

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DE FERIDAS SOB A ÓTICA DO CUIDADO TRANSCULTURAL

Deise Marinho da Silva^a
Kátia Reis Mocelin^b

RESUMO

O objetivo deste artigo é levar o profissional da área da saúde, enquanto possuidor de conhecimento técnico-científico, a vislumbrar a possibilidade de um fazer diferente, consolidando, nestes tempos-pós-modernos, um cuidado mais humanizado ao cliente portador de feridas, através da interação das crenças e valores, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado, e do compartilhamento de experiências e percepções, subsidiado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger.

Unitermos: cuidado, feridas

THE CARE OF NURSING TO THE CARRYING CUSTOMER OF WOUNDS UNDER THE OPTICS OF CARE TRANSCULTURAL

ABSTRACT

The objective of this article is to take the professional of the area of the health, while possessing of technician-scientific knowledge, to glimpse the possibility of one to make different, consolidating, in these time-after-modern, a humanized care more to the carrying customer of wounds, through the interaction of the beliefs and values in such a way of who it takes care of how much of who he is well-taken care of and of the sharing of experiences and perceptions, subsidized for the Theory of Diversity and Universality of Transcultural Care by Madeleine Leininger.

Uniterms: care, wounds

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL CLIENTE PORTADOR DE HERIDAS BAJO LA ÓPTICA DEL CUIDADO TRANSCULTURAL

RESUMEN

El objetivo de este artículo es llevar el profesional del área de la salud, mientras poseedor de conocimiento técnico-científico, la vislumbrar la posibilidad de un hacer diferente, consolidando, en

^a Gerente de enfermagem e integrante da Comissão de Curativos do Hospital de Caridade de Florianópolis, Especialista em Administração Hospitalar, Especialista em Saúde da Família, Mestre em enfermagem. Genf@hospitaldecaridade.com.br

estos tiempos-post-modernos, un cuidado más humanizado al cliente portador de heridas, a través de la interacción de las creencias y valores tanto de quienes cuida cuanto de quienes es cuidado y del reparto de experiencias y percepciones, subsidiado por la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Untemos: cuidado, heridas

INTRODUÇÃO

Desde os tempos antigos, uma das principais preocupações do homem é a de manter a sua saúde. Com grande capacidade de gerar tecnologia em prol de seu benefício, vem ganhando força na conquista dos avanços científicos, favorecendo gerações futuras. A luta contra a doença e a morte, embasada nas pressões advindas de uma consciência social cada vez maior, aliada aos recentes conhecimentos científicos, faz surgir um novo paradigma de saúde, uma nova visão da realidade em que se prima por encontrar novos caminhos na busca de um viver melhor⁽¹⁾.

Na evolução histórica do cuidado de pessoas doentes, há registros de que tais pessoas eram mantidas em locais úmidos, sem luz natural e sem higiene. Podemos lembrar dos sanatórios para os hansenianos da Idade Média, que eram ambientes insalubres, sem ventilação, com iluminação insuficiente, leitos coletivos e higiene inadequada, representando um grande risco à saúde. Noções de assepsia, embora rudimentar e empíricas, já constituíam preocupações dos agentes da saúde desde a idade média, época em que se usava o enxofre para evitar a propagação da peste bubônica⁽²⁾.

As transformações, no século XVIII, possibilitaram que os hospitais exercessem ações terapêuticas mais efetivas. Assim, iniciavam-se as práticas no cuidado com o controle de transmissão das doenças contagiosas, controle este marcado pela mudança de um hospital preparado para receber as pessoas destinadas à morte para um local de tratamento e cura⁽³⁾.

Mesmo com o objetivo de controlar a transmissão de doenças, era impossível controlar a situação da insalubridade dentro dos hospitais, que persistiu até a metade do século XIX, quando esse cenário começa a se modificar com a descoberta das bactérias, por Pasteur, e os conceitos de anti-sepsia, de Lister⁽³⁾.

^b Enfermeira chefe do setor de emergência e integrante da Comissão de Curativos do Hospital de Caridade de Florianópolis, Especialista em Emergência e Unidade de terapia Intensiva. Katiamocelin@uol.com.br

Com o advento da penicilina, por Fleming, em 1928 e Florey em 1941, ampliam-se as possibilidades de ser controlada a infecção em cirurgia. Estaria, assim, estabelecido o princípio da anti-sepsia hospitalar⁽²⁾.

No fim do século XX, o hospital contemporâneo apresenta-se como uma instituição preocupada com a promoção, recuperação e a reabilitação da saúde⁽⁴⁾. Mas, para isso, se faz necessário envolver diversos profissionais com saberes e práticas específicas, com finalidade de proporcionar cuidado individualizado, buscando compreender o diagnóstico, a terapêutica adequada, sem deixar de se preocupar com os fatores psicológicos, sociais e humanizados.

Atualmente, muito se tem discutido sobre os cuidados avançados na saúde, dentre os quais a preocupação com a prevenção e o tratamentos das feridas.

Bajay, Jorge e Dantas⁽⁵⁾ definem ferida como qualquer lesão no tecido epitelial, mucosa ou órgão com prejuízo de sua função básica, sendo que, para Jorge e Dantas⁽⁶⁾, o significado da palavra ferida ultrapassa a simples definição da perda da continuidade da pele. Para Smeltzer e Bare⁽⁷⁾, ferida pode ser descrita como solução de continuidade das células; segue-se, então, que cicatrização da ferida é a restauração dessa continuidade.

Assim, definimos ferida como sendo qualquer lesão que leve a uma interrupção da continuidade corpórea, independentemente do tecido envolvido e da intensidade da lesão, a interrupção da estrutura anatômica ou fisiofuncional do tecido.

Como integrantes da comissão de curativos, temos observado que as feridas, muitas vezes desenvolvidas em função das condições físico-patológicas do cliente, são vistas por alguns profissionais da saúde como uma patologia secundária, não tendo o cuidado ideal ou necessário, isso é, são tratadas em segundo plano. Ledo engano, pois, a partir do momento em que surge a ferida, esta deve merecer todo o tratamento, exclusivo e necessário à recuperação, considerando a autonomia patológica decorrente da própria ferida e o bem estar geral do cliente. O cliente, antes de tudo, é um ser, a viver e a se expressar física e psicologicamente, além de, pela sua inteligência e vontade, participar do processo social. A ferida, como parte desse ser, desse todo existencial, não pode ser tratada ou prevenida com um fato patológico isolado do contexto do ser, do existir do cliente. Pelo contrário, reflete, em si mesma, outros problemas, que, não necessariamente, são estritamente orgânicos, inflamatórios, teciduais⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva, ao avaliar e tratar uma ferida, devemos enxergar além dela, ocupando-nos do cliente como um todo, de forma holística⁽⁸⁾. Vale salientar que o profissional da saúde, ao deixar de ver

o cliente de forma holística e preocupar-se, secundariamente, com o tratamento da ferida, poderá estar ampliando o tempo de internação e o custo do tratamento.

Os profissionais de saúde devem estar preparados técnico/cientificamente, assumindo o paradigma que determina a sistematização global do saber humanizado, visualizando o cliente como único em todas as suas necessidades. Devem estar envolvidos e desenvolver a sensibilidade para cuidar além do que os olhos vêem, que lhes possibilite descobrir e intervir adequadamente nos fatores desencadeantes do aparecimento e agravamento das feridas.

1- IMERGINDO NA HISTÓRIA NO TRATAMENTO DAS FERIDAS

A prestação de cuidados ao cliente portador de feridas requer do profissional de enfermagem multiplicidade de conhecimentos e versatilidade na atuação.

Temos observado que, nos últimos anos, pesquisadores vêm buscando incessantemente identificar, na literatura, conhecimentos relativos ao tratamento e cuidado com feridas.

No meio técnico e científico em saúde, referindo-se à questão das feridas, dispõem-se mais de obras de autores internacionais, obviamente traduzidas, que, mesmo necessárias e interessantes, não revelam a realidade do nosso dia-a-dia no Brasil. Contudo, sabemos que esse tratamento não só se destaca por causa dos avanços tecnológicos em ascendência, mas, e principalmente, pela crescente humanização da assistência, hoje em foco.

Alguns autores afirmam que a trajetória histórica do tratamento de feridas remonta à gênese humana, com a luta entre os filhos de Adão e Eva, em que Abel foi morto pelos golpes de Caim^(6.8). Acreditamos, então, que os autores supunham que, nessa luta, Caim tenha ficado ferido, surgindo a preocupação no cuidar de feridas.

Transportando-nos para a pré-história, constata-se que, nessa época, eram utilizadas plantas ou seus extratos como cataplasma de folhas e ervas, com a intenção de estancar o sangue e favorecer a cicatrização, permitindo a umidificação de feridas abertas, sendo muitas dessas ervas ingeridas para atuação em via sistêmica.

A História Antiga revela que, no século XIII, a Europa esteve envolvida numa série de guerras sem fim, a partir daí, durante seiscentos anos. Obviamente que o resultado dessas guerras foram muitas feridas fortemente extensas, muito laceradas e altamente contaminadas.

Existem relatos sobre a História da Enfermagem de que, durante a guerra da Criméia, houve um despertar pelo interesse no tratamento com feridas, por profissionais que se dedicavam ao cuidado de doentes. Somente num exército de cerca de 300.000 homens, aproximadamente 100.000 foram mortos,

como resultado de feridas. Eles foram registrados como vítimas de erisipela, escaras, septicemia e gangrenas com amputação de membros ⁽²⁾.

A civilização egípcia, há mais de três mil anos, embora repleta de realizações arquitetônicas e artísticas, foi marcada pela opressão e violência, gloriosa por discórdias e homicídios, enegrecida pelo medo demoníaco, mas iluminada pela fé⁽⁸⁾. Esses fatos influenciaram a medicina egípcia, principalmente em relatos de utilização de produtos tópicos para o tratamento de feridas.

No Egito, no ano de 1550, os papiros de Ebers constituem a principal fonte de estudo do antigo Egito, registra importante aspecto no âmbito médico-cirúrgico, divulgando e descrevendo mais de setecentas substâncias utilizadas, até mesmo no tratamento de feridas, como, por exemplo: aloe Vera, utilizada até hoje, alho, cebola, mel, figo, óleo de oliva, óleo de rícino (óleo de mamona), óleo de acácia (ácido tânico), alguns minerais, que tinham como objetivo “depurar” o organismo, eliminando substâncias nocivas. Nesses papiros, há registros de que ferimentos eram amarrados em tiras de linho embebidas com resina ou atadas com carne fresca utilizada para estancar hemorragias difusas⁽⁸⁾.

Durante a civilização grega, e, posteriormente, na romana, o tratamento de feridas também assumiu papel de destaque. Utilizavam-se emplastos, banhas, secreção do caramujo (baba), óleos vegetais (oliva, rícino), vinho⁽⁸⁾.

No ano 300 aC, surge Hipócrates, célebre médico na história da medicina grega, que foi o primeiro a indicar o tratamento de feridas infectadas com calor, uso de pomadas e remoção de material necrosado. Sugeriu a utilização de ervas medicinais, mel e leite, e o vinagre para assepsia. Também aconselhava desbridamentos e cauterizações para limpeza. Nessa mesma época, surgem recomendações de lavagem de feridas com vinho e vinagre e manutenção do local seco. Hipócrates também afirmava que as úlceras dos membros inferiores seriam o resultado do desequilíbrio dos quatro “humores” do corpo: a bile (raiva), a flegma (calma), a umidade (hidratação) e a desidratação. As feridas, permanecendo abertas, permitiriam que os maus fluídos saíssem do organismo. Logicamente, pensando assim, sua cura causava desinteresse, pois a cicatrização da ferida poderia provocar a morte do cliente ou a retenção dos maus fluidos ⁽⁶⁾.

A era do cristianismo surge emanada de fé, sendo que várias curas de feridas cutâneas eram atribuídas a intervenções Divinas e milagrosas, como, por exemplo, a fé nos santos Cosme e Damião, considerados os padroeiros dos feridólogos⁽⁸⁾.

Com as influências da medicina hipocrática, a filosofia e a medicina se separam e os deuses foram excluídos dos tratamentos. Porém, ainda hoje, encontramos junto à população devotos a santos

ou taumaturgos protetores de doenças. No caso das feridas, são invocados, em orações, São Bartolomeu, São Sebastião, além de São Cosme e Damião.

Candido⁽⁸⁾ cita que Celsius foi outro estudioso dessa área. Classificou tipos de feridas, definiu os tratamentos, descreveu os sinais prodrômicos da infecção (dor, rubor, edema e calor), definiu técnicas de desbridamento e preconizou o fechamento primário de lesões recentes por meio de sutura⁽⁸⁾.

Lembramos que, no período medieval, a figura da bruxa assume importante papel no tratamento de feridas, associando a suas preces plantas medicinais, teia de aranha, ovo, cauterização com óleo quente. O corpo humano era considerado sagrado, lugar de residência do espírito ou das forças demoníacas. Já os povos que viviam na antiguidade tinham enorme preocupação com as complicações infecciosas, segundo nos revela a história do tratamento de feridas. Entretanto, esses povos não sabiam o que era o processo infeccioso, pois a “Teoria dos Germes” iria surgir apenas no século XIX. Conseqüentemente, por ausência de recursos científicos, os homens continuavam buscando a cura das feridas através de milagres junto aos deuses e santos⁽⁶⁾.

Em algumas culturas, ainda nos dias atuais, encontram-se pessoas que atribuem a cura de feridas e de outras enfermidades a crenças e não aos recursos e descobertas científicas. No entanto o processo do tratamento de feridas mostra que a humanidade sempre esteve interessada na busca pelo tratamento de suas enfermidades, qualquer que seja o caminho.

Ainda no final da década de 1950 e início de 1960, acontece o surgimento de novos estudos e conceitos sobre o cuidado com as feridas, com técnicas mostrando a importância da limpeza mantendo o leito da ferida limpo e úmido, com a certeza de que essa condição acelera o processo de cicatrização⁽⁸⁾.

Somente no início da década de 1990, começam a surgir, no Brasil, escritos e estudiosos sobre o tratamento de feridas em meio úmido. As escolas de enfermagem dessa década ainda ensinavam os princípios da manutenção dos curativos secos e o uso de anti-sépticos como ácido acético, líquido de Dakin, mercúrio cromo, entre outros. No final dessa década, surgem, no mercado nacional, os mais diversos produtos específicos para o tratamento das feridas.

Como vemos, as feridas vêm persistindo por séculos e séculos e o seu tratamento ainda passa por muitos processos na busca da qualidade e eficácia. Porém, existem controvérsias por sofrer a influência das culturas trazidas em cada época, como hoje as tecnológicas⁽⁶⁾.

Observa-se uma grande evolução nos princípios de tratamentos tópicos de feridas. Porém, é ainda comum encontrarmos condutas técnicas inadequadas, ou mesmo produtos ineficazes, prejudiciais ao processo de cicatrização.

Entendemos ser de grande responsabilidade do enfermeiro em manter a integridade da pele do cliente. Dessa forma cabe enfatizarmos a necessidade do profissional conhecer a estrutura e a função da pele, bem como os fundamentos básicos para a prevenção de lesões e a avaliação para o tratamento das feridas.

2-O Tratamento de Feridas Sob a Ótica do Referencial do Cuidado Transcultural

Sabemos que, atualmente, existem, no mercado, produtos desenvolvidos com a mais alta tecnologia, baseados na utilização do conceito do tratamento das feridas no “meio úmido” para a cicatrização. Muitos desses produtos são preparados apenas para fornecer conforto, praticidade e economia e outros são realmente eficazes. Porém, pensamos que assim como cada pessoa tem suas características, cada ferida tem suas peculiaridades e devem ser tratadas como tal, razão pela qual enfatizamos a importância do bom diagnóstico na avaliação para o adequado tratamento.

Não existe o melhor produto ou aquele que possa ser utilizado durante todo o processo cicatricial. Devemos conhecer todos, pois cada um apresenta indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens... O importante é ponderar e sempre utilizar o bom senso ⁽⁸⁾.

Entendemos que, quando conhecedores da fisiologia da pele e das características da injúria sofrida por ela, seremos capazes de tomar decisões sobre a técnica e a conduta do tratamento através da constante avaliação e reconhecimento da ferida.

Não cabe, aqui, discorrermos sobre os vários tipos de curativos e finalidades, mas compreendermos a possibilidade de prestarmos cuidado ao cliente com ferida, respeitando suas crenças e valores, compartilhando experiências e percepções. Por isso, acreditamos que A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural é a que melhor subsidia essa forma de cuidar.

A Teoria Transcultural aponta para o cuidado de enfermagem direcionado a todas as culturas e tem como crença básica o cuidado como essência da enfermagem, que permite entender a forma como os seres humanos se comportam e se expressam, através de princípios, crenças e educação em relação ao cuidado estar ligado diretamente aos padrões culturais. Além disso, aponta para as influências da estrutura social diante das ações e decisões que envolvem o cuidado ⁽¹⁰⁾.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural é representada pelo Modelo do Sol Nascente, que simboliza o surgimento do sol, em que valores, crenças e práticas do cuidado são influenciados pela visão de mundo, contexto social, político, educacional, econômico, linguagem, religião, tecnologia e ambiente de cada cultura.

MODELO CONCEITUAL E TEÓRICO "SOL NASCENTE"



O cuidado cultural é definido por Leininger⁽¹²⁾ como os valores, crenças e expressões padronizados, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem estar, a melhorar uma condição de vida humana ou enfrentar a morte e deficiências. O cuidado cultural é o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prevenir fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem.

Nesse processo de cuidar, as ações devem começar a ser planejadas a partir da visão de saúde do cliente e, não do ponto-de-vista da enfermagem. Assim, jamais deve-se ridicularizar uma crença ou uma prática cultural, seja verbal, seja não verbal; evite a remoção de medalhas ou da roupagem de caráter religioso que tenham alguma simbologia para o cliente. No entanto, se, caso isso deva ser feito, mantenha esses objetos em segurança e recolha-os; assim que possível; facilite rituais da parte de quem quer que seja, identificado pelo cliente, seja um curandeiro ou outro indivíduo integrante de seu sistema religioso⁽¹¹⁾.

No cuidado, a cultura pode agir de diferentes maneiras, influenciando os valores culturais por estar incorporada à vida dos seres humanos. Atua de forma diversificada e universal, orientando decisões e ações.

Na história do tratamento de feridas, encontramos, em diferentes épocas, fenômenos, mitos e superstições vindos de diferentes culturas. Na pré-história, eram utilizadas plantas ou seus extratos, como cataplasma. Os egípcios usavam excrementos de moscas e lagartixas, urina humana e fezes de crianças recém-nascidas; na medicina grega, eram utilizados vinho ou vinagre e ainda podemos citar os devotos a santos ou taumaturgos protetores de doenças⁽⁶⁾.

Culturalmente, a palavra ferida traz consigo um significado que sobrepuja a lesão tecidual e, muitas vezes, a expressão “ferir alguém” é popularmente utilizada para definir situações em que o outro nem mesmo foi tocado. Este pode ser um exemplo da diversidade e universalidade de culturas expressa por Leininger em sua Teoria Transcultural do cuidado.

Leininger⁽¹²⁾ designa a cultura como o conjunto de elementos construídos através da trajetória vivenciada no contexto com crenças, valores, normas e estilos de vida praticada e que foram compartilhados, aprendidos, incorporados, compreendidos e transmitidos, por particulares, através de pensamentos, atos, decisões, abnegações, e guiados por um determinado padrão. A autora tem, em sua teoria, o reconhecimento da importância da cultura e de sua influência sobre tudo aquilo que envolve os desígnios e os provedores do cuidado de enfermagem.

Dentro da cultura, estão incorporados outros fatores representativos, como a estrutura social, que se refere aos principais elementos, interdependentes e funcionais de sistemas, tais como: valores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais de uma cultura particular demonstrados em contextos lingüísticos e ambientais⁽¹²⁾.

Transportando o cuidado cultural aos clientes portadores de feridas, observamos que são indivíduos pertencentes a uma cultura e que possuem valores, crenças, normas e modos de vida

praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos através de gerações passadas ou de outros indivíduos do seu convívio, capazes de promoverem influência na sua forma de pensar e agir. Frente à ferida como uma injúria que causa experiências tão dolorosas, transtornos psicológicos, econômicos e sociais para o cliente, por se constituir em um momento delicado, deve a enfermagem, ao considerar a cultura, oferecer o cuidado, com o intuito de auxiliar o cliente portador de feridas diante das necessidades apresentadas no tratamento.

Para o tratamento propriamente dito desses clientes, também é necessária uma cultura de cuidados, em que os profissionais de enfermagem desenvolvam uma visão específica do cuidado, através de informações. Essas informações permitem a identificação das similaridades e diferenças ou a diversidade do cuidado cultural. Devem utilizar várias técnicas e instrumentos para esclarecer os dados e, a partir daí, usarem princípios de inclusão e exclusão com respeito ao cuidado.

O cuidado de enfermagem, na Teoria do Cuidado Transcultural, surge a partir de dois métodos, ou sistemas de cuidado à saúde: o sub-sistema de saúde popular e o sub-sistema de saúde profissional, os quais possuem seus próprios valores e práticas, podendo ocorrer divergências entre eles nas diversas culturas .

O sub-sistema de saúde popular refere-se ao conhecimento local do próprio povo passado de geração para geração. Podemos dizer que o sistema popular é identificado, no contexto do cuidado com feridas, através dos conhecimentos aprendidos e transmitidos culturalmente. O saber popular tem a facilidade de permitir algumas ações de cuidado, fatores fundamentais e interligados, como, por exemplo, a real intenção do cliente em curar-se e a sua colocação efetiva durante todo o tratamento. Uma experiência do sistema popular vivenciada por nós, enquanto integrantes da Comissão de Curativos de uma Instituição Hospitalar, foi quando um cliente estudioso de plantas medicinais, com várias úlceras de decúbito, demonstrou o interesse em ter suas feridas cuidadas com Calêndula. Apresentou-nos vários estudos sobre o assunto e a fórmula de manipulação. O interesse e a confiança do cliente era tanta, que não tivemos dúvida de que o resultado poderia ser positivo, como realmente foi. Entretanto, com outro cliente, também com úlcera de decúbito, onde utilizamos Aloe Vera in natura, mesmo após termos estudado muito sobre o produto e termos tomado todos os cuidados possíveis, o resultado não foi positivo, pois nenhuma bibliografia estudada dizia que poderia aumentar o sangramento, se colocado sobre tecido de granulação. Ao contrário, os estudos dizem que Aloe Vera atua como coagulante e cicatrizante. Entretanto, na nossa experiência, não foi o que aconteceu. Quase uma hora após termos realizado o curativo, fomos chamados com urgência no setor para revermos o

mesmo que se encontrav sangrando muito. Ao abrimos o ferimento, nos deparamos com coágulos e mais coágulos, como se houvesse jorrando sangue de um grande vaso. Porém, ao limpamos a ferida com soro fisiológico, não percebemos nenhum vaso “babando”; apenas o tecido de granulação encontrava-se muito vivo e sangrante. Como não havíamos usado nada diferente a não ser Aloe Vera, deduzimos que poderia ser uma reação, a sua função adstrigente. Lavamos abundantemente a ferida com soro fisiológico sob a forma de irrigação, colocamos ácido graxo essencial, cobrimos normalmente com gaze e não houve mais problemas.

O que muito acontece, não apenas no interior da ilha, ou realizado por pessoas menos intelectuais, é o fato de que, quando alguém cai e bate a cabeça, ao invés de colocar-se gelo para evitar a formação de hematoma, acaba-se colocando uma faca. Se pensarmos cientificamente, a crendice de colocar uma faca não é todo errada, se considerarmos que a faca é fria, vai provocar uma leve vaso-constricção local, evitando a formação do famoso “galo”. Assim, como é colocada uma faca, qualquer outro instrumento frio teria o mesmo resultado, desde que a pessoa acreditasse. O mesmo ocorre com a colocação de rodelinhas de batata na frente da pessoa que está com cefaléia. Funciona? Até pode funcionar, se considerarmos que as rodelinhas são geladas, ocasionam vaso-constricção local, além da crença de quem utiliza, no resultado positivo.

O sub-sistema de saúde profissional são os serviços de cuidado ou cura organizados de forma independente, que venham sendo identificados ou oferecidos por vários profissionais de saúde. Nesse caso, encaixa-se o conhecimento técnico-científico do cuidado a feridas, não especificamente apenas quanto ao curativo, mas a todos os demais fatores que podem interferir no processo de cicatrização.

Para a praxe desses dois sub-sistemas de saúde, Leininger⁽¹³⁾ disponibilizou três formas de atuação do profissional na prestação do cuidado: manutenção, negociação e restauração.

- Preservação (manutenção) cultural de cuidados: ocorre quando as ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manterem, no seu modo de vida, valores relevantes acerca do cuidado de forma a manter sua saúde, recuperar-se da doença, enfrentar os limites decorrentes da doença ou possibilidades de morte ⁽¹³⁾.
- Acomodação (negociação) cultural de cuidados: ocorre quando as ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação estimulam as pessoas de um determinado grupo cultural para uma adaptação ou negociação de seu modo de vida, com os profissionais

que prestam cuidados, visando integrar possibilidades de resultados satisfatórios e benéficos à saúde ⁽¹³⁾.

- Repadronização (reestruturação) cultural de cuidados: refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, que ajudam os seres humanos a reorganizarem, substituírem ou modificarem seus modos de vida com padrões de cuidados diferentes, procurando respeitar seus valores culturais e as suas crenças e integrando a possibilidade de um modo de vida mais sadio e benéfico que aquele que ocorria anteriormente ao estabelecimento das modificações ⁽¹³⁾.

Fundamentado nessas três formas de atuação do profissional, dentro de uma perspectiva interacionista, considerando que o ser humano não só recebe estímulos, mas expressa comportamento e é livre para definir qualquer situação de modo único e imprevisível, surge a possibilidade de ampliarmos o cuidado ao cliente portador de ferida.

Assim, concomitantemente aos cuidados de enfermagem com a ferida, respeitamos as crenças do cliente/família e não o impedimos de benzer a ferida, se assim o deseja. Mas, buscamos, por exemplo, repadronizar o hábito do cliente de colocar esterco, banha de porco, urina, folha de bananeira, clara de ovo, pó de café, cinza de fogão a lenha ... sobre a ferida, introduzindo em sua cultura o conhecimento dos malefícios dessa prática.

Apesar de Leininger distinguir essas três formas de atuação do profissional, acreditamos que tanto a manutenção como a repadronização são mediadas pela negociação. Não vemos possibilidade de se manter ou repadronizar uma cultura, ou hábitos, sem argumentar sobre os prós e os contras, sem explicar, sem facilitar os recursos e motivar o cliente/família a manter ou se adaptar a um novo modo de vida.

Sentimos que pouco sabemos sobre as diversidades culturais e, em função desse desconhecimento, a maioria dos profissionais, no cuidado, acaba desconsiderando as experiências vividas pelo cliente e impõem a sua cultura e conhecimento profissional, resultando, muitas vezes, em conflito, ou apenas numa aceitação momentânea do cliente por não ter outra alternativa.

Leininger⁽¹³⁾ denomina os conflitos como “confronto ou choque de culturas ou imposição social”, gerando situações de desconforto, quando uma outra cultura nos é imposta.

Para o tratamento de feridas, em algumas regiões, ainda nos dias atuais, são aplicados produtos caseiros, rezas e benzedadeiras, crenças que defendem a permanência da ferida, porque está arraigada nessa cultura, a crença de que pela ferida aberta saíam os maus fluidos do organismo. De acordo com

essa cultura, a cura se torna desinteressante, pois a cicatrização da ferida poderia provocar a morte do cliente ou a retenção dos maus fluidos.

A praxe do cuidado ao cliente portador de ferida requer ações integradas da família e da enfermagem, de forma congruente. A enfermagem, como representante do sistema de cuidado profissional, tem como objetivo promover o bem estar, crescimento e desenvolvimento, estilo de vida saudável, recuperar a saúde, permitir o entrosamento familiar no cuidado, utilizando sua percepção e procurando conhecer a percepção (crença, valores e práticas) do cuidado realizado pela família, fundamentado-se no sistema profissional de cuidado e no sistema popular de cuidado. Essa forma de cuidar consiste na mudança do paradigma biomédico pelo paradigma holístico em que se associa ao conhecimento e habilidade técnica o respeito às multidimensionalidades de cada ser humano.

CONCLUSÃO

A equipe de Enfermagem, enquanto cuidadora, baseada nas suas convicções, forma a sua própria filosofia, mas precisa compreender que o cliente possui autonomia e individualidade em favor de seus princípios, estilo de vida e educação. Portanto, cabe à equipe de enfermagem constantemente refletir sobre as crenças, valores e necessidades tanto de quem cuida, quanto de quem é cuidado. Dessa forma, poderá atuar em conjunto com o cliente, aceitando-o como um ser cultural, que necessita ser respeitado na unicidade que o caracteriza.

A Enfermagem deve desenvolver a sensibilidade para perceber as atitudes do cliente com relação à ferida, qual a sua real intenção em curar-se e negociar o cuidado sem imposição. Pois, na sociedade consumista onde vivemos atualmente, se o profissional não é perspicaz, é induzido a afastar-se de si mesmo e de sua identidade, na maioria das vezes, favorecendo a manipulação de seus valores culturais, suas crenças, dando lugar a comportamentos de acomodação e praticidade em detrimento do respeito à vontade velada do cliente. Isso, muitas vezes, por parte do cliente, favorece o descuido, pois esse nem sempre possui condições financeiras para curar-se, a partir do cuidado do sub-sistema de saúde profissional, e acaba tratando-se apenas com o embasamento do sub-sistema de saúde popular.

Dessa forma, na perspectiva de experimentar outras formas de cuidar de uma ferida que não se restrinja simplesmente à técnica de fazer ou trocar curativos, a enfermagem deve buscar capacitar-se para perceber que os seres humanos são constituídos de energia. Começamos a compreender novos pontos de vista a respeito do processo-saúde-doença; essa nova visão, além de ampliar a nossa compreensão acerca das causas das doenças, também promoverá o desenvolvimento de métodos mais eficazes de cura ⁽¹⁴⁾.

Numa perspectiva holística, esses métodos mais eficazes de cura incluem o estabelecimento de um relacionamento mais participativo entre o profissional de saúde e o cliente.

Sendo assim, temos a convicção de que a participação da equipe de enfermagem é fundamental na busca de novas maneiras de cuidar, fundamentadas no processo de construção da realidade individual e subjetiva de cada cliente portador de ferida, visando à melhoria da qualidade da assistência..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandes A.; Fernandes M. O. V.; Ribeiro F. N. Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2000.
2. Santos N.Q. Infecção Hospitalar Uma Reflexão Histórico-Crítica. Florianópolis: Ed. UFSC, 1997.
3. Rodrigues E. A. C.; et al. Infecções Hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: SARVIER, 1997.
4. Ribas, E.L.G. Saber gerir e gerir com Saber: A Indeterminação do conhecimento Administrativo dos enfermeiros. Ribeirão Preto, 1999. Tese (livre-docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.
5. Bajay H., Jorge S., Dantas S. e cols. Tratamento de feridas. (Grupo de Estudos de Feridas, Hospital das Clínicas – UNICAMP). São Paulo: GAO - Grupo De Apoio Pessoas Ostomizadas, 1999.
6. Jorge S. A., Dantas, S. R. P. E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de feridas. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003.
7. Smeltzer S. C.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
8. Candido L. C. Nova Abordagem No Tratamento De Feridas. São Paulo: Ed. SENAC, 2001.
9. Dealey C. Cuidando de Feridas: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu, 1996.
10. George J. B. Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
11. Timby B.K. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 6ª edição Porto Alegre, ART MED Editora, 2001
12. Leininger, M. M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991c. Cap. 1, p. 5- 72: The theory of culture care diversity and universality.
13. Leininger, M. M. Teoria do cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade. In: Anais Primeiro SIBRATEN UFSC. Florianópolis, 20-24 maio de 1985.
14. Stein D. Reiki Essencial: Manual completo sobre uma antiga arte de cura. São Paulo: pensamento, 9ªed., 2002