 (30%) e outros estão desempregados 06 (30%).

De acordo com Salomé (2010), conviver com qualquer tipo de lesão interfere nas relações sociais, no ambiente de trabalho e até mesmo no convívio familiar, tornando-se vulneráveis a diversas situações, tais como desemprego e isolamento social.

No que diz respeito às comorbidades, 10 (41,6%) dos clientes são hipertensos e 06 (25%) tem diabetes tipo 2.

A presença de comorbidades é considerada fator intrínseco no desenvolvimento de lesões cutâneas, principalmente as doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares (SILVA et al, 2011; CREMASCO et al, 2009).

Com relação ao tipo de ferida, constatou-se que 07 (35%) dos clientes receberam o atendimento na sala de curativos apresentando corte ou mordedura por animais, indo

até a unidade para a retirada dos pontos. Entre as úlceras de perna, 05 (25%) apresentavam úlcera venosa e 02 (10%) arterial.

A úlcera da perna é a síndrome em que há destruição de camadas cutâneas, tais como epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos. Estas úlceras são consideradas lesões crônicas por serem de longa duração e com recorrência frequente, muitas vezes demorando meses ou até anos para cicatrizar, gerando assim um incômodo para o cliente além dos custos elevados para o tratamento (CARMO et al, 2007; MARTINS, 2008).

O processo de reparação tecidual pode ser prejudicado por diversos fatores locais ou sistêmicos como infecção, baixa perfusão tecidual, corpos estranhos, radioterapia, agentes químicos, alterações nutricionais, má oxigenação tecidual, obesidade, idade avançada, medicamentos sistêmicos como os anti-inflamatórios, estresse, tabagismo, técnica de curativo inadequada e doenças crônicas como diabetes mellitus e insuficiência venosa (BRANDÃO, 2006).

Para Martins (et al, 2010), as úlceras de perna representam um grande desafio aos profissionais de saúde, por serem complexas, crônicas, recorrentes e estarem associadas a múltiplos fatores sistêmicos e locais. Foi observado que os clientes que apresentam a úlcera de perna realizam o acompanhamento na sala de curativos por um tempo maior, e um dos participantes informou ir à unidade há mais de 15 anos para fazer o curativo.

Pesquisa realizada no Brasil aponta que dentre as úlceras de perna a úlcera venosa é a mais prevalente, representando cerca de 70 a 90% dos casos. As úlceras venosas são comuns na população adulta, causando significativo impacto social e econômico devido sua natureza recorrente e ao seu longo tempo de cicatrização. Quando não manejadas adequadamente, têm altas taxas de falha cicatricional e recorrência (ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Apesar de alguns clientes relatarem ir à unidade para acompanhar a evolução da cicatrização da ferida, o que se identifica é que o atendimento é por demanda espontânea, onde o cliente entra na unidade básica, vai à sala de curativos, sem agendamento prévio ou orientações sobre o retorno com vistas à continuidade do tratamento.

Desafios dos clientes no Cuidado em Saúde

Essa categoria destaca os desafios que os clientes enfrentam para cuidar das suas feridas, sejam eles financeiros, restrições de locomoção, acesso ao serviço e a dependência de terceiros. Além disso, traz a prática assistencialista por meio do domínio do conhecimento pelo profissional, reforçando a dependência do cliente e a sua (des)informação.

O acesso aos serviços de saúde é uma das etapas a serem vencidas pelos usuários quando partem em busca da satisfação de suas necessidades de saúde e configura-se em um dos problemas que dificultam a assistência. Acesso é uma categoria potente e estratégica para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde, consistindo em um dos elementos centrais de qualificação da atenção à saúde (DALL'AGNOL, LIMA; RAMOS, 2009; LIMA et al, 2007).

A dificuldade de acesso ao serviço de saúde foi identificada tanto pela restrição de locomoção, devido ao local da ferida, o que impedia o deslocamento até a unidade, quanto por dificuldades financeiras, em que o cliente diz não ter dinheiro para gastar com o transporte, como evidenciada nas falas dos clientes:

> *Eu tô vindo aqui hoje por causa de que arranjei dinheiro pro táxi... só consigo vir aqui uma vez na semana, tenho dificuldade de andar e como não trabalho dependo da ajuda dos outros pra me ajudar com o táxi... fica difícil porque eu moro no morro, aí tenho que descer pra pegar o ônibus aqui embaixo. Eu moro sozinha né? É uma dificuldade... uma luta...* (Maria)
>
> Por mais que eu more perto do posto, eu sinto muita dor na minha perna e tenho dificuldade de caminhar até aqui... (Pedro)
>
> Eu pego ônibus pra vir aqui, mas quando saio no ponto de ônibus tenho caminhar até o sinal ou então me arriscar pra atravessar até aqui pra não ter que andar muito né? (João)

Durante as observações foi possível identificar obstáculos físicos que dificultam o acesso dos clientes na unidade. A ausência de um sinal de trânsito em frente à policlínica faz com que as pessoas tenham que se arriscar para atravessar entre os carros, ou então, caminhar até o próximo semáforo. Além disso, destaca-se a barreira financeira, onde o gasto com meio de transporte faz com que a ida na unidade seja reduzida, o que implica em um maior tempo para a cicatrização da ferida.

Ramos e Lima (2003) dizem que a facilidade de acesso propicia a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço de saúde e

estabelecendo, frequentemente, um bom vínculo. Outros fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde compreendem: a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; dificuldades enfrentadas para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera); tratamento recebido pelo usuário; priorização de situações de risco; respostas obtidas para demandas individuais e coletivas; e, a possibilidade de agendamento prévio.

De acordo com Assis e Jesus (2012), apesar da saúde ser um direito universal garantido pelo Estado, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os limites no seu acesso universal estão associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas. Os autores chamam a atenção no que diz respeito às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo, além do aspecto cultural, envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população.

Essas questões podem ser ilustradas nos depoimentos dos participantes do estudo:

> *Não faço todo dia o curativo porque não tenho dinheiro pra ficar comprando a pomada, que é muito cara... Então, mesmo com dificuldade pra andar venho aqui no posto pra não gastar tanto dinheiro na pomada. (Raimundo)*
>
> *Não tenho dinheiro pra comprar os remédios pra tampar essa ferida... mesmo sentindo muita dor na perna, com toda dificuldade pra andar eu sei que tenho que fazer o curativo aqui no posto. (Pedro)*

Apesar da questão financeira ter sido relatada como um dos obstáculos na ida até a policlínica, alguns clientes preferem gastar o dinheiro com o meio de transporte a ter que comprar o material para fazer o curativo e as pomadas para a cicatrização da ferida, ou até mesmo ir até a sala de curativos para trocar o curativo.

As políticas de saúde devem ser capazes de minimizar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, e construir uma rede de atenção que garanta o acesso universal, equitativo e integral. É preciso identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Com isso, a integralidade enquanto um dos princípios do SUS assume uma definição legal relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos. A integralidade guarda uma dimensão plural, ética e democrática, que se

revela em diferentes saberes e práticas operados no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos (KANTORSKI et al, 2006; MATTOS, 2001).

A presença de um sistema ideológico de crenças e expectativas prévias influi e pode modificar na adoção de outras estratégias ou ações dentro do processo de saúde-doença e atendimento. Essa situação adquire características especiais dentro do núcleo da relação médico-cliente (PÉREZ; CENÃ, 2009).

Os profissionais de saúde, particularmente os médicos, são reconhecidos como capazes de julgar o problema de saúde, identificar se estamos com alguma "doença" e propor medidas para nos tratar, para alterar aquilo que limita nosso modo de viver e, assim, restabelecer a nossa "saúde". A eles tende-se a atribuir autoridade para decidir sobre o que é normal e o que é patológico. Entretanto, os conceitos de saúde e cura modificam-se em relação à cultura em que as pessoas estão inseridas.

A diversidade cultural do cuidado evidenciada em Leininger (2006) diz que a forma como cada indivíduo experimenta o processo saúde-doença está enraizada nos valores, nas crenças, nas práticas, nas representações sociais, nos significados, e no próprio jeito de cada cultura explicar e interpretar a prática do cuidado.

Nas falas dos clientes foi identificado o poder do profissional quando eles relatam que só usam determinada medicação de acordo com o que o médico prescreve, uma vez que na opinião desses clientes, eles que sabem o que deve ser feito:

> *...só o que a dotora passo pra mim... eu não faço e não uso mais nada (José)*
>
> *...o doutor é que tem passar a medicação... (Josélia)*
>
> *...a gente tem que passar no médico né? Pra saber a medicação certa pra usar, ele estudou né? (Ana)*

Alguns clientes entendem que o saber e o conhecimento são características próprias do profissional da saúde, uma vez que relatam não usar forma alternativa no cuidado com a ferida, já que não seria algo prescrito pelo médico. Há também os que embora tenham relatado o uso de práticas alternativas na cicatrização das feridas pareciam receosos de serem repreendidos ou proibidos de usar essas práticas ou mesmo impedidos de pegar o material para fazer o curativo na policlínica.

No contexto atual, a atividade educativa estabelecida pelo profissional de saúde ainda é feita, em grande parte, de forma hierarquizada e autoritária, na qual não se

permite a troca e não há valorização do sujeito como participante ativo do processo de cuidado, não tendo voz. Entretanto, a pedagogia problematizadora subsidia o encontro entre o profissional e o cliente visando, pelo diálogo e compartilhamento das ideias, acessar seu saberes e práticas sobre as demandas do cuidado de si e contribuir com a promoção de mudanças que se fazem necessárias (MARTINS; ALVIM, 2012; FREIRE, 2001).

É preciso evitar a prática de imposições culturais ao implementar o processo de cuidar junto aos usuários do serviço de saúde, por meio de julgamentos sobre as situações com as quais se depara, caracterizando uma atitude etnocêntrica. Os conceitos trazidos por Leininger em sua teoria, reafirmam a importância do compromisso social que a enfermagem deve assumir no cuidado. A autora propõe uma abordagem culturalmente congruente aos clientes no serviço de saúde (MELO, 2010; LEININGER, 2006).

Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, podemos destacar que o saber produzido pela medicina ao longo do tempo, conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida (PIRES, 1989).

Isso porque de acordo com a mesma autora:

> Os serviços de saúde, como os demais setores da organização produtiva e de serviços das sociedades capitalistas, se organizam dentro dos princípios da gerência científica. O hospital ou a rede de serviços ambulatoriais se organiza de forma que convivem no mesmo espaço institucional: a especialização do conhecimento, a divisão pormenorizada do trabalho internamente às profissões, bem como se verifica o parcelamento do próprio ato de saúde que para atingir a sua finalidade necessita da concorrência das diversas profissões do setor, controladas pelo poder da decisão terapêutica e do processo de trabalho em si desempenhados por destes profissionais, o médico (Op cit, p.26)

O modelo médico hegemônico constitui uma das formas institucionalizadas de atenção da enfermidade, chegando a ser identificado como a forma mais concreta e eficaz de atender o processo saúde-doença.

Diante disso, o corpo tem sido, sobretudo na área da saúde, objeto de investigação científica e de trabalho, sendo ele invadido em prol de conhecimento acerca de seu funcionamento e de suas falhas fisiológicas. Diante disso, a utilização de tecnologias traz para a cena do cuidado mais um complicador para a prática dos

profissionais, pois demanda um saber-fazer sobre as tecnologias que surgem a cada momento para o tratamento de desvios de saúde (SILVA et al, 2009).

Para Capra (1982), ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o paciente como ser humano e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura.

Entretanto, na perspectiva de Pérez e Cenã (2009), da importância da subjetividade na enfermidade e do manejo da mesma pelo indivíduo deriva a busca de novas alternativas e terapias para dar resposta às necessidades, e não somente a cura da doença, e que por meio da biomedicina não tem sido encontrada.

A enfermeira, na condição precípua de educadora em saúde, exerce esta atividade profissional realizada com diferentes clientelas e contextos, o que exige conhecimento da realidade socioeconômica, política e cultural na qual se situa o cliente, devendo resgatar esse sujeito como cidadão ativo, participante do seu processo de cuidado (MARTINS; ALVIM, 2012).

Porém, foi observado nas falas dos clientes o poder do profissional diante do controle e domínio do saber, reforçando a dependência do cuidado profissional e a busca pela informação que nem sempre esclarece dúvidas e mesmo por vezes leva a desinformação, em que este sujeito se torna mais passivo no seu processo de cuidado.

> *O médico falou pra mim... "passa o óleo". Aquele comprado no supermercado, que bota pra fritar. Ele falou pra mim que é bom também. E é mais barato pra mim né? Porque aquele outro é 50 reais um vidrinho assim.... Fica caro pra mim (Maria).*
>
> *Eu fui no médico aqui no posto, ele disse que não era nada, era só pra eu passar aqui na sala pra fazer curativo (José).*

Nesse sentido, é preciso buscar uma pedagogia que transcenda a tradicional, onde a prática hegemônica do cuidado hierarquizante está presente. O diálogo, o compartilhamento dos saberes entre o profissional e o cliente e a valorização da cultura implica em um cuidado humanizado, integral e culturalmente congruente.

Aproximando-se as situações de cuidado com as considerações pedagógicas de Freire, tal evento educativo problematizador se torna possível por meio do diálogo transformador que comunica, possibilitando a transição de uma consciência "ingênua", caracterizada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, capaz de fazer com que o cliente se coloque em posição questionadora, participativa e ativa. Isto significa assumir a posição de sujeito e não objeto da ação profissional (FREIRE, 1994).

Para Leininger (1991), o cuidado realizado pela Enfermagem, para ser culturalmente congruente, tem que ocorrer quando um indivíduo, grupo, família ou comunidade tem seus valores culturais, reconhecidos e usados de forma apropriada pelo profissional de Enfermagem. Na sua visão a Enfermagem é:

> Um fenômeno transcultural, que envolve o contexto e o processo de cuidado ao ser humano, de diferentes orientações culturais ou estilos de vida específica dentro de uma determinada cultura. É uma disciplina humanística e científica, uma disciplina que focaliza o fenômeno do cuidado humano e as atividades ou condições para assistir, dar suporte, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos para manter o seu bem estar, em maneiras culturalmente significativas. (op cit, p.47)

É importante que o cliente participe do cuidado, sendo esclarecido para poder optar sobre o melhor para si, o que determina a autonomia e independência na implementação do cuidado. Por outro lado, torna-se necessária a relação dialógica e o compartilhamento dos saberes entre quem cuida e quem é cuidado.

Ao acessar os saberes e práticas de clientes acerca das demandas de cuidado, é possível se pensar em um cuidado compartilhado no qual se considere o universo de saberes técnico-científicos e populares. Nesse sentido, ao pensarmos que o produto da ação de cuidar (o cuidado) pode ser compartilhado, temos aí, um processo dialógico permeando tal construção no encontro dos saberes, do senso comum e reificado que, por sua vez, abarca o encontro de culturas de conhecimentos e práticas (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

A mudança de perspectiva na relação do cuidado entre a enfermeira e o cliente é capaz de promover uma autêntica comunicação entre pessoas que tem sentimentos, desejos, sonhos, dentre outros atributos humanos. Implica na co-construção de saberes e a possibilidade de transformação da realidade, culminando dessa forma, numa interação mútua, verdadeira, horizontal e humanizada, voltada à libertação dos oprimidos por meio da ruptura da cultura do silêncio. Esta ação política acontece em comunhão com os oprimidos na busca de sua libertação, resultando em desvelamento e, logo, inserção crítica na realidade (FREIRE, 2001).

Na contramão de interações hierarquizantes e autoritárias, assume-se um compromisso na construção de relações horizontais por meio de práticas de cuidado que possibilitem a conscientização em saúde decorrente do ato reflexivo expresso no encadeamento ação-reflexão-ação, viabilizado pelo diálogo transformador. Nessa perspectiva, o sujeito atua como partícipe do cuidado, decide, opta e escolhe o melhor

para si; condição que vai além de mero receptor de conhecimentos, gerando significativa autonomia nesse processo, de modo a reunir condições de implementar o cuidado nos seus espaços de vida comum (MARTINS; ALVIM, 2012).

O ponto de partida para a autonomia do sujeito é reconhecê-lo como protagonista do próprio cuidado. Nesse sentido, o sujeito atua como participante do cuidado, decide, opta e escolhe o melhor para si. Essa condição vai além de mero receptor de conhecimentos, gerando significativa autonomia nesse processo, de modo a reunir condições de implementar o cuidado nos seus espaços de vida comum.

Nessa perspectiva, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger objetiva identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença das pessoas de culturas diversas e semelhantes. Porém, este cuidado culturalmente congruente não é realizado na sala de curativos, uma vez que a cultura, os saberes, as práticas e a experiência do cliente não são trazidos e reconhecidos no cuidado com a ferida.

Nesse sentido, o cuidado cultural permite a construção de um plano de cuidados único e congruente ao contexto cultural do cliente, havendo, de certa forma, o alcance sobre a forma como o mesmo deseja participar do cuidado. Este tipo de cuidado mediatiza o cuidado integral em enfermagem (MARTINS; ALVIM, 2012).

É importante uma articulação dos cuidados profissional e popular com o cenário onde ele está sendo realizado. Além disso, a valorização desse cuidado juntamente com os aspectos subjetivos do cliente permite um diálogo transformador, possibilitando o compartilhamento dos saberes e práticas, que perpassam os sistemas profissional e popular, garantindo a efetividade do cuidado.

Para isso, é essencial conhecer o modo como os clientes cuidam das suas feridas, como fazem seus curativos e quais os produtos que utilizam para a cicatrização, além de compreender as influências culturais, os valores, as crenças e os saberes e práticas sobre os significados que possuem acerca do cuidado com a ferida.

Saberes e Práticas dos clientes com feridas

Essa categoria destaca a trajetória e evolução das feridas dos clientes, trazendo a relação direta com a evolução da ferida e a possível indicação de alternativas de

cuidado. Além disso, traz a questão do cuidado por meio da associação de práticas que transitam entre as práticas alopáticas e as práticas populares.

Foi possível identificar nas falas dos clientes como os mesmos descrevem a evolução das suas feridas. Entretanto, a busca pelo serviço de saúde ou pela ajuda médica é realizada mediante a piora da ferida.

> *Há muito tempo, eu tava sentindo uma quentura na minha perna, ela latejava, sentia uma queimação, uma ardência, uma coceira... não sei te dizer ao certo o que eu sentia (rsrsrs). Era uma mistura disso tudo aí que te falei. Aí comecei a coçar... aí de tanto coçar abriu uma feridinha, era bem pequenininha... Só depois que eu vi que a coisa tava feia é que procurei um médico... (Raimundo).*

> *Já algum tempo eu forcei a minha perna né? Bom como eu trabalhei fora com o tempo eu fui percebendo que eu tinha umas "aveias" bem diferentes, que eu fique encucada... Aí, passado um tempo eu senti no meu ossinho aqui, no tornozelo tava meio altinho, coçava muito, pensei que era mosquitinho, fui coçando, até que um dia de tanto eu coçar, eu dentro do box estoro a veia. Enfim, aquela coisa toda, você sabe a veia custou a estancar, aquela coisa toda, na mesma semana eu bati na quina do box, aí abriu a ferida. Não procurei ajuda por medo... não fui ao médico. Aí o negócio foi se alastrando! Eu continuando a forçar a perna né? Aí quando vi que não tinha mais jeito tive que procurar o médico. (Sebastiana).*

A falta de tempo, ter que cuidar da casa e dos filhos, ir ao trabalho, a distância entre a casa e a unidade foram os fatores que alguns clientes relataram sobre a demora na procura pela assistência na policlínica mas outros justificaram a procura tardia por acharem que aquela ferida iria melhorar com o tempo.

Algumas pesquisas mostram que a procura tardia pelos serviços de saúde relaciona-se com o saber que o cliente tem sobre a sua doença, a distância entre a moradia e a unidade de saúde, custos relacionados ao transporte, impossibilidade de faltar ao trabalho e compromissos, bem como a satisfação com o atendimento prestado e a procura por cuidados alternativos (RAMOS; LIMA, 2003; PONCE et al, 2011).

Os estudos sobre as representações sociais dos processos saúde e doença, no Brasil, contribuíram para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e de ações relativos à saúde e à doença. É a partir das representações que se permite apreender os fatos da vida cotidiana e o conhecimento do senso comum, da saúde e da doença construído a partir das experiências e dos saberes (SCHAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009).

As demandas por serviço de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Os principais fatores do perfil de consumo de saúde são agrupados em três dimensões: os fatores de capacitação ligada às condições socioeconômicas e à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside; os fatores de necessidade que se referem às percepções subjetivas da saúde; e os fatores de predisposição relativos às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

No que se refere ao cuidado com a ferida, os clientes relataram a frequência de ida à unidade, como realizavam a troca dos curativos, o que utilizavam nas suas feridas, destacando a higiene no cuidado para a cicatrização da ferida.

> *Cuido aqui e cuido em casa... Em casa eu faço todo dia porque tem que tomar banho né? Aí aproveito pra fazer (José).*
>
> *De vez em quando venho para pegar só o material como hoje, porque como não tomei banho, não ia adiantar fazer o curativo aqui... prefiro pegar o material e quando eu chegar em casa tomo banho e depois faço o curativo (Raimundo).*
>
> *Eu uso o soro e a colagenase... Mas, assim, eu não faço todo dia o curativo. O certo seria fazer todo dia, porque essa secreção que fica de um dia pro outro ela não pode ficar não (Antonio).*

Na fala dos clientes constata-se uma associação do hábito da higiene corporal com a possibilidade de melhora das feridas, além disso, pode também estar relacionado à sensação de bem estar proporcionado pelo alívio da sensação frente à presença de secreção ou mesmo do odor advindo da ferida.

Para Colliére (1989, p.274), os hábitos são resultados de práticas sociais ritualizadas e tem com como função a integração do indivíduo no grupo, representando, portanto, um conjunto de formas de agir e de ser para a manutenção da vida. Assim, os hábitos de vida tendem a se estruturar em torno das noções de bem e mal estar pela ameaça que deles pode advir a existência. Á medida que se repetem, reforçam-se e espalham-se ao grupo, tornando-se “alicerces dos hábitos de pensamentos que se tornam crenças”.

Por outro lado, em algumas falas os clientes disseram esperar ir à unidade para trocar os seus curativos, demonstrando certa dependência do cuidado pela instituição.

> *Eu não faço nada em casa não... quando abre eu venho aqui, mas em casa não cuido. Só espero pra vir aqui. Faço aqui e espero sarar (Sebastião).*

> *Não troco o curativo em casa... Aí venho três vezes na semana aqui pra trocar o curativo... fica sujo, aí tem que trocar (Pedro).*
>
> *Eu só faço aqui no posto mesmo... eu só faço quando molha, mas é muito difícil molhar. Eu não faço em casa porque eu não acho higiênico... aqui tem todo cuidado né?! (João).*

Diante do cuidado com a ferida, torna-se fundamental que o cliente seja protagonista nesse cuidado, desenvolvendo autonomia e independência na manutenção da própria saúde mediante orientações que proporcionem a tomada de decisão acerca do que e como fazer para contribuir no processo de recuperação e cicatrização da ferida no seu cotidiano e não apenas estar condicionado à presença do profissional de saúde e da ida à instituição para realização do curativo, parte desse processo.

Na teoria do cuidado cultural, Leininger (2006) diz que a acomodação/negociação representam maneiras de negociar, adaptar ou ajustar os padrões de cuidado à saúde do cliente. É importante que essa negociação envolva o diálogo, o que possibilita que o enfermeiro compreenda a forma que o cliente cuida da sua ferida, bem como a compreensão desse cliente sobre os cuidados propostos pelo enfermeiro.

De acordo com Teixeira e Ferreira (2010), nos serviços de saúde o cliente geralmente assume um papel passivo e pouco (ou nada) participativo. Ainda que exista estímulo à sua participação no tratamento, esta baseia-se na transmissão de informações prescritivas que nem inserem e nem promovem a autonomia do cliente no cuidado. Não se acede aos saberes e práticas advindos da herança cultural, as vivências e experiências dos clientes e suas famílias.

Nesse sentido, analisar o contexto cultural do cliente é necessário para que se viabilizem aproximações entre o cuidado popular e profissional, e que isto ocorra a partir de uma realidade específica, com maior efetividade e qualidade.

O cuidado, na perspectiva de Leininger, deve considerar a integralidade, a totalidade e a perspectiva holística da vida, presentes em fatores culturais e sociais, expressos na linguagem e modelos populares e profissionais de saúde. Para tanto, conhecer a cultura dos clientes, acedendo à interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos é imprescindível às ações, tornando possível diminuir o distanciamento entre profissional e cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais (LEININGER, 2006).

Durante as observações identificou-se que o foco do cuidado era a ferida do cliente, não havia um diálogo entre a profissional e o cliente. A preocupação era

centrada na realização do procedimento do curativo e não na pessoa em que estava sendo realizado o mesmo. Não foi observado qualquer inciativa de conversar com o cliente e saber como o mesmo estava cuidando da ferida em casa, o que usava na ferida e se ele tinha alguma dúvida relacionada à cicatrização da ferida.

Entretanto, é por meio da dialogicidade que os sujeitos alcançam a comunicação. O diálogo é mediatizado por uma interação horizontal e mútua, indo de encontro à educação depositária, na qual o opressor deposita, nos outros, o conhecimento de forma verticalizada, unidirecional por meio de um discurso monológico. A prática dialógica permite o compartilhamento de saberes e práticas entre os sujeitos envolvidos por meio das palavras. Neste momento é que se leva em consideração o saber do outro, valorizando sua cultura, suas crenças, seu contexto social, político e econômico (FREIRE, 2001).

Ainda de acordo com Freire (2001) a conscientização é um ato reflexivo, e, portanto, produto da prática dialógica. É nesse compartilhar de saberes e práticas que há a revelação de uma ação já praticada por um ou ambos do processo, culminando numa reflexão crítica acerca do ato para a construção de um novo saber, o compartilhado. É neste ínterim que há a transitividade de consciência, da "ingênua", revelada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, caracterizada por ser ativa e questionadora, outorgando autonomia ao sujeito cognoscente.

Ao abordar os saberes e práticas de clientes em uma perspectiva educativa, considera-se a cultura em que o cliente está envolvido por meio do compartilhamento de saberes e práticas de cuidado entre o profissional e o cliente, levando-se em conta as diferenças entre a cultura dos envolvidos no cuidado: a profissional, advinda do saber técnico-científico e a pessoal, relacionada ao saber popular dos clientes.

As falas a seguir mostram os saberes dos clientes no cuidado com a ferida:

> *Mas já ouvi dizer de chá pra banhar a ferida pra cicatrizar (Ana).*
>
> *As pessoas falam pra fazer um chá pra poder banhar a perna... tem duas na verdade, a aroeira e a casca da árvore de jatobá (João).*
>
> *A aroeira é boa pra colocar em cima da ferida, faz um chá com essa planta e depois joga em cima do machucado (Pedro).*
>
> *Minha mãe me disse que o álcool podia ser substituído por uma mistura que ela faz com umas folhas chamadas confrei junto com álcool normal. Aí depois disso é só colocar em cima dos pontos pra evitar a infecção (Valdomiro).*

É possível identificar nas falas dos clientes que apesar de conhecerem outras formas de cuidar da ferida que não a medicamentosa, os mesmos alegaram como fontes outras pessoas e que o conhecimento de práticas populares é visto com desconfiança por não ser legitimado como científico o que é identificado nas falas dos clientes:

> *Me falaram que a casca de caju é boa pra cicatrizar a ferida... Mas nunca usei não moça. Pode até dar certo, mas não é remédio, né? (Raimundo).*
>
> *Nunca usei chá, planta essas coisas porque eu sou medrosa, tenho medo! Mas já ouvi falar de um tal de bambu, tipo um capim, que dentro dele tem uma água que dizem que serve pra cicatrizar... (Sebastiana).*
>
> *A casca da aroeira, faz um chá e banha a ferida, mas eu nunca usei. E também não acredito que isso ajuda na cicatrização, eu não usaria, nem pra testar. Eu acho que vai melhorar se eu tomar um antibiótico, colocar uma pomada... (Joana).*

Verificou-se nas falas que o conhecimento é passado de geração em geração. Entretanto, o medo é relatado como o principal fator para não usar algo (des)conhecido no cuidado da ferida, principalmente quando esse saber não vem de um profissional.

A cultura e o valor cultural são conceitos apresentado na teoria do cuidado cultural proposto por Leininger (2006), onde é colocado que a crença e os valores, as práticas de vida são apreendidas, compartilhadas e que são mantidas por uma determinada cultura por um longo período de tempo.

A introdução e a utilização das plantas medicinais como recurso terapêutico é milenar, sustentada pela preservação cultural transmitida pelas sucessivas gerações, que alicerçam o uso de tais plantas no cuidado à saúde (OLIVEIRA; PORTELA, 2007)

De acordo com Oliveira (2008), apesar dos registros do uso de plantas medicinais por povos de diversas culturas, no período pós-guerra a difusão da alopatia em decorrência do desenvolvimento dos medicamentos sintéticos propiciou a crença de que a tecnologia moderna havia vencido a guerra contra a doença, fazendo com que as terapias naturais perdessem o prestígio e a credibilidade.

Essa situação foi acentuada pela predominância do modelo biomédico, que fez com que os profissionais da saúde concentrassem suas ações na máquina corporal, e negligenciassem outros aspectos determinantes do processo saúde-doença como, por exemplo, a especificidade cultural (LUZ, 2012).

Quando fui apresentada à técnica de enfermagem e expliquei como seria desenvolvida a pesquisa na sala de curativos, a mesma disse que eu teria dificuldade

porque os “clientes dela só usam na ferida o que ela ou o médico dizem que é bom para cicatrizar a ferida”. Entretanto, observou-se nas falas dos clientes que os mesmos conhecem e usam formas alternativas de cuidado com as feridas, porém não relatam para o profissional ou quando falam do uso de alguma planta, chá, os profissionais orientam que devem usar apenas o produto que foi prescrito:

> *Na ferida eu já usei a casca de caju... mas, depois que eu vim aqui posto só usei a colagenase o sulfato de prata (Antonio).*
>
> *O saião é bom porque puxa a infecção... já usei na minha ferida, puxou bem a secreção, mas depois que o médico proibiu nunca mais usei (Sebastião).*

É preciso que os profissionais mostrem respeito com o conhecimento e os saberes dos clientes, de modo a se obter uma negociação sobre os valores dos clientes atribuídos ao cuidado com as feridas, sem impor ou substituir o cuidado por práticas prescritivas. Nesse sentido, Leininger (2006) fala sobre a diversidade cultural do cuidado, onde há diferenças nos significados, padrões e modo de vida na prática do cuidado ao ser humano.

Em um estudo internacional, constatou-se que 60% dos pacientes recorriam às práticas integrativas sem que isso fosse relatado ao médico, o que ocorria em função do medo de reprovação do trabalhador de saúde em relação à prática e ainda pelo desconhecimento deles sobre o tema (FIÚZA et al, 2011).

Para Rosa, Câmara e Béria (2011), o conhecimento do usuário, a cultura popular ainda tem sido relegada a segundo plano frente ao saber científico, o que cria um contexto de pouco conhecimento científico e abertura a novas possibilidades de práticas alternativas.

Entretanto, Leininger (2006) afirma que é preciso reconhecer que diferentes contextos levam a diferentes significados e comportamentos, os quais devem ser observados no espaço coletivo e individual dos sujeitos, de forma a não ocorrer a tendência etnocêntrica da imposição cultural pelo profissional.

Durante as observações percebi que a escuta e o diálogo não são características presentes na sala de curativos, uma vez que o cliente não é questionado sobre como cuida e o que utiliza na sua ferida. A técnica de enfermagem apenas realiza o curativo e diz o nome do produto que deve ser utilizado para cicatrizar a ferida.

Nesse sentido, Leininger (1978) diz ainda que os profissionais de saúde necessitam estar conectados às crenças de sua população, pois são estas que expressam

suas práticas de saúde, sendo possível perceber se o impacto que causam é favorável ou não em prol da saúde. Desta forma, a cultura orienta as percepções dos indivíduos sobre o ambiente, as quais devem ser respeitadas.

Mas, nas falas dos clientes foi possível identificar saberes e as práticas relacionados tanto ao cuidado com as feridas, com o uso de chás, plantas e cascas, como ao cuidado com outras doenças, por meio de hábitos alimentares.

> *A casca da aroeira, faz um chá e banha a ferida (Joana).*
>
> *Para baixar a pressão, eu conheço pata de vaca e água de berinjela... faz um chá pra tomar (Antonio).*
>
> *Comer cebola na comida, é bom pra cicatrizar ferida. O pepino, o inhame... quanto mais verde você comer, mais rápido vai melhorar a ferida (Josélia).*
>
> *A aroeira é boa pra colocar em cima da ferida, faz um chá com essa planta e depois joga em cima do machucado (Pedro).*
>
> *Tem chá de quebra pedra para os rins (Sebastião).*

Quando perguntados sobre o conhecimento de alguma outra forma de cuidar da ferida que não fosse a medicamentosa, os clientes traziam saberes tanto relacionados à cicatrização de feridas quanto às práticas alimentares associadas ao controle de outras doenças, como hipertensão arterial e diabetes, que podem interferir no cuidado com a ferida.

De acordo com Collière (2003), os saberes tem uma tripla característica: são empíricos, ou seja, nascidos da experiência; são comunitários, no sentido em que são o fruto da experiência do grupo; e comunicam-se por tradição oral, onde é iniciado pela experiência que de alguma forma consagrada. A partir dos saberes adquiridos pela experiência, desenvolve-se todo um conjunto de maneiras de fazer.

As crenças enquanto forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida os quais, representam todo um conjunto de maneiras de atuar que cria maneiras de ser. À medida que se repetem e se reforçam, arrastam a adesão do grupo que crê ser boa uma ou outra maneira de fazer. São assim os alicerces dos hábitos de pensamento que se tornam em crenças (COLLIÈRE, 1999).

Ainda de acordo com a mesma autora, os hábitos de vida, como as crenças que daí surgem, tocam os grandes domínios que asseguram a manutenção e o sustento da vida. As práticas alimentares e as do corpo estão na origem de todos os hábitos de vida

e de todas as crenças e estão sempre subjacentes a qualquer forma de expressão do processo saúde-doença.

Nesse sentido, é importante a intermediação do saber popular com o saber científico, de modo que as crenças, os valores e os hábitos de vida dos clientes sejam trazidos para a prática profissional por meio do diálogo, que possibilita a troca de experiências e do compartilhar das práticas de cuidado com a saúde. Nesse sentido, Freire (2001) traz que a dialogicidade exige que se mantenha uma relação de respeito diante da liberdade do outro e pela capacidade de comunicabilidade que vai além de um simples ajustamento e acomodação de ideias ou de um mundo prescritivo.

De acordo com Alvim e Ferreira (2007), a mudança de perspectiva no pensar e fazer da enfermeira no campo da educação popular em saúde agrega o seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. Isto implica em uma proposta de ação voltada para o diálogo e a intermediação de práticas e saberes que dele resulta.

Dessa forma, as práticas integrativas e complementares (PICS) inserem-se nesse contexto ao considerar o indivíduo de forma integral, seja na prevenção ou tratamento de doenças, focando o estilo de vida da pessoa, seu estado emocional, suas relações sociais e com a natureza, promovendo maior envolvimento entre o profissional de saúde e o usuário (CEOLIN et al, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) aprovou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que é uma política que propõe a inserção de outras terapêuticas no âmbito dos serviços públicos de saúde, a exemplo da fitoterapia, plantas medicinais, acupuntura e homeopatia. Ela tem dentre seus objetivos incorporar e implementar essas práticas na perspectiva de prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2012).

Considerando algumas dessas práticas descritas pelos clientes do estudo, a tabela 2 apresenta a decodificação do saber dos clientes com feridas, onde foram identificadas as práticas (plantas, chás, cascas) e seus saberes (para que serve e como faz).

Tabela 2- Decodificação do saber dos clientes com feridas

PRÁTICA (planta, erva, chá)	SABER DO CLIENTE (para que serve?)	DECODIFICANDO
Aroeira	*"Faz o chá da casca da aroeira e banha a ferida para cicatrizar"*	Schinus molle- As cascas e as folhas secas são usadas contra febres, problemas do trato urinário, diarreias, tosse e bronquite, gripes e inflamações em geral. A planta inteira é utilizada externamente como anti-séptico no caso de fraturas e feridas expostas.
Bambu (um tipo de capim)	*"A água que tem dentro do bambu serve para cicatrizar"*	Arundinaria aristulata doell- A água encontrada no interior do bambu criciúma é usada para assepsia e cicatrização de ferimentos.
Casca da árvore de Jatobá	*"Banhar a ferida com o chá diariamente, que é bom para cicatrizar a ferida"*	Hymenaea courbaril- Adstringente, antibacteriana, antiespasmódica, antifúngica, anti-inflamatória, diurética, expectorante, descongestionante.
Casca de caju	*"Pega a casca do caju, lavar bem e depois colocar na água fervente. Espera esfriar e banha a ferida. Bom para cicatrizar as feridas"*	Anacardium occidentale- É adstringente, anti-hemorrágico, anti-inflamatório, antimicrobiana, anti-térmico, antiulcerogênico, diurético, laxante e vermífago.
Cebola	*"Comer a cebola é bom para auxiliar na cicatrização das feridas"*	Allium cepa- A cebola tem ação antibacteriana, antiviral e anti-inflamatória, fortalecendo o organismo contra gripes e infecções, além de proteger os vasos sanguíneos.
Chá de ginseng	*"Faz um chá e banha a ferida para cicatrizar"*	Pfaffia iresinoides- Cicatrizante, antitóxica e analgésica, potencializadora da ação da insulina e melhora a circulação.
Confrei	*"Faz uma mistura com as folhas de confrei junto com*	Symphytum Officinale- É Cicatrizante, tônico, depurativo,

	álcool, depois coloca em cima dos pontos para evitar a infecção"	antiinflamatório, adstringente e analgésico. Suas folhas e raízes agem como cicatrizantes nas contusões, ferimentos, reumatismos e tromboflebites.
Papa de inhame	*"Pega o inhame cru, rala e faz uma massa para colocar em cima da ferida e enrola com atadura. É bom para cicatrizar a ferida"*	Colocasia esculenta- O inhame aumenta as defesas naturais do corpo, uma vez que o tubérculo é rico em vitamina A e C, onde ambas estimulam a produção de células de defesa.
Saião	*"Amassa as folhas e coloca em cima da ferida. Puxa a infecção, a secreção que sai da ferida"*	Kalanchoe brasiliensis Cambess- É Antimicrobiana, hipotensor, antiinflamatório. Indicada para infecção pulmonar, erisipela, queimaduras, feridas, úlceras de pele e verrugas.

Fonte: Lima A. Plantas medicinais no tratamento de feridas. Petrópolis, RJ: EPUB; 2009.

Em estudo que investigou a utilização de plantas medicinais com atividade antimicrobiana, a casca do caju foi citada para utilização de processos infecciosos. A casca também foi identificada em uma pesquisa que realizou o levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área da caatinga, em que a mesma foi relatada pelas propriedades anti-inflamatórias (SOUZA et al, 2013; MARINHO; SILVA; ANDRADE, 2011).

Alguns clientes disseram que a planta saião é boa para curar a infecção da ferida. Estudos mostram que essa planta é amplamente utilizada para o tratamento de feridas, abscessos, furúnculos e infecções genito-urinárias. Além disso, outras pesquisas demonstram ações farmacológicas como anti-inflamatória, cicatrizante, anticolinesterásica e atividade antimicrobiana (COSTA et al, 2006; TREVESIAN et al, 2006; SILVA et al, 2009; ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010).

A casca da aroeira foi indicada em alguns estudos como terapêutico para infecções em geral, dor de cabeça, dor de dente, antisséptico e anti-inflamatório. Entretanto, estudos mostraram que a utilização de um gel feito a partir da casca da aroeira tem efeito antimicrobiano (CARTAXO et al, 2010; MACHADO; OLIVEIRA, 2014; BOTELHO et al, 2007; BIANCO, 2004).

Este estudo identificou o uso da cebola como hábito alimentar para auxiliar na cicatrização de feridas. Entretanto, algumas pesquisas mostram o seu uso para outros

fins terapêuticos como voz, rouquidão, dor de garganta, gripe e antifúngica (ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010; FENNER et al, 2006).

O ginseng é um produto natural utilizado há milhares de anos, principalmente em países orientais como a Coréia, Japão e China no tratamento da fadiga, fraqueza e estresse físico e mental. É também utilizada do ponto de vista etnofarmacológico para o controle da ansiedade. Nesse estudo, o ginseng foi utilizado em forma de chá para banhar a ferida e auxiliar na cicatrização da mesma (BRAGA; DINIZ; ALMEIDA, 2011, KIEFFER; PANTUSO, 2003; KIM et al, 2009; KITAOKA et al, 2009).

A casca da árvore de jatobá foi citada pelos clientes, em que relataram fazer um chá com a casca para banhar a ferida. Porém, em um estudo que fez o levantamento das plantas medicinais utilizadas por uma comunidade na Paraíba, a casca foi usada para outros fins como bronquite, gripe, antianêmico, doenças da próstata e sedativo (MARINHO; SILVA; ANDRADE, 2011).

Estudos farmacológicos mostram que o confrei apresenta a alantoína, substância com ação cicatrizante, ácido rosmarínico, responsável pela ação anti-inflamatória. O uso externo dessa planta é permitido para a produção de medicamentos por meio da RDC 17/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nessa pesquisa, o confrei foi relatado para evitar a infecção nos pontos cirúrgicos, por meio da alcoolatura, ou seja, maceração do confrei no álcool (LIMA, 2009; VARGAS et al, 2014; BRASIL, 2000).

As mudanças econômicas, políticas e sociais que eclodiram pelo mundo afora, influenciaram não só na saúde das pessoas como também nos modelos de cuidado. O uso terapêutico de recursos naturais utilizados no cuidado humano, que antes estava situado às margens das instituições de saúde, hoje tenta legitimar-se nesse meio dominado pelas práticas alopáticas (ALVIM et al, 2004).

Com o avanço da ciência, muitos grupos sociais passaram a utilizar as plantas medicinais transcendendo etnias, raças e classes sociais. No entanto, os profissionais necessitam estar informados sobre a terapia complementar, de modo a conhecer o uso adequado de tal prática, as formas de viver e conviver em sociedade (DUTRA, 2009).

Em consonância, Alvim et al. (2006) afirmam que é preciso democratizar o emprego das plantas medicinais, tornando-o uma ação compartilhada e interdisciplinar no cuidado à saúde, permitindo com que a enfermagem o usufrua como uma extensão de sua prática.

A prática da utilização de plantas medicinais pode contribuir não só para o resgate e preservação da diversidade cultural, mas, principalmente, para dar maior autonomia ao usuário no que diz respeito ao seu próprio cuidado. Portanto, negociar o emprego terapêutico das plantas pelos usuários do sistema público de saúde poderá transformar o cuidado realizado pela enfermagem, assim como a sua filosofia de cuidado, sua maneira de ver, pensar e fazer a enfermagem (ALVIM, 1999).

Além das práticas relacionadas ao uso de plantas, chás e cascas, a questão da fé também foi identificada nas falas dos clientes:

> *A gente que tem fé acredita que a ferida vai sarar... (Sebastiana)*
>
> *Eu não acredito nessas coisas não... acho que só o poder de Deus cura. (Josélia)*
>
> *Agora graças a Deus a ferida tá bem melhor. (Paulo)*
>
> *Não, não, não... não faço ideia! Só com a força de Deus e com fé é que eu queria ficar bom... (Manoel)*
>
> *Só acredito nos mandamentos de Jesus. Eu tenho fé que esse machucado vai melhorar, então só isso que importa. (Cosme)*
>
> *Também tô na igreja... tô pedindo a Deus, faço uma oração, aí tá melhorando. Só vou na igreja pra orar... faço oração de manhã, de noite. Quando vou dormir peço a Deus. (Hélio)*

Quando questionados sobre alguma outra forma de cuidar da ferida que não fosse a medicamentosa, alguns clientes disseram não conhecer nada, porém a fé apresentou-se como uma prática descrita como importante na cura das feridas.

De acordo com Santos, Koller e Pereira (2004), enquanto a ciência avança com novas descobertas tecnológicas e teorias revolucionárias, parte da população se volta para o divino, o mágico, à procura das soluções ou de respostas para o significado de estar no mundo.

Gaarder (2000) apresenta dois conceitos complementares de religião: o primeiro sustenta que a religião significa a relação entre o homem e o poder sobre-humano no qual ele acredita ou do qual ele se sente dependente. Essa relação expressa-se por meio de emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crenças) e ações (culto e ética); o segundo conceito considera a religião como a convicção de que existem poderes

transcendentes, pessoais ou impessoais, que atuam no mundo e se expressam por insight, pensamento, sentimento, intenção e ação.

Em uma retrospectiva histórica constata-se que o processo saúde-doença sempre foi acompanhado de crenças e rituais. O homem se relacionava com a natureza buscando tirar dela a sua subsistência. Os fenômenos de saúde e doença eram também interpretados como resultado da intervenção divina: ira, castigo e benevolência dos deuses causavam doença ou permitiam a cura (PIRES, 1989).

Para Laplantine (1991), enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais e existenciais) que o racionalismo social não se mostra.

Para Scliar (2007), a compreensão de saúde e doença sofre influências da conjuntura social, econômica, política e cultural, visto que não representam a mesma coisa para todas as pessoas, pois envolve valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Nesse sentido, com o ininterrupto desenvolvimento social, político, econômico e cultural, a religiosidade, o culto ao sagrado, ao imaterial, tornou-se partícipes, e muitas vezes definidoras, na agregação de hábitos de vida, de importantes decisões na condução de famílias, povos, na definição do bem e do mal, do certo e do errado, do saudável e do doente (SOUZA, 2009).

Em uma das falas dos clientes foi descrito a “ida à macumba para a cura da ferida”, como ilustra o relato do cliente:

> *O que eu já fiz mesmo foi ir na macumba pra ver se essa ferida aqui fechava... foi feita uma reza, mas não sei se deu muito certo. Só que a gente tem que recorrer a tudo né? (Pedro)*

É preciso que o profissional da saúde considere a pessoa em todos os aspectos, considerando também a questão da espiritualidade com as suas vivências religiosas. Diante disso, Souza (2009) diz que o indivíduo inserido em um meio sócio-político, co-criador e reprodutor de práticas, valores e crenças que permeiam o seu cotidiano, constrói o seu modo de ser e estar no mundo, em específico no enfrentamento de agravos à saúde.

De acordo com Pires (1989), da magia e da religião vem a explicação para as moléstias, e esta lógica indica as medidas curativas. Os conceitos de saúde e doença eram decorrentes do pensamento mágico-místico predominante. A assistência aos doentes era reservada ao intermediário entre os homens e os deuses, o pajé, o feiticeiro ou sacerdote, capaz de tirar encantamentos, exorcizar os maus espíritos, fazer oferendas e confeccionar amuletos.

Na umbanda, o orixá das doenças e da cura é o Obaluaê, que representa a manifestação de Deus entre o mundo terrestre e o espiritual. É conhecido como o senhor da cura, cuidando da pele e de suas moléstias (VENTURA, s/d).

Segundo Laplantine (1991), o pensamento médico está voltado para "arrancar" a doença da religião, da filosofia e das ciências humanas com fim último de impor uma "ordem natural". O advento da medicina consiste na desmistificação dessa parte do mal que, na antimedicina, mitologizava a doença.

Assim, constata-se que além dos espaços das instituições de saúde, a população tende a procurar espaços alternativos para resolução de seus problemas. Um desses caminhos é a religião, entendida como forma de suporte, ajuda e reintegração social, uma possibilidade de se religar ao divino. Isso porque:

> Em todos os tempos e nas mais variadas culturas, os rituais de cura, nas diversas religiões, são uma prática constante, podendo-se afirmar que há uma necessidade do homem em buscar, através do divino, a cura para seus males do corpo e da alma. (ANDRADE, 2007, p.8)

Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde compreendam as práticas e saberes dos clientes frente ao processo saúde-doença, de modo que se desenvolva uma articulação dessas práticas ao conhecimento alopático, possibilitando uma intermediação dos saberes científico e o popular na implementação dos cuidados aos clientes com feridas.

Diante disso, o enfermeiro desenvolverá ações congruentes se entender que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente dos clientes que desenvolve o cuidado. Então, é preciso analisar o contexto cultural em que o cliente se encontra, verificando se o cuidado popular está próximo do cuidado profissional e assim, ele estará cuidando a partir de uma realidade específica e, consequentemente, desenvolvendo o cuidado culturalmente congruente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é um produto do Projeto Casadinho entre a Universidade Federal Fluminense pelo Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

O estudo teve como objeto os saberes e práticas de clientes no cuidado com feridas, objetivando discutir os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas e suas implicações para o cuidado de enfermagem, bem como descrever as práticas e identificar os saberes e práticas dos clientes no cuidado com as feridas.

As observações foram iniciadas em janeiro de 2014 na sala de curativos, onde a técnica de enfermagem é a responsável pelo setor. No setor são atendidos os clientes com os mais variados tipos de feridas, incluindo as úlceras venosas e arteriais, pé diabético, feridas pós-operatórias, mordeduras de animais domésticos e peçonhentos, acidente de trabalho, entre outros.

Os clientes são em sua maioria do sexo masculino, com idade entre 40 a 70 anos e média de 53,25 anos, casados. A maioria refere possuir algum vínculo empregatício. Já com relação às comorbidades a maioria é de hipertensos, seguidos por diabéticos tipo 2. Já o tipo de ferida mais frequente são os cortes e mordeduras, onde os clientes vão até o setor para retirada dos pontos. As úlceras arteriais e venosas também representam uma grande porcentagem no atendimento.

O atendimento na sala de curativos é por demanda espontânea, onde os clientes vêm das suas residências e, em alguns casos, são orientados pelo médico da unidade a procurar o atendimento para acompanhamento da ferida, ou também para retirada de pontos.

Observou-se que o foco do cuidado era a ferida, onde a técnica ao recepcionar o cliente pedia que o mesmo sentasse próximo ao lavatório para retirar o curativo sujo ou para avaliar a ferida. A integralidade do cuidado não é uma prioridade no atendimento, toda a atenção é voltada para a cicatrização da ferida.

Diante disso, a história de vida, os valores, as crenças, os saberes e práticas dos clientes não eram valorizados no atendimento. Os únicos questionamentos eram se estavam usando o produto indicado para a cicatrização ou se os mesmos observaram alguma secreção na ferida.

Os clientes saíam da sala de curativos sem receber orientações sobre o cuidado com a ferida, como tinham que fazer o curativo, quando trocar o curativo, o que utilizar no curativo e que dia retornar na sala para a avaliação da ferida.

Após transcrição das falas dos clientes na íntegra, os dados foram categorizados, emergindo duas categorias: *desafios no cuidado em saúde*, destacando os desafios que os clientes enfrentam para cuidar das suas feridas, sejam eles financeiros, restrições de locomoção, acesso ao serviço e a dependência de terceiros. Além disso, traz a prática assistencialista mediante o domínio do conhecimento pelo profissional, reforçando uma dependência do cliente e a sua (des)informação acerca dos cuidados com sua saúde e feridas; a segunda categoria foi denominada *saberes e práticas dos clientes*, destacando a trajetória e evolução das feridas dos clientes, trazendo a relação direta com a evolução da ferida e a possível indicação de outras alternativas de cuidado. Além disso, traz a questão do cuidado por meio da associação de práticas que transitam entre o alopático, dominante nas instituições de saúde e as práticas populares.

O acesso aos serviços de saúde é uma das etapas a serem vencidas pelos clientes com feridas. Restrições econômicas, a distância entre a casa e a unidade de saúde, a dificuldade de locomoção e a dependência da ajuda de familiares e/ou amigos foram alguns dos desafios relatados pelos clientes.

Além disso, a visão fragmentada do indivíduo com a ausência da visão integral da pessoa, reforça a dependência do sujeito ao preconizado e informado pelo profissional. Entretanto, é importante que o cliente participe do cuidado, optando e escolhendo o melhor para si, o que favorece sua autonomia e independência na implementação do cuidado, mediante uma relação dialógica que possibilita a troca de experiências e o compartilhamento dos saberes entre quem cuida e quem é cuidado.

O ponto de partida para a autonomia do sujeito é reconhecê-lo como sendo protagonista do próprio cuidado, onde o sujeito é protagonista e foco central do cuidado, desenvolvendo a consciência crítica, avançando da consciência ingênua para a consciência crítica, optando e escolhendo o melhor para si de forma a desenvolver, gradativamente a capacidade e independência quanto ao próprio cuidado.

Nesse sentido, torna-se importante conhecer os valores, a cultura, as crenças, os saberes e as práticas desses clientes, buscando compartilhar e intermediar o saber científico junto com o saber popular, de modo que que o cuidado seja realizado integralmente, onde o ator principal seja este cliente que busca ajuda nos serviços de saúde.

Com relação às práticas populares em saúde, observou-se nas falas dos clientes uma associação do tratamento alopático com as práticas populares, sendo encontrado a utilização do saião, da aroeira, do ginseng, da casca de caju para auxiliar na cicatrização de feridas, embora algumas falas apontassem desconfiança no que não é legitimado pelo saber científico.

A questão da fé também foi identificada como uma prática dos clientes, onde nas falas foi percebido que mesmo o cliente dizendo não conhecer outra forma de cuidar da ferida que não fosse a medicamentosa, as palavras Deus, fé, oração, reza, apareceram como uma forma de suporte à cicatrização da ferida.

Apesar de ter enfermeiros atuando na policlínica, a sala de curativos não tem a supervisão de um enfermeiro, sendo a técnica de enfermagem responsável pela sala. Nesse sentido, a supervisão em enfermagem é um instrumento gerencial importante para o acompanhamento, avaliação e educação da equipe de enfermagem para propiciar maior qualidade a assistência prestada a clientela.

Além da presença do enfermeiro no setor, seria ideal o planejamento de cuidados compartilhados, onde a cultura, os saberes, as práticas, os valores e as crenças fossem consideradas no processo de cuidar e educar dos clientes. Nesse sentido, é preciso trazer os saberes e práticas dos clientes no cuidado com feridas para o desenvolvimento de um cuidado cultural, permitindo a construção de um plano de cuidados congruente com a sua cultura, tornando-os mais participativos no processo de cuidar e se cuidar.

Considerar o cliente como protagonista da sua história aponta como desafios trazer à tona o potencial de conhecimentos advindos das suas experiências em um dado contexto sociocultural como subjacentes aos seus saberes e práticas no cuidado de feridas e, portanto, bases para a prática de enfermagem a esses clientes.

Este estudo não se esgota aqui, mas aponta possibilidades de investir em outros estudos que viabilizem desvendar os meandros que envolvem a trajetória de clientes com feridas que buscam os serviços de saúde com questionamentos e demandas de saúde as quais cabe aos profissionais que neles atuam, em especial os enfermeiros, conhecer e estabelecer intervenções para além do tratamento de doenças, com ações efetivas que possibilitem a conquista do bem estar e autonomia mediante implementação de um cuidado que articule saberes e práticas entre quem cuida e é cuidado no cenário das instituições, em uma perspectiva integral de saúde, pautada em um olhar diferenciado que busque a integralidade e a participação dos sujeitos, respeitando seus limites e possibilidades.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L.P.F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol*, v.81, n.6, p.509-522, 2006.

ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D. ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. *Rev. bras. Plantas med*., v.12, n.3, p. 250-260, 2010.

ALBUQUERQUE, C.M.S.; OLIVEIRA, C.P.F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. 2011. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm. Acessado em: 6 de julho de 2013.

ALCOFORADO, C.L.G.C.; ESPÍRITO SANTO, F.H. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev. Min. Enferm*., v.16, n.1, p. 11-17, 2012.

ALCOFORADO, C.L.G.C. *Entre o científico e o popular*: saberes e práticas da equipe de enfermagem e clientes com feridas: um estudo de caso no Município de Cruzeiro do Sul- Acre. Rio de Janeiro, Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). 2011.

ALMEIDA, S.P.; SOARES, S.M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.15, n.1, p. 1123-1132. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700020&lng=en&nrm=iso. Acessado em 6 Jan 2014.

ALVIM, N.A.T. *Práticas e saberes das enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras:* uma construção em espiral. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Tese de Doutorado (Enfermagem). 1999.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. FARIA, P.G. AYRES, A.V. *Tecnologias na enfermagem:* o resgate das práticas naturais no cuidado em casa, na escola e no trabalho. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.). Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem. São Paulo: Difusão Editora, 2004, v. 1, p. 338- 355.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M,A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 315-9. 2007.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A.; CABRAL, I. E.; FILHO, A. J. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p. 316-323. 2006.

ANDRADE, O.G. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Rev. Acta Scientiarum Health Sciences, v.25, n.2, p.* 207-213. 2003

ANDRADE, D.C.G. Uma breve reflexão sobre a importância do resgate da função terapêutica religiosa através das práticas de cura. *Revista Eletrônica Inter-Legere*, n.2, p. 1-11. 2007.

ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ARAÚJO, M.F.M.; PINHEIRO, E.B.; ARAUJO, T.M. Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica. *Rev. Rene*, v.7, n.1, p. 103-108. 2006.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.11, p. 2865-75. 2012.

ATAIDE, A.R.L.; MACHADO, A.A.; JACOPETTI, S.R. A enfermagem como facilitadora na comunicação e educação em saúde de uma Unidade do Programa de Saúde da Família de Curitiba. *Boletim de Enfermagem*: Curitiba, vol. 2. 2008.

BARBOSA, M.A.; MELO, M.B.; SILVEIRA JÚNIOR, R.S.; BRASIL, V.V. et al. Saber popular: sua existência no meio universitário. *Rev. Bras. Enferm*., Brasília (DF), v.57, n.6, p. 715-9. 2004.

BARRETO, A.P.C.P.; ARAÚJO, B.C.; VIEIRA, J.C.M. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com úlceras por pressão. *Rev Enferm UFPE on line*. [periódico na Internet] 2011 [citado 2013 jun 15]; v.5, n.9, p.2152-60. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1838/pdf_681

BENBOW, M.; DEALEY, C. Fatores extrínsecos que afetam os cuidados com feridas crônicas. *Nursing*, v.8, n.95, p.30-34. 1996.

BIANCO, K.G. *Avaliação da atividade antimicrobiana de extratos vegetais da savana brasileira sobre Streptococcus mutans e a sua capacidade de desmineralização e a adesão à superfície de vidro*. Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Univ. Estadual Paulista, Araçatuba. Dissertação Mestrado (Área de Concentração em Odontopediatria). 2004.

BOEHS, A.E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. *Revista Latino americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p.90-96, jan./fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 ago. 2014.

BOTELHO, M.A., RAO, V.S., CARVALHO, C.B.M., BEZERRA-FILHO, J.G., FONSECA, S.G.C., VALE, M.L. et al. Lippiasidoides and Myracrodruon urundeuva gel prevents alveolar bone resorption in experimental periodontitis in rats. *J Ethnopha*, v. 113, n. 3, p. 471-478, 2007.

BRAGA, J.E.F.; DINIZ, M.F.F.M.; ALMEIDA, R.N. Avanços no estudo da atividade ansiolítica do Panax ginseng C. A. Meyer. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de plantas Medicinales y Aromáticas*, v.10, n.6, p. 491-9. 2011.

BRANDÃO, E.S. *Enfermagem em dermatologia*: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura médica; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf . Acessado em 2006.

_____, Ministério da Saúde. *Educação em saúde*: planejando as ações educativas. Teoria e prática. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. Brasília: Secretaria de Atenção Básica, 1997.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas Integrativas e Complementares*: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____, Ministério da Saúde. *Plantas de Interesse ao SUS*. Portal da saúde [online]. 2009 [acesso 2009 Mar 23]. Disponível em: http://portal.saude.gov. br/portal/saude/profissional/visualizar_texto. cfm?idtxt=30277&janela=1

_____, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. [online]. 2007 [acesso 2009 Mar 20]. Disponível em: http://portal. saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_ plantas_medicinais_fitoterapia.pdf

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas*. Brasília: MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza-SUS- Política Nacional de Humanização*: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília (DF); 2008.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução de Diretoria Colegiada nº 17*, de 24 de fevereiro de 2000. Disponível em: http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1380

BRITO, C.M.S. *Os saberes e as práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer de mama.* Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina; 2009.

BUDÓ, M.L.D.; RESTA, D.G.; DENARDIN, J.M.; RESSEL, L.B. et al. Práticas de cuidado em relação à dor- a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n.1, p. 90-6. 2008.

CANDIDO, L.C. *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo: SENAC; 2001.

CANDIDO, L.C. *Tratamento clínico e cirúrgico de feridas cutâneas, agudas e crônicas*. Editora Webmaster.Santos – SP- 2006.

CAPRA, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo, Editora Cultrix.

CARMO, S.S.; CASTRO, C.D.; RIOS, V.S.; SARQUIS, M.G.A. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. v.9, n.2, p.506-17. 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm.

CARREIRA, L.; ALVIM, N.A.T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Pará. *Acta Scientiarum*, Maringá, v.24, n.3, p. 2002. 24 (3): 791-801. 2002.

CARTANA, M.H.F.; HECK, R.M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis (SC), v.6, n.3, p.233-240. 1997.

CARTAXO, S.L., SOUZA, M.M.A., ALBUQUERQUE, U.P. Medicinal plants with bioprospecting potential used in semi-arid northeastern Brazil. *J Ethnopha*, v. 131, n.2, p. 326-342, 2010.

CARVALHO, C.M.R.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA, J.I. Educação para saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Caderno de Saúde Pública:* Rio de Janeiro, v. 20, n. 03, p. 719-726, maio/junho. 2004.

CARVALHO, P.M.G. *Educação em saúde:* prática dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina; 2009.

CASTRO, J.B.A. Técnica de enfermagem: abordagem empírica para fundamentar reflexões epistemológicas relativas ao seu conceito. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). 2008. 112f.

CESARETTI, I.U.R. Processo fisiológico de cicatrização da ferida. *Pelle Sana*, v.2, p. 10-2. 1998.

CHASSOT, A. *Alfabetização científica*: questões e desafios para a educação. 4ª ed. Ijuí: Unijuí, 2006.

CHIBANTE, C.L.P. *Hospitalização e DCNTs*: perspectivas educativas do enfermeiro. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem e Licenciatura-Universidade Federal Fluminense. 2012.

CHIBANTE, C.L.P.; ESPÍRITO SANTO, F.H. Clientes hospitalizados com lesões cutâneas: demandas do cuidado de enfermagem. 2013. *65º Congresso Brasileiro de Enfermagem.*

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.

COLLIÈRE, M.F. *Promover a vida*: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Lidel; 1999.

COLLIÈRE, M.F. *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ªed. Lusociência; 2003.

COSTA, L.B.; BARROSO, M.G.T. Convergência de saberes e conhecimentos de enfermagem no cuidador à família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 330 –32. 2006.

COSTA, S.S.; SOUZA, M.L.M.; IBRAHIM, T.; MELO, G.O.; ALMEIDA, A.P.; GUETTE, C.; FÉREZOU, J.P.; KOATZ, V.L 2006. kalanchosine dimalate, na anti-inflamatory salt from Kalanchoe brasiliensis. *J Nat Prod*,v.69, p. 815-818. 2006.

CREMASCO, M.F.; WENZEL, F.; SARDINHA, F.M.; ZANEI, S.S.V.;WHITAKER, I.Y. Pressure Ulcer: Patient Risk, Patient Acuity, and Nursing Workload. *Acta Paul Enferm*., v. 22, n. especial, p.897-902. 2009.

CRUZ, D.J.L.; SOUSA, S.M.A.; LIMA, S.F.; PAIVA, S.S.; GURGEL, W.B. Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de enfermagem no tratamento de doenças crônicas. *Caderno de Pesquisa*, v.20, n.1, p.43-9. 2013.

CUNHA, A.P. O emprego das plantas aromáticas desde as antigas civilizações até ao presente (2007). Disponível em: http://antoniopcunha.com.sapo.pt/ . Acessado em: 27 de agosto de 2013.

CUNHA, J.A.C.; RIBEIRO, E.M.S. A Etonografia como Estratégia de Pesquisa Interdisciplinar para os Estudos Organizacionais. *Qualit@s Revista Eletrônica*, v.9, n.2, p.1-17. 2010.

CUNHA, N.A. *Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento de feridas crônicas.* Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO)/PE. 2006. Disponível em: www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf. Acessado em: 9 de julho de 2013.

DALL'AGNOL, C.M.; LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.11, n.3, p. 674-80. 2009.

DEALEY, C. *Cuidando de feridas*: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu, 2001.

DUTRA, M.G. *Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública:* um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás. Centro Universitário de Anápolis. Dissertação de Mestrado. 2009.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO I. S. *Cuidado de enfermagem*: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar. 2ª edição. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2008.

FENNER, R,; BETTI, A.H.; MENTZ, L.A.; RATES, S.M.K. Plantas utilizadas na medicina popular brasileira com potencial atividade antifúngica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.42, n.3, p.369-94. 2006.

FIGUEIREDO, M.L.F. *A mulher idosa e a educação em saúde:* saberes e práticas para promoção do envelhecimento saudável. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2005.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.10, p.105-9. 2005.

FIÚZA, A.R. *O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância no trabalho médico*. In: BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; OTANI, M.A.P. O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.

FREIRE, P. *Educação e Mudança*. 20. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1994.

_____. *Pedagogia do Oprimido*. 12. ed. Rio de Janeiro: Imago; 2001.

_____. *Pedagogia da esperança*: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. *Pedagogia da autonomia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

_____. *Pedagogia da Autonomia*: Saberes necessários à prática educativa. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

_____. *Conscientização:* Teoria e Prática da Libertação. São Paulo: Editora Moraes Ltda; 1980.

GAARDER, J. *O Livro das Religiões*. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

GEERTZ, C. *A interpretação das Culturas*. Zahar. Rio de Janeiro, 1973.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*, v.23, n.3, p. 565-74. 2007.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.26, n.1. p.75-86. 1992.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R. *Enfermagem cultura e o processo saúde doença*. São Paulo: Ícone, 2004.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.31, v.3, p. 410-22. 1997.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZAGONEL, I.P.S.; LENARDT, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidador cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm*, v.20, n.3, p. 362-7. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. 2013. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=330330. Acessado em: 17 de agosto de 2014.

JACONDINO, C.B.; SEVERO, D.F., RODRIGUES, K.R.; LIMA, L. et al. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. *Cogitare Enferm*, v.15, n.2, p. 314-18. 2010.

JAPIASSU, H. *Introdução às ciências humanas*. 3ª ed. São Paulo: editora letras & letras; 2002.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1976.

JORGE, A.S.; DANTAS, S.R.P.E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2003.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; HECK, R.M. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. *Texto e Contexto Enferm*, v.15, n.3, p.434-41. 2006.

KAWAMOTO, E.; FORTES, J. *Fundamentos de Enfermagem*. Volume 2, Ed. E.P.U, São Paulo – 1997.

KEIM, E.J. *Trans e interdisciplinaridade e o ensino disciplinar*: uma perspectiva didática. Blumenau: FURB, 2004.

KIEFER, D.; PANTUSO, T. Panax ginseng. *Am Fam Phys*, v. 68, p. 1539 - 1542. 2003.

KIM, T,W.;CHOI, H.J.; KIM, N.J.; KIM, D.H. Anxiolytic-like effects of ginsenosides Rg3 and Rh2 from red ginseng in the elevated plus-maze model. *Planta Med*, v.75, p. 836 - 839. 2009.

KITAOKA, K.; UCHIDA, K.; OKAMOTO, N.; CHIKAHISA, S.; MIYAZAKI, T.; TAKEDA, E.; SEI, H. Fermented ginseng improves the first-night effects in humans. *Sleep*, v.32, p. 413 - 421. 2009.

KOVALSKI, M.L.; OBARA, A.T.; FIGUEIREDO, M.C. *Diálogo dos saberes*: o conhecimento científico e popular das plantas medicinais na escola. 2011. Disponível

em:http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R1647-1.pdf. Acessado em: 27 de agosto de 2013.

KREUTZ, I.; GAIVA, M.A.M.; AZEVEDO, R.C.S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm*., v. 15, n.1, p. 89-97. 2006.

KREUTZ, I.; MERIGHI, M.A.B.; GUALDA, D.M.R. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. *Ciencia y Enfermeria*, v. IX, n.1, p. 39-53. 2003.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo, Martins Fontes, 1991

_____. *Aprender Antropologia*. Porto Alegre: Brasiliense, 2003.

LEININGER, M. *Teoria do cuidado transcultural*: diversidade e universalidade. In: ANAIS. I Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem. Editora: UFSC. Florianópolis na Universidade Federal de Santa Catarina, 20 a 24 de maio de 1985.

LEININGER, M. *Transcultural nursing*: concepts, theories and practices. 2.ed. New York (NY): McGraw-Hill, College Custom Series, 1978. 684 p.

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. *Culture care diversity and universality*: a worldwide nursing theory. 2ªed. New York: McGraw-Hill, 2006.

LEOPARDI, M.T. *Teorias em Enfermagem*: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC. Ed. Papa-livros, 1999.

LIMA, A. *Plantas medicinais no tratamento de feridas*. Petrópolis (RJ): EPUB; 2009.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D.; ROSA, R.B.; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta paul. Enferm*, v. 20, n.1, p.12-7. 2007.

LENARDT, M.H; MICHEL, T.; MELO, L.P. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. *Colomb Med*. 42(2): 70-7. 2011.

LOYOLA, M.A. (1984). *Medicina popular*. In: GUIMARÃES, R. (Org). Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4.ed., Rio de Janeiro, Graal. pp. 225-237.

LUNARDI, V.L.; SOARES, N.V. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. *Ciencia y Enfermaria* IX, v. 1, p. 65-76, 2003.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social*: razão médica e racionalidade científica moderna. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

LYRA DA FONSECA, J.L.C.; LEÃO, L.S.; LIMA, D.C.; TARGINO, P.; CRISÓSTOMO, A.; SANTOS, B. *Homens e cuidado*: uma outra familia? In: ACOSTA,

A.R; VITALE, M.A. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

MACHADO, A.L.G.; SILVA, M.R.F. Educação em saúde: instrumento de ação para o enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Revista Nursing*, v. 104, n. 9, p. 45-50. 2007.

MACHADO, A.C.; OLIVEIRA, RC. Medicamentos fitoterápicos na odontología: evidencias e perspectivas sobre o uso da aroeira do sertão. *Rev Bras Pl Med*, v.16, n.2, p. 283-9. 2014.

MAHFOUD, M. Folia de Reis: festa raiz ou experiência religiosa em comunidades da Estação Ecológica Juréia-Itatins na perspectiva da psicologia social fenomenológica. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. (Psicologia). 1996. 242 f.

MANDELBAU, S.H.; DI SANTIS, E.P.; MANDELBAUN, M.H.S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares parte I. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v.78, n.4, p. 393-410. 2003.

MANZINI, E.J. *Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.* In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A.; OMOTE, S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5ªed. Ed. Atlas. 2005.

MARINHO, M.G.V.; SILVA, C.C.; ANDRADE, L.H.C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v.13, n.2, p.170-182, 2011.

MARUYAMA, S.A.T. *A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão de portadores, familiares e profissionais de saúde*: um estudo etnográfico. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Tese de doutorado (Enfermagem). 2004. 286p.

MATHIAS, J.J.S.; ZAGONEL, I.P.S.; LACERDA, M.R. Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.19, n.3, p. 332-37. 2006.

MARTINS, M.A. *Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia*. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). 2008.147p.

MARTINS, M.A.; TIPPLE, A.F.V.; REIS, C.; SANTIAGO, S.B.; BACHION, M.M. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. *Cienc Cuid Saúde*, v.9, n.3, p. 464-70. 2010.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T. Plano de cuidados compartilhado: convergência da Proposta Educativa Problematizadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v.65, n.2, p. 368-73. 2012.

MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade*: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.39-64.

MEDEIROS, L.C.M. As plantas medicinais e a enfermagem – a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado (Enfermagem). 2001.164 f.

MEIRELES, I.B. *Feridas*: Fundamentos e atualizações em Enfermagem Volume I, Ed. Yendis- São Paulo. 2007.

MELO, L.P. A contemporaneidade da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. *Ensaios e Ciência:* ciências biológicas, agrárias e da saúde, v.14, n.2, p.21-32, 2010.

MELO, L.P.; SILVA, N.P.; SILVA, K.C.L.; PONTE, M.P.T.R. et al. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. *Cogitare Enferm*, v.16, n.2, p. 303-10. 2011.

MELO, L.P.; CABRAL, E.R.; SANTOS JÚNIOR, J.A. The health- diseaseprocess: a reflectionbasedon medical anthropology. *Rev Enfermagem UFPE OnLine*, v., n.4, p.426-32. 2009.

MENDES, L.R.; BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery*, v.13, n.3, p. 530-36. 2009.

MICHEL, T.; SEIMA, M.D.; LACERDA, M.R; BERNARDINO, E.; LENARDT, M.H. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na Teoria de Leininger. *Cogitare Enfermagem*, v.15, n.1, p.131-7, 2010.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec. 2007.

MORAIS, E.R. *Os saberes e as práticas de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina; 2009.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L.G. *Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador*. RJ:DP&A, 2006.

MORESCHI, C. *Atuação do enfermeiro no processo saúde- doença*. Universidade de Caxias do Sul. 1999. Disponível em:<http//ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema2/texto29>. Acessado em: 23 de abril de 2011.

MORIN, E. *Por uma reforma do pensamento*. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E.P. (Org.). O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. 3. ed. Rio de Janeiro :Garamond, 1999.

MUNIZ, R.M.; ZAGO, M.M.F. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. *Cienc Cuid Saude*, v.8 (suplem.), p. 23-30, 2009. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9714/5527. Acesso 12 jan 2014.

NIETSCHE, E.A.; BACKES, V.M.S.; COLOMÉ, C.L.M.; CERATTI, R.N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, v.13, n.3, p. 344-352. 2005.

OLIVEIRA, D.G.S. A ciência, o senso comum e as suas contribuições ao conhecimento. *Sumaré Revista Eletrônica Acadêmica*. 2008.

OLIVEIRA, E.R (1983). *Doença, cura e benzedura*: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campi- nas. Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Estadual de Campinas. Dissertação de Mestrado. 1983.

OLIVEIRA, E.B. *Estudo etnofarmacológico de plantas medicinais em plantas medicinais em Rosário de Limeira- MG*. Programa de pós graduação em fitotecnia, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Dissertação de Mestrado. 2008.

OLIVEIRA, R.C. *O trabalho do antropólogo*. 2ª ed. Brasília: paralelo 15; 1998.

OLIVEIRA, E.C.M.; POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. REME- *Rev. Mineira Enf.*, v.10, n.4, p.354-360. 2006.

OLIVEIRA, J.R.; PORTELLA, V. *Plantas medicinais e fitoterápicos*: reflexões para a atenção básica. In: LOPES, M.J.M; PAIXÃO, D.X. Saúde da família: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007.

OLIVEIRA, J.T.C. *Revisão sistemática de literatura sobre o uso terapêutico do ozônio em feridas*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). 2007.

OLIVEIRA, M.M.C.; VIEIRA, N.F.C.; SIQUEIRA, R.C.; ALVES, A.M. et al. Análise das investigações em Enfermagem e o uso da Teoria do Cuidado Cultural. *Cienc Cuid Saúde.*, v.8, n.1, p. 109-117. 2009.

OLIVEIRA, P.C.; CARVALHO, P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. *Paidéia,* v. 17, n. 37, p. 219-230. 2007.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Madeleine Leininger and the theory of the cultural care diversity and universality: na historical overview. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.4, n.2, 2005.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; PAGLIUCA, L.M.F. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 130-5. 2007.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.41, n.3, p.478-84. 2007.

PÉREZ, G.; CENÃ, P. Influencia del modelo hegemónico biomédico em la concepción y desarrollo de las terapias alternativas. *Cultura de los Cuidados*, v.25, p. 25:62-8. 2009.

PIRES, D. *Hegemonia na saúde e a enfermagem*. Cortez Editora: São Paulo; 1989.

PIRES, M.T.; STARLING, S. *Manual de urgências em Pronto-socorro*-Volume 8, Ed. Guanabara Koogan- Rio de Janeiro-2006.

POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:* métodos, avaliação e utilização. 5º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F.; SANTOS, M.R.; SANTOS, M.L.S.G.; SCATENA, L.M; VILLA, T.C.S. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Rev Latino Am Enferm*, v.19, n.5, p.1222-9. 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. *Fundamentos de Enfermagem*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

PROGIANTE, J.M.; COSTA, R.F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n.4, p. 790-93. 2008.

QUEIROZ, M.S. *Saúde e doença*: um enfoque antropológico. Bauru: EDUSC. 2003.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S.. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.1, p.27-34. 2003.

REZENDE, A.L.M.. de. *Saúde*: Dialética do Pensar e do Fazer. São Paulo: Ed. Cortez, 1989.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v.16, n.1, p. 311-18. 2011.

SABÓIA, V.M. *A mão dupla do poder:* a enfermeira e os idosos nos grupos dos diabéticos do HUAP-UFF. Niterói: Eduff, 1997.

_____. *Educação em saúde:* A arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto. 2003.

SALAZAR, M. *Semiologia e semiotécnica de Enfermagem*. Editora: Atheneu, São Paulo-2006.

SALOMÉ, G.M. Processo de viver do portador com ferida crônica. *Saúde Coletiva*, v.46, n.7, p.300-304 Editorial Bolina, Paulo. 2010.

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. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.

SANTOS, E.C.; KOLLER, S.H.; PEREIRA, M.T.L.N. Religião, saúde e cura: um estudo entre Neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.24, n.3, p. 82-91. 2004.

SANTOS, C.; MARTINS, T.; FERREIRA, T.R. *Saúde e qualidade de vida*. In: SEQUEIRA, C.; SANTOS, C.; BORGES, E.; ABREU, M.; SOUSA, M.A. Saúde e qualidade de vida: estado da arte (pp. 15-27). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2009.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, v.7, n.4, p. 757-76. 2002.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, v.17, n.1, p. 29-41; 2007.

SILVA, C.R.L.; SHIRATORI, K.; SANTIAGO, L.C.; SILVA, R.C.L. *Corpo e tecnologia*- condutas de intervenção. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A(Orgs). Corpo e Saúde- condutas clínicas de cuidar. Ed Águia Dourada: Rio de Janeiro; 2009.

SILVA, D.M.S.; MOCELIN, K.R. O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural. *Revista Nursing*, São Paulo, v.9, n.105, p. 81-88. 2007.

SILVA, D.P.; BARBOSA, M.H.; ARAÚJO, D.F.; OLIVEIRA, L.P.; MELO, A.F. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*., v.13, n.1, p. 118-123 [periódico na Internet] 2011 [citado 2013 mai 15]; Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm

SILVA, J.G.; PEREIRA, M.S.V.; GURGEL, A.P.D.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.P.; SOUZA, I.A. Atividade inibitória das folhas e caule de Kalanchoe brasiliensis Cambess frente a microrganismos com diferentes perfis de resistência a antibióticos. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 19, n.3, p.790-4. 2009.

SILVA, M.D.B. Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. 2011.

SILVA, R.C.L. et al. *Feridas*: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis. 2011.

SILVA, S.S. *A relação entre ciência e senso comum*: para uma compreensão do patrimônio cultural de natureza material e imaterial. 2009. Disponível em: http://www.pontourbe.net/edicao9-cirkula/202-a-relacao-entre-ciencia-e-senso-comum-para-uma-compreensao-do-patrimonio-cultural-de-natureza-material-e-imaterial. Acessado em 28 de agosto de 2013.

SILVA, C.T. "Qualidade de vida: relato dos pacientes portadores de feridas submetidos ao tratamento de oxigenoterapia hiperbárica. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Universidade do Porto. 2010.

SILVA, J.L.M. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, v. 2, n. 1. p. 03-05. 2006. Disponível em: http://www.uff.br/promocaodasaude/informe. Acessado em: 30 de abril de 2011.

SILVA, M.O.L.; OLIVEIRA, S.S.; PEREIRA, V.A.; LIMA, M.G.S.B. *Etnografia e pesquisa qualitativa:* apontamentos sobre um caminho metodológico de investigação. 2010. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_15.pdf. Acessado em: 31 de outubro de 2013.

SILVA, N.C. *Exclusão e avaliação escolar*. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9. ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 3, 2009, Curitiba. Anais Curitiba: PUCPR, 2009. p. 9112-9127.

SILVERMAN, D. *Interpretação de Dados Qualitativos*. Métodos para Análise de Entrevistas, Textos e Interações. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BRASIL, V.V.; OLIVEIRA, L.M.C. et al. Crenças populares referentes a saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto e Contexto*, v.15, n.1, p. 68-73. 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11ªed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 2009.

SOUSA, L.B.; BARROSO, M.G.T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.150-5.

SOUZA, C.M.P.; BRANDÃO, D.O.; SILVA, M.S.P.; PALMEIRA, A.C.; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C.D. Utilização de plantas medicinais com atividade antimicrobiana por usuários do Serviço Público de Saúde em Campina Grande- Paraíba. *Rev Bras Pl Med*, v.15, n.2, p. 188-93. 2013.

SOUZA, M.A. *A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos.* Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás; 2009. 100f

TEIXEIRA, E. *As três metodologias*: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 5ªed. Petrópolis; RJ: Vozes, 2008.

_____. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v.30, n.2, p. 286-90. 1996.

TEIXEIRA, M.L.O. Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso: Contribuições à clínica do cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ. 2008. 221f

TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do Idoso fundamentada na educação em saúde. *Texto & Contexto Enferm*, v.18, n.4, p.750-8. 2009.

TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Pesquisa do cuidado de enfermagem: aplicabilidade do referencial de Leininger e Freire. *Referência*, v.3, n.1, p. 93-100. 2010.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 5, p. 133-49. 2000.

TREVESIAN, T.M.S.; BEZERRA, M.Z.B.; SANTIAGO, G.M.P.; FEITOSA, C.M.F.; VERPOORT, R.; BRÁS-FILHO, R. Atividades larvicidae anticolinesterásica de plantas de gênero Kalanchoe. *Quim Nova*, v. 29, p. 415-418. 2006.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VARGAS, N.R.C.; CEOLIN, T.; SOUZA, A.D.Z.; MENDIETA, M.C.; HECK, R.M. Plantas medicinais utilizadas na cicatrização de feridas por agricultores da região sul do RS. *J. res.: fundam. care online*, v.6, n.2, p.550-560. 2014.

VARGAS, N.R.C.; COELHO, F.S.; MENDIETA, M.C.; SOUZA, A.D.Z. et al. *Plantas medicinais utilizadas para cicatrização de feridas pelos produtores rurais de agricultura de base ecológica do sul do Rio Grande do Sul*. Disponível em: www.ufpel.tche.br.2009. Acesso em 03/09/2012.

VENTURA, S.C. *Obalualê, senhor da cura e da terra. Cura e Ascensão*. Disponível em: http://www.curaeascensao.com.br/orixas/orixas23.html. Acesso em 10/08/2014.

VICINI, G. *Abraço afetuoso em corpo sofrido*: saúde integral para idosos. São Paulo: SENAC, 2002.

VIEIRA, M.M.F.; PEREIRA, B.N. *Estudos Etnográficos em Administração*. In: VIEIRA, M.M.F.; ZOUAIN, D.M. (Orgs). Pesquisa Qualitativa em Administração. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ZANATTA, E.A. *Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero à seis meses de vida*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado [Enfermagem]; 2006.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Local: **Data:** **Inicio/ Término:**

1) O ambiente: o planejamento

- Estrutura
- Ventilação
- Iluminação
- Chegada da equipe
- Chegada do cliente
- Local e tempo de espera
- Como é o atendimento
- As falas da equipe

2) Os clientes

- Chegada do cliente
- Formas de comunicação
- Como se vestem
- As falas
- Interação no grupo
- Maneira de chegar
- O que eles falam

3) O cuidado equipe/ cliente

- Interação
- Comunicação (abordagem)
- Como é realizado o procedimento
- Características das lesões

4) Impressões do pesquisador

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Caracterização dos sujeitos:
Data:___/___/___
Nome:_____
Idade:_____ Sexo: M ( ) F ( ) Estado civil:_____
Onde Mora: _____ Religião:_____
Ocupação:_____ Renda: _____
Grau de escolaridade:_____
Nº de filhos:_____
Diagnóstico principal:_____
Comorbidades:_____
Tipo de ferida:_____

Entrevista Semi-estruturada:

História da ferida (como surgiu?)
Como cuida da sua ferida?
O que costuma usar geralmente para cuidar da ferida?
Utiliza alguma outra forma para tratamento da ferida que não seja a medicamentosa?
Se a resposta for sim:
Qual/quais? Como ?
Em que tipo de ferida?
Onde aprendeu esta outra forma de tratamento? Com quem?
Como faz a aplicação?
Quais resultados espera conseguir? E quais resultados acha que já conseguiu?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Saberes e práticas de clientes com feridas: perspectivas educativas do enfermeiro

Pesquisador Responsável: Carla Lube de Pinho Chibante
Orientadora: Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense
Telefones para contato: (21) 22254211 - (21) 93921477

Nome do voluntário:_____
Idade: _____ anos R.G. _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "Saberes e práticas de clientes com feridas: perspectivas educativas do enfermeiro". Esta pesquisa tem como objetivos: elaborar um programa educativo voltado para clientes com feridas; analisar os saberes e práticas dos clientes no cuidado de feridas e suas implicações para o cuidado de enfermagem; Identificar as práticas utilizadas pelos clientes no tratamento de feridas; Descrever os saberes e práticas dos clientes com feridas;

Participando desta pesquisa, o (a) Senhor (a) estará contribuindo para a ampliação dos conhecimentos em relação ao cuidado de pessoas com feridas, considerando seu saberes e práticas. A pesquisa será realizada a partir da consulta de enfermagem através de observação participante e entrevista semi-estruturada, que será gravada em aparelho digital.

A presente pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Caso o (a) Sr. (a) tenha qualquer dúvida relacionada a pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador, por telefone ou pessoalmente. O pesquisador garante o acesso às informações atualizadas durante todo o estudo. Sua participação é voluntária, de maneira que está livre para retirar este consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. As informações relacionadas à sua privacidade serão mantidas em caráter confidencial. Ao final do estudo, as informações poderão ser divulgadas em textos, periódicos ou eventos científicos da área de saúde.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, RJ, _____ de _____ de _____.

_____

Nome e assinatura do paciente

_____

Testemunha

_____

Nome e assinatura do pesquisador

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA