

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

LILIAN FELIPPE DUARTE DE OLIVEIRA

**INTERDIÇÕES AO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
PERCEPÇÕES E SUPERAÇÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO**

Rio de Janeiro
Dezembro – 2011

LILIAN FELIPPE DUARTE DE OLIVEIRA

**INTERDIÇÕES AO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
PERCEPÇÕES E SUPERAÇÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO**

Defesa de Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadora:

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Rio de Janeiro
Dezembro – 2011

Oliveira, Lilian Felipe Duarte de

Interdições ao corpo no cuidado de enfermagem: percepções e superações de estudantes de graduação / Lilian Felipe Duarte de Oliveira - - Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011.

141 f.: il. ; 31cm.

Orientadora: Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Referências Bibliográficas: f. 124 - 131

1. Enfermagem. 2. Cuidado de Enfermagem. 3. Educação em Enfermagem. 4. Estudantes de Enfermagem. 5. Tabu - Tese I. Araújo, Sílvia Teresa Carvalho de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

LILIAN FELIPPE DUARTE DE OLIVEIRA

**INTERDIÇÕES AO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
PERCEPÇÕES E SUPERAÇÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO**

Defesa de Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Aprovada em:

Profª Drª Silvia Teresa Carvalho de Araújo (Presidente) – EEAN/UFRJ

Prof Dr Antonio de Miranda Wosny (1º Examinador) – DE/UFSC

Profª Drª Teresa Tonini (2º Examinadora) – EEAP/UNIRIO

Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo (3º Examinadora) – EEAP/UNIRIO

Prof Dr Paulo Vaccari Caccavo (4º Examinador) – EEAN/UFRJ

Profª Drª Maria Julia Paes da Silva (Suplente) – EE/USP

Profª Drª Maria Soledade Simeão dos Santos (Suplente) – EEAN/UFRJ

RESUMO

Oliveira, Lilian Felipe Duarte. **Interdições ao corpo no cuidado de enfermagem: Percepções e superações de estudantes de graduação**. 2011. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Estudo sobre interdições ao corpo no cuidado de enfermagem sob o ponto de vista de estudantes, tendo como objetivos: descrever as atitudes e os comportamentos dos estudantes relativos às interdições ao corpo dos clientes durante o cuidado; analisar de que forma as percepções dos estudantes subsidiam a aprendizagem da experiência prática de cuidar de clientes com secreções e excreções; discutir os limites e limitações que os estudantes de enfermagem têm em relação às interdições aos corpos dos clientes no cuidado de enfermagem e de que maneira ultrapassam essas interdições. Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. No enquadramento teórico foram utilizadas vertentes teóricas sobre: fundamentos dos cuidados de enfermagem; percepção e ética; estudos sobre corpo; educação e passagens rituais. As técnicas de abordagem foram: dinâmicas de grupo com uso de Escala Análoga Visual; aplicação de Técnica de Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes e entrevista gravada a partir de um roteiro com questões semi-estruturadas. Os resultados obtidos foram triangulados e categorizados em unidades temáticas de acordo com a percepção dos estudantes. Observou-se que a maioria dos estudantes, antes de ingressarem na graduação, não presenciou atos excretórios e secretórios alheios e, quanto às suas próprias excreções e secreções, não experimentam nenhuma sensação aversiva. Alguns dizem que sentem nojo *em geral*. Durante a graduação, entrar em contato com excreções e secreções dos clientes demanda adaptações frequentes às situações, e no processo ritual de formação profissional ver, sentir o odor, tocar, ouvir e ter reações de paladar em relação às secreções e excreções dos corpos dos clientes gera sentimentos contraditórios. Os estudantes reagem às interdições, mas grande parte deles adquire, aos poucos, um comportamento compatível com o ambiente cultural relativo às atividades de cuidar na enfermagem, comportamento que se traduz no desenvolvimento de empatia e simpatia que modula a afetividade/afeição que sentem pela clientela. Além disso, os estudantes passam a sentir que eles e clientes estão co-implicados no cuidado e conseguem transcender, mesmo que os corpos

dos clientes vertam secreções e excreções e estimulem os sentidos deles de maneira aversiva. Em decorrência dos contatos mais efetivos e constantes com a clientela, intermediados pelo cuidado de enfermagem, os estudantes passam a perceber-se e perceber os clientes de acordo com uma atmosfera que é inerente ao *ethos* da enfermagem. Assim, se considera nesta tese que os objetivos foram alcançados, pois, face à complexidade e à problemática relativas à prática dos estudantes junto à clientela com secreções e excreções, e perante as falas deles, pode-se afirmar que eles ultrapassaram a fase de se expressarem verbal e não-verbalmente de maneira repulsiva às secreções e excreções que “brotavam” dos corpos dos clientes. Dessa maneira, defendemos a tese de que a *transcendência das interdições que o corpo da clientela suscita na ação de cuidar dos estudantes de enfermagem se dá pela ética profissional*, pois os dados/achados confirmaram que os estudantes passaram para a fase de agir de acordo com princípios profissionais, relativos ao *Espírito*, a *Arte* e a *Ciência de Enfermagem*, cuidando de si e cuidando do outro, com coração, cabeça e mão.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado de Enfermagem. Estudantes de Enfermagem. Ética de Enfermagem. Tabu.

ABSTRACT

Oliveira, Lilian Felipe Duarte. **Prohibitions to the body in nursing care: Perceptions and surpasses of undergraduate students**. 2011. 141 f. (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Study on the body bans in nursing care from the point of view of students, having as objectives: to describe the attitudes and behaviors of students concerning the prohibition of clients throughout the body care, to examine how the perceptions of students subsidize learning experience of caring for clients with secretions and excretions; discuss the limits and constraints that nursing students have regarding the prohibition to the bodies of clients in nursing care and how they surpass these prohibitions. Non-experimental, exploratory and descriptive, qualitative approach. In the theoretical framework we used four theoretical sources: fundamentals of nursing care, perception and ethics, studies of the body; education and ritual passages. The technical approach were: group dynamics using Visual Analog Scale, application of Technical Experience of the Senses Socio-communicating and interviews with semi-structured guide. The results were triangulated and categorized in thematic units according to the perception of students. It was observed that most students, before entering graduate, did not witness excretory and secretory actions of others and as for his own excretions and secretions, aversive experience no sensation. Some say they feel sick in general. During graduation, contact with excretions and secretions of clients, demands frequent adaptations to situations throughout the course, and the ritual process of training see, feel, smell, touch, hear and have taste reactions in relation to the secretions and excretions from the bodies of clientes generates mixed feelings. Students react to prohibitions, but most of them get gradually a behavior compatible with the cultural environment on the nursing care activities, behavior that is reflected in the development of empathy and sympathy that modulates the warmth/affection they feel for the clientele. In addition, students come to feel that they and customers are co-involved in the care and can transcend, even the bodies of customers pour secretions and excretions and stimulate their senses so aversive. As a result of more effective and constant contact with customers, mediated by the care of nursing students to become aware and understand the customers according to an atmosphere that is inherent in the *ethos* of nursing. Thus, this thesis is considered that the objectives were achieved, because, given the complexity and the

issues concerning the practice of students with the clientele with secretions and excretions, and before the lines of them, one can say that they have surpassed the stage of express verbally and nonverbally so repulsive to the secretions and excretions that "sprouted" from the bodies of customers. Thus, we advocate the thesis that the transcendence of the body bans customer issues in the action of caring for nursing students, is given by the professional ethics, because the data/findings show that students have to act on stage with professional principles, for the *Spirit, Art and Science of Nursing*, taking care of yourself and taking care of each other. With heart, head and hand.

Keywords: Nursing. Nursing Care. Nursing Students. Nursing Ethics. Tabu.

Dedico

A família e amigos,

obrigado por trilharmos juntos o caminho da vida.

AGRADECIMENTOS

A todos
que, de alguma forma,
contribuíram para a realização deste estudo.

Seja humilde!

Reverencie a natureza e tudo ao seu redor.

Pois tudo o que te cerca é expressão de Deus.

SUMÁRIO

	pág:
1 APRESENTAÇÃO	13
• Objeto de estudo	16
• Questões norteadoras	21
• Objetivos do estudo	22
• Contribuições do estudo	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 Alguns significados de <i>cuidado de enfermagem</i>	25
2.2 Idéias acerca da <i>cultura</i> da enfermagem e os conceitos <i>dentro e fora</i> dos corpos nos cuidados de enfermagem	27
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	33
4 SOBRE PERCEÇÃO E USO DOS SENTIDOS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: CULTURA, ESTÉTICA E ÉTICA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	45
4.1 Interdições e rituais no <i>ambiente</i> da enfermagem	45
4.2 Corpos sensíveis x corpos expressivos - Os sentidos sociocomunicantes e a percepção dos estudantes de enfermagem	48
4.3 Percepção e risco, ou: da pele para dentro (dos estudantes de enfermagem) e da pele para fora no que se revela e se oculta (nos corpos <i>expressivos</i> da clientela) durante os cuidados de enfermagem	56
4.4 Ética, ambiente e cultura de uma profissão – alguns aspectos da passagem ritual dos estudantes e as interdições aos corpos no cuidado de enfermagem.....	92
5. SOBRE O ESPÍRITO, A ARTE E A CIÊNCIA DE ENFERMAGEM INCLUÍDAS NO CUIDADO PRESTADO POR ESTUDANTES A CLIENTES COM SECREÇÕES E EXCREÇÕES – CONSIDERAÇÕES (FINAIS)	114
• REFERÊNCIAS	124
• ANEXOS	132
• APÊNDICES.....	133

INTERDIÇÕES¹ AO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES E SUPERAÇÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo tem a ver com cuidados dispensados por estudantes de enfermagem e está intimamente ligado há mais de vinte e cinco anos de experiência profissional com que contamos², sendo que desses, 16 anos têm sido dedicados à docência. Nesse sentido, e antes de tratarmos no assunto de nosso interesse, ressaltamos que, para Nightingale (1989), a palavra cuidado – “care” –, é utilizada no sentido de centralizar a abordagem da enfermeira na problemática da clientela. Essa idéia faz com que o *objeto de trabalho das enfermeiras* (ALMEIDA; ROCHA, 1986)³ possa denotar o uso da capacidade de observação e dos sentidos – e isto dentre tantas outras coisas que a enfermeira deve saber para praticar a profissão. Para tanto, ela utiliza seu corpo como *instrumento do cuidado de enfermagem* (FIGUEIREDO, 1994), corpo sensível que, no caso dos estudantes, lança mão dos sentidos sociocomunicantes para estabelecer contato mais efetivo com a clientela nos mais diversos cenários da prática hospitalar (ARAÚJO, 2000). Isto implica dizer que as enfermeiras e estudantes consolidam o cuidado de enfermagem quando criam vínculos com os clientes, utilizando suas percepções no atendimento aos clientes, além de todo o instrumental para cuidar de que dispõem.

Com a intenção de construir nosso objeto, sabemos de antemão que nosso estudo não é uma novidade absoluta, mas a idéia central desta tese é ainda pouco explorada na enfermagem, apesar de Nightingale (1989, p.166-167) ressaltar que:

¹ Interdição – ato de interdizer; proibição, impedimento (Interdição. In: Novo Aurélio: dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2000). As interdições são colocadas no plano do *tabu*, que por sua vez significa aquilo que é perigoso, por ser considerado impuro; proibição convencional imposta por tradição ou costume a certos atos (Tabu. In: Idem).

² Utilizo a primeira pessoa do plural porque compreendo que a temática desta tese diz respeito aos profissionais e pesquisadores de enfermagem, além de estar de acordo com as recomendações de Eco U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

³ Nesta tese utilizamos duas formas de fazer referências às obras. Uma delas, por conter somente a idéia do autor no plano mais geral, é referida pelo ano. Quando se trata de idéias mais específicas, fizemos a referência pelo ano e pela página da publicação; conforme normas da ABNT.

Os elementos do dever da enfermeira incluem ... observar o estado da expectoração, expectoração ferruginosa da pneumonia, a espumosa da pleurisia, a viscomucosa da bronquite, a densa, pesada, com estrias de sangue que ocorre na tuberculose ... observar o estado das secreções (ainda assim, nove entre dez de todas as enfermeiras nada sabem sobre essas coisas), se a eliminação de fezes é regular ou se há constipação intestinal, qual a sua coloração, se há alternância de diarreia em intervalos de alguns dias ou ausência completa de defecação; se a urina tem coloração clara ou muito forte, se a quantidade é excessiva ou escassa, se é límpida ou turva ou excessivamente escura quando os intestinos não funcionam ou muito clara no caso de diarreia; se há perda de sangue na defecação e, no caso de crianças, se há parasitos intestinais. Muitas enfermeiras parecem não considerar a observação dessas coisas como uma das suas responsabilidades.

Parece que esses aspectos da enfermagem ainda permanecem no plano dos tabus, porque os aspectos relativos às excreções e secreções dos clientes não são abordados na atualidade por “*nove entre dez de todas as enfermeiras [que] nada sabem sobre essas coisas*”, tal como Nightingale afirma em 1859. Ressaltamos, dentre os registros da enfermagem que tratam das questões relativas às excreções e secreções, os trabalhos de Wosny (2002), Oliveira (2003) e o de Araújo e Spier (2007). Por isso, nossa proposição é a de que durante os cuidados dispensados pelos estudantes aos clientes com secreções e excreções, nem sempre eles percebem aquela experiência como sendo agradável, o que pode levá-los a experimentar sensações aversivas como a de nojo, por exemplo.

É certo que há uma grande diversidade de reações dos estudantes e profissionais aos cuidados de pessoas nessas situações. No que diz respeito aos estudantes, pode-se observar que eles cuidam da clientela, mas evitam comentar acerca de cuidar da pessoa cujo corpo exala odores fortes, verte humores nem sempre agradáveis à visão, ao olfato, ao tato e a audição. Talvez isso esteja relacionado ao fato de que o *sujo* é a manifestação do desorganizado e do incontrolado, é a expressão da desordem (DOUGLAS, 1970, In: RODRIGUES, 1979, p.17), manifestações que, supostamente, não poderiam aflorar no processo de cuidar, já que os estudantes sentem a necessidade de demonstrar (para os clientes e docentes) aquilo que consideram como sendo *o certo, o correto e o esperado* deles.

A título de contextualização, ressaltamos o fato de que os estudantes de graduação em enfermagem, de maneira geral, encontram-se numa faixa etária que compreende a transição da adolescência à vida adulta, momento em que escolhem uma profissão. No caso da enfermagem, essa escolha certamente coloca os

estudantes perante algumas das fragilidades da vida humana, situações que podem desdobrar-se em conflito, pois em curto espaço de tempo eles têm de se adaptar às contingências de cuidar de pessoas com problemas causados pelas doenças, e mais: com maturidade.

Pensamos que esses conflitos fazem parte de um processo que corresponde à passagem da fase da adolescência à vida adulta, bem como da fase laica à profissional. Tal como afirma Moura (2005), o cuidado de enfermagem pode ser interpretado como um processo ritual e, quanto à classificação dos ritos, Van Gennep (2011, p.24) tece as seguintes considerações:

A vida individual consiste em uma sucessão de etapas, tendo por término e começo conjuntos da mesma natureza, a saber, nascimento, puberdade social, casamento, paternidade, progressão de classe, especialização de ocupação, morte. A cada um desses conjuntos acham-se relacionadas cerimônias cujo objeto é idêntico, fazer passar um indivíduo de uma situação determinada a outra situação igualmente determinada.

Em vista das afirmações dos autores, perguntamos: como será que os estudantes costumam reagir à secreções e excreções dos corpos dos clientes, já que são jovens, seus corpos ainda conservam o frescor da juventude e estão aparentemente saudáveis? Pensamos que, na concepção deles, “o esperado” é o controle das emoções e, por isso, eles acabam por criar ou manter alguns tabus relativos aos cuidados que deveriam ser dispensados à clientela. É preciso considerar que “sentir emoção” é, dentre inúmeras coisas, algo que também se aprende pois, tal como afirma Rodrigues (2006, p.109), o tom emocional dos pais ao ensinar as crianças a falar ou ao ensinar a analisar os seus comportamentos é um importante transmissor dos padrões culturais da emotividade. Isso nos faz refletir acerca do modo pelo qual os estudantes aprendem a praticar a enfermagem, bem como nós docentes a ensinamos.

Ainda que os significados da palavra “*cuidado*” sejam amplos (HARMER; HENDERSON, 1962), prioritariamente ele está associado/centrado no cliente e não no profissional que cuida. Acerca disso, Nightingale (1893, apud BURDETT-COUTTS, 2007, p.195) afirma “*ela [a enfermeira] não deve considerar o paciente como criado para ela, mas, sobretudo, que ela foi criada para ele*”. Dessa maneira, mesmo que o cuidado seja *com, para e em volta* do cliente (HARMER; HENDERSON, 1962), os momentos que consideramos *aversivos* e relatados pelos estudantes no estudo, podem provocar um distanciamento entre o que se deve fazer

pelo cliente e o sentimento que os estudantes expressam ao fazê-lo. Isto pode acarretar outros conflitos como uma possível superposição da técnica ao afeto na ação de cuidar da clientela, bem como fazer com que os estudantes experimentem a sensação de *empatia*.

Talvez essa superposição do afeto pela técnica tenha a ver com uma sutileza de sentimentos, pois muitas vezes, levados por impulso incontrolável, as pessoas fazem coisas das quais podem se arrepender, sentir remorso, culpa, ou até mesmo ultrapassar esses sentimentos. Em última instância, as pessoas exprimem um *senso moral*, isto é, a avaliação de um tipo de comportamento que se desdobra em idéias, que por sua vez resultam na criação de concepções de certo e de errado (CHAUÍ, 2003).

Em vista disso, nossa pretensão nesta tese foi a de investigar **a percepção⁴ dos estudantes acerca das interdições relativas aos corpos dos clientes, e a ultrapassagem das mesmas na esfera do cuidado de enfermagem** como **objeto de estudo**. A principal razão do estudo é a de que, de acordo com nossa observação, os estudantes demonstram certas dificuldades quando têm de enfrentar situações nas quais cuidar pode significar ter sentimentos e sensações de repulsa, principalmente aqueles associados ao corpo doente (e não ao cliente propriamente dito), como relativos: à aspiração de traqueostomia; à troca de curativos com secreção abundante; ao esvaziamento de bolsas coletoras de drenos e ostomias, além de desprezar conteúdo de comadres e coletores masculinos de urina (patinhos) ou outras que tenham aspecto desagradável ou viscoso, de odor fétido.

Mas não só isso, pois o estudo justifica-se, também, pela criação de um espaço dialógico que permita gerar conhecimento ampliado acerca do processo de perceber, reagir e cuidar na enfermagem. Isto, porque pensamos que no cuidado de enfermagem há mais *interfaces* do que se possa supor. Tanto assim, que nos cenários da prática profissional é possível observar que não é comum se falar acerca dessas interdições. Pensamos que a ausência de diálogos é significativa, pois a prática da enfermagem requer uma relação de ajuda entre enfermeiras e

⁴ Percepção – um ato complexo que inclui multiplicidade de sensações, presentes e passadas, e também a sua referência ao objeto, isto é, um ato judicativo (...) não é conhecimento completo (...) uma interpretação provisória e incompleta, fundamentada sobre indícios ou sinais (...) não é conhecimento perfeito e imodificável, mas possui a característica da corrigibilidade. (Percepção. In: ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2007).

clientes (HENDERSON, 1981). Essa relação é tão ou mais importante que, *nas mentalidades*, espera-se que, nas mais diversas situações, os profissionais (e em decorrência os estudantes) expressem um comportamento condizente com os valores fundamentais da profissão. Caso isso não ocorra, e os estudantes apresentem algum tipo de repulsa pelas substâncias que afloram do corpo do cliente, pode significar uma ruptura/abalo nessa relação de ajuda.

Esses acontecimentos podem fazer com que se instale uma possível desordem, o que talvez permita que as coisas escapem ao controle das emoções. Tanto assim que Oliveira (2003) relata que os aspectos relacionados ao impacto do primeiro contato com o corpo do cliente ostomizado, com seus efluentes de forma incontinente, por exemplo, requer a necessidade de um preparo psicológico das enfermeiras para enfrentar tal situação. Além disso, o estudo evidencia a importância do amadurecimento de uma concepção profissional quanto ao que é essencial para a realização de um cuidado que requer técnicas e tecnologias para a “recuperação da saúde” (NIGHTINGALE, 1989) da pessoa. Para Guitton, Figueiredo e Porto (2002, p.148), as interdições pelas quais as enfermeiras passam no cotidiano profissional contribuem para a formação de uma identidade profissional de resistência, pois elas criam verdadeiras estratégias de “sobrevivência” para conviver com secreções. No estudo das autoras há ilustrações acerca das experiências das enfermeiras, e se pode ler nos relatos das enfermeiras que a necessidade de ajudar ao cliente é colocada “acima” do sentimento de nojo das escórias.

Vale destacar que, na enfermagem, pensamos que esse tipo de comportamento faz parte de uma atitude mais freqüente do que se imagina. Isto porque, uma suposta *docilização* dos corpos das enfermeiras (LOYOLA, 1987) carrega consigo a idéia de uma *disciplinarização de corpos* que permita a instalação da ordem social⁵ nos espaços dos cuidados de enfermagem que devem ser dispensados aos clientes, o que não deixa de ser uma espécie de “boletim moral”⁶ para o controle dos atos e ações das enfermeiras. Ainda que estejam em jogo valores profissionais de cunho ético, o comportamento das enfermeiras desses estudos tem mais a ver com uma *moral* que se pode associar ao *senso comum*, e não propriamente aos preceitos éticos da profissão. Tanto assim que elas se

⁵ Idéias contidas na “Microfísica do Poder” de Michel Foucault (1983).

⁶ A idéia de “boletim moral” está contida na Tese de Doutorado de Cristina Maria Loyola Miranda, intitulada “O Risco e o Bordado – um estudo sobre formação de identidade profissional” (1996).

comportam de maneira considerada *natural*, em face de uma anormalidade que toma de assalto o seu mundo “perfeito”.

Na intenção de ressaltarmos alguns aspectos dos significados dessa “moral”, diga-se que a palavra *moral* deriva dos termos latinos *mos*, *moris*, que querem dizer “o costume”. No plural, *mores*, significa os hábitos de conduta ou de comportamento instituídos por um sociedade em condições históricas determinadas. Da mesma maneira, a palavra *ética* deriva de duas palavras gregas: *éthos*, que significa “o caráter de alguém”, e *êthos*, que significa “o conjunto de costumes instituídos por uma sociedade para formar, regular e controlar a conduta de seus membros” (CHAUÍ, 2003, p.307). Acerca dos significados regulatórios, Guitton, Figueiredo e Porto (2002, p.148) ressaltam, também, que de acordo com as lembranças das enfermeiras que fizeram parte do estudo, à época em que eram estudantes os horários eram rígidos, os uniformes tinham que ser impecáveis, e o mais importante, ressentiam-se da falta de liberdade de expressão.

No caso desta tese, a expressividade dos estudantes possivelmente se aproxima à das enfermeiras pois, de acordo com Oliveira (2003), observa-se que, ao serem questionadas sobre o nojo, as enfermeiras que cuidam de clientes ostomizados negam esse sentimento. Entretanto, é possível detectar nos discursos de algumas delas que os sentimentos de nojo, vergonha e constrangimento são recorrentes:

Da ostomia saem fezes, que tem um cheiro ruim. Geralmente as pessoas não estão acostumadas e, com o cheiro ruim, as pessoas se afastam. Isso é muito comum. Eu já percebi isso em escaras, amputação e ostomias. As pessoas se afastam devido aos odores mesmo. Parece que elas não estão acostumadas em ver que o organismo entra em putrefação fácil, se a gente não cuidar (Enf. 23).

Em vista desse relato, diga-se que algumas das situações de cuidado de enfermagem podem concorrer para o surgimento de sensações aversivas durante sua realização, e isso tanto da parte da pessoa que cuida, quanto daquela que está sendo cuidada. Essas sensações, provenientes da presença de cheiros/odores fortes, toques em substâncias viscosas, visualização de cores/formas/consistências diversas àquelas que costumeiramente as pessoas lidam, podem causar “*estranhezas*”, porque seu efeito sobre os sentidos corporais escapam ao controle das reações. Muitas vezes, a resposta de repulsa à essas substâncias é instintiva, imediata. De acordo com Weil [In: CREMA 1993: 13 (Prefácio)], a *repulsa das*

peças por substâncias viscosas se dá porque essas substâncias não são sólidas nem líquidas, sendo que podemos interpretar essa indefinição como tendo representação cultural, já que ela contribuiria para a ocorrência da reação de nojo das pessoas. Nessa ótica, o corpo da pessoa integra uma “cultura do corpo”, na qual os corpos são classificados e ordenados para se evitar o caos (RODRIGUES, 1979).

Para sua aceitação social, o corpo deve atender a regras preestabelecidas, que não permitem mais determinadas expressões escatológicas. Em tal sentido, o corpo deixa de ser encarado como corpo individual que serve para identificar/caracterizar uma pessoa, e passa a ser compreendido/interpretado como um corpo coletivo, já que suas expressões têm a ver com significações que pertencem a uma determinada sociedade. Talvez por isso, e por serem influenciadas por uma “cultura do corpo”, muitas enfermeiras podem ficar constrangidas por seu descontrole sobre as próprias reações em relação à clientela com eflúvios corporais. O que dirá quando essas vivências são enfrentadas por estudantes.

Em nossa sociedade de maneira geral, o sentimento de descontrole acerca das secreções e excreções do corpo normalmente é opaco e velado. Como parte da “educação dos corpos” (ou a criação e perpetuação da *cultura dos corpos*), por exemplo, se pode citar que desde a infância há um treinamento para o controle dos esfíncteres e a eliminação das fezes passa a ocorrer em locais privados (banheiros) e em recipientes próprios (vaso sanitário). As fezes, como resultado do processo de digestão de alimentos, não devem ser tocadas, a região perianal deve ser mantida limpa de forma adequada, para que se evite a propagação de um odor característico e muitos evitam olhar para as fezes, pois seu aspecto pode causar repulsa. A respeito das eliminações em geral, Rodrigues (1979) afirma que as *evitações* dos elementos corporais “nojentos” são assim considerados pelas regras de manutenção da ordem do universo simbólico estruturado. Portanto, aquilo que é considerado sujo, obedece a uma ordem simbólica e classificatória, antes de uma ordem orgânica e patológica.

Em vista do pensamento do autor, julgamos que, na enfermagem, é preciso considerar o fato de que os cuidados de enfermagem são dirigidos a pessoas, que os corpos dessas pessoas são corpos que precisam ser amparados, sustentados, alimentados, até que recuperem a saúde (NIGHTINGALE, 1989), mas nem sempre as atividades das enfermeiras para o restabelecimento da saúde das pessoas estarão isentas de exposição a odores fortes, secreções e excreções. Por

isso é que as contingências do cuidado levam-nas a se depararem cotidianamente com algo que é rejeitado socialmente na atualidade: a defecação em público (FERREIRA, 1998). Nos hospitais, por exemplo, ainda que a defecação dos clientes acamados seja “protegida de olhares alheios” por biombos, o odor que as fezes exalam se difunde pelo ambiente e o contamina (simbolicamente), invertendo a ordem.

Pelo fato do hospital ser o cenário da prática relativa ao processo de se ensinar os estudantes de enfermagem a cuidar da clientela, é necessário um processo de *naturalização* deles para que essa nova situação (obrigatoriedade em lidar com excretas e outras) torne-se familiar – uma etapa a mais da *vida individual* que Van Gennep (2011, p.24) denomina *especialização de ocupação*, ou seja, um processo ritual de passagem de formação profissional. Para tanto, espera-se dos estudantes um preparo para lidar com a clientela, não importando a condição na qual ela se encontre, e isto inclui o domínio do estudante sobre sua própria repulsa.

A respeito de algumas expressões esperadas dos profissionais, Borsoi e Codo (1995, p.141) afirmam:

Por um lado, a prestação de cuidados exige expressão de afeto na medida em que, na relação constante com o cliente, lida-se com sua dor, sua dependência e sua intimidade. Por outro lado, esse cuidado é mediado por (...) fatores complicantes (...) a obrigação de se postar frente ao paciente sempre como profissional, não lhe sendo permitido expressar preferências ou recusas, atração ou repulsa, por este ou aquele paciente.

Por isso é que, mesmo durante a formação profissional dos estudantes, alguns professores esperam que eles tenham a capacidade de enfrentar as mais inusitadas intercorrências desses “*fatores complicantes*”, o que talvez contribua para a consolidação do mito de que a enfermeira não deva demonstrar nenhum tipo de expressão de desagrado às secreções e excreções dos corpos dos clientes. Dessa maneira, caberia à elas aceitar, incondicionalmente, todas as situações que cuidar de alguém compreende, e que durante os cuidados deve-se evitar expressões de nojo e repulsa.

Dessa maneira, as enfermeiras vivenciam, constantemente, as contradições sociais e profissionais nos seus ambientes de trabalho, pois legalmente são elas as responsáveis pela observação e registro das características das secreções e excreções humanas, porém delegam determinadas atividades ou “tarefas” a outros membros da equipe de enfermagem. Sobre a formação das

enfermeiras, e acerca do que possa significar cuidar e delegar atividades na enfermagem, Carvalho (1997a, p.35) tece algumas considerações:

(...) o saber e o agir profissionais, tomados no sentido lato ou stricto, não devem ser subentendidos como divisores de águas entre o que se faz pelos doentes e o que se faz pelos sãos (...) nesse particular, com as dificuldades de se entender 'quem é o cliente?' e 'quem é o parceiro?', a cada dia o trabalho da enfermeira vai se reduzindo mais aos termos da 'ação administrativa-gerencial-burocrática' (...).

Ainda que a autora não trate especificamente da problemática assistencial da clientela deste estudo, mas sim da formação profissional, pode-se destacar que a dificuldade delas em lidar com algumas situações assistenciais requer uma reflexão sobre o *saber* e o *agir* profissionais, pois aquilo que elas julgam ser uma atividade que pode ser considerada demeritória é, na verdade um divisor de águas entre ser e não ser enfermeira.

É sabido que os odores e outras situações de aversão podem fazer parte do cotidiano profissional e, por isso, Wosny (2002, p.13) relata ser necessário uma reflexão das enfermeiras acerca da repulsa aos odores. Assim, quando associamos o pensamento de Carvalho ao de Wosny, depreendemos que as desculpas como o tempo que as enfermeiras têm é muito curto para atender às necessidades de uma clientela numerosa, podem encobrir expressões de recusa e nojo, além de outras expressividades que escapam à compreensão.

Essas e outras considerações anteriores emergem de uma problemática que necessita de maior esclarecimento e, por isso, elaboramos as seguintes **questões** que nortearam a construção do pensamento neste estudo:

- Durante os cuidados que dispensam aos clientes, que tipo de sensações experimentam os estudantes de enfermagem perante os fluídos corporais provenientes de secreções e excreções?
- De que maneira os estudantes de enfermagem reagem às situações de interdição?
- Qual o tipo de estratégia que os estudantes utilizam para lidar com secreções e excreções dos corpos dos clientes, quando praticam os cuidados de enfermagem?
- Durante o curso os estudantes modificam seu comportamento com o passar do tempo? Que tipos de discurso assumem sobre isso?

As respostas a esses questionamentos possivelmente nos ajudou a clarear mais a nossa idéia inicial, possibilitando destacar o *porque* e o *como* os estudantes lidam com essas situações e, com isso, à compreensão daquilo que é opaco, velado e está por detrás da ação assistencial. Assim, face à complexidade e à problemática relativas à prática dos estudantes junto à clientela com secreções e excreções foi que pensamos construir nosso estudo para defendermos a seguinte tese: **A transcendência das interdições que o corpo da clientela suscita na ação de cuidar dos estudantes de enfermagem, se dá pela ética profissional.**

Ainda que pareça uma afirmação tão incisiva, pensamos que urge tomar decisões para tornar mais claras as reações de nojo que algumas das situações de enfermagem suscitam para que se possa retirar a profissão do plano de sacralidade que ainda perdura nas mentalidades, e trazê-la para o mundo da concretude da realidade assistencial, retificando o ambiente do seu *êthos*. Acerca dos planos reais e concretos nos processos rituais, Da Matta (2011, p.9-10) afirma:

O rito, assim, também enquadra – na sua coerência cênica grandiosa ou medíocre – aquilo que está aquém e além da repetição das coisas “reais” e “concretas” do mundo rotineiro. Pois o rito igualmente sugere e insinua a esperança de todos os homens na sua inesgotável vontade de passar e ficar, de esconder e mostrar, de controlar e libertar, nesta constante transformação do mundo em si mesmo que está inscrita no verbo viver em sociedade.

Assim, a constante transformação das coisas e do mundo refletem-se na pessoa, e tem a ver com o código que governa as relações das pessoas com seus corpos. Isso se apóia no eixo da oposição natureza/cultura, cuja característica é de *“extensão bastante ampla, relativamente invariante para a sociedade ocidental e, nos seus princípios básicos, fundamentalmente parecido com o que se observa na maioria das sociedades conhecidas”* (RODRIGUES, 1979, p.15).

Com essa idéia de extensão natureza/cultura, construímos nosso objeto de estudo alicerçado nos seguintes **objetivos**:

- Identificar os códigos emergentes das percepções sensoriais dos estudantes de enfermagem durante o cuidado prestado ao cliente com secreção e excreção.
- Descrever as atitudes e os comportamentos dos estudantes relativos às interdições ao corpo dos clientes durante o cuidado.

- Analisar de que forma as percepções dos estudantes subsidiam a aprendizagem da experiência prática de cuidar de clientes com secreções e excreções.
- Discutir os limites e limitações que os estudantes de enfermagem têm em relação às interdições aos corpos dos clientes no cuidado de enfermagem e de que maneira ultrapassam essas interdições.

Esses objetivos nos ajudaram a construir o pensamento e a instituir um espaço de discussões acerca de nosso objeto no plano pedagógico. Com isso, pudemos rever partes do imaginário coletivo incluído nas atividades de cuidar dos estudantes, o que nos ajudou a clarear os mecanismos de percepção deles acerca da temática, principalmente quando teceram considerações sobre as expressões corporais que afetam ou maculam as ações de enfermagem praticadas por eles. Pensamos que houve, também, a criação de uma base para a sensibilização dos estudantes e o desenvolvimento de reflexões acerca da problemática dos cuidados prestados à clientela, pois no processo de formação dos estudantes, pensamos que a aquisição de conhecimentos ajuda a incorporar valores para a prestação de um cuidado que atenda integralmente às necessidades dos clientes. Mais ainda, uma sensibilização precoce sobre a complexidade compreendida no assistir, ajuda a ampliar a visão de mundo desses estudantes.

Face aos objetivos, o estudo talvez ajude/contribua na identificação de fenômenos (in)visíveis na prática do cuidado que podem servir de base para a reflexão sobre os problemas experimentados na prática da profissão e, com a divulgação dos resultados, possivelmente as enfermeiras, como responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, poderão somar esforços para ampliar sua mundividência no sentido de oferecerem cuidados apropriados aos clientes. Esses cuidados podem ser pensados (como objeto de reflexão) e realizados (como atos concretos e objetivos), o que pode resultar numa possível mudança de atitudes e comportamentos.

No que diz respeito à pesquisa em enfermagem, esta investigação contribuirá para a construção do saber acerca das condições que influenciam o cuidado à clientela e, com ele, ou por meio dele, pensamos somar nossas descobertas para o desenvolvimento de estudos nessa vertente do conhecimento. Além disso, por não ser um estudo que contemple toda a apreensão da dimensão do objeto, com a sua

construção ele estará sujeito à afirmações ou refutações, que porventura outros pesquisadores queiram desenvolver.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

**“ALGUMA COISA ESTÁ FORA DA ORDEM,
FORA DA NOVA ORDEM MUNDIAL”
(CAETANO VELOSO)**

2.1 Alguns significados de *cuidado de enfermagem*

A razão de ser, a *natureza/essência* da Enfermagem está diretamente relacionada à saúde das pessoas, tendo em vista que *as leis da saúde ou da enfermagem (...) são as mesmas, [e] tornam os sadios e os doentes os seus possuidores* (NIGHTINGALE, 1992, p.6). Em decorrência disso, o objeto de trabalho da profissão pode ser interpretado/compreendido amplamente, sendo que uma dessas interpretações é a de que o cuidado é um fenômeno objetivo e real, tanto que Leopardi (1994, p.42) afirma: *cuidar (...) constitui-se no mais poderoso símbolo da enfermagem; confunde-se com ela; representa-a.*

Como cuidado de enfermagem *significa e é símbolo* da enfermagem, no fenômeno *cuidado de enfermagem*, estabelecer o que se considera como a *percepção dos estudantes acerca das interdições relativas aos corpos dos clientes*, e a *ultrapassagem das mesmas*, pode resultar numa atividade complexa. Isto porque, discutindo com docentes e discentes acerca do *corpo indutor de condutas de cuidar*, Figueiredo et. al (2009, p.28) afirmam: *cuidar do corpo, segundo depoimentos dos estudantes e dos docentes, esbarrou em dificuldades oriundas do intervir/invadir um corpo que reagia ao toque durante os procedimentos inerentes ao cuidado de enfermagem.*

Por isso, nesta tese, alguns princípios relacionados à temática são considerados, sendo que o primeiro deles diz respeito ao fato de que cuidar da pessoa *na e para* a enfermagem implica em dizer *cuidar integralmente*, aí incluída idéia de que cuidar na enfermagem é cuidar de si (de si mesmo – enfermeiro), cuidar do outro (cuidar dos clientes), cuidar das coletividades e cuidar do planeta (CACCAVO, 2011). Para tanto, a enfermeira deve ter em mente que cuidar do cliente e não da doença é uma ação típica da Enfermagem (NIGHTINGALE, 1893, p.184). Assim, cuidar na enfermagem significa, entre tantos aspectos, a necessidade das enfermeiras utilizarem operações sensíveis e simultâneas às técnicas e isso

depende, substancial e objetivamente, de uma prática mais constante das enfermeiras junto à clientela. Nesse caso, por se tratar de uma relação de compartilhamento, as enfermeiras precisam saber *quem é o cliente* (CARVALHO, 1997a) e, por sua vez, os clientes devem estar dispostos a receber os cuidados prestados e deles participar. Cuidar na enfermagem implica em grande medida, uma troca de experiências sinérgicas representadas pelo toque no corpo, observação, audição atenta, pelas trocas sensíveis e em outros tantos aspectos relativos à construção do cuidado (ARAÚJO, 2000).

Em vista disso, o *corpo da enfermeira* (FIGUEIREDO, 1994) e o *corpo do cliente* (FERREIRA, 1999), como *corpos sígnicos* (FERREIRA, 1998), entram em jogo para permitir o estabelecimento dos laços necessários e requeridos para a consolidação do cuidado. Assim, são criados fatos sociais, que ocorrem com maior frequência nos espaços hospitalares (HARMER; HENDERSON, 1962), cuja origem tem lugar na trama de uma experiência interpessoal significativa, durante o encontro de enfermeiras e clientes. É nessa trama que se tece o cuidado como objeto de trabalho da Enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986; NAKAMAE, 1987; WALDOW, 1998), sendo que ele tem a ver com o *saber e o agir profissionais*, tal como afirma Carvalho (1997a). A representação maior disso é a de que a prática da enfermagem é dinâmica em sua natureza fundamental e, por isso, contém elementos de uma *prática viva* (CARVALHO, 1996).

Por ser uma *prática viva*, os órgãos dos sentidos dos enfermeiros são muito requeridos na construção dos cuidados de enfermagem, pois um dos requisitos fundamentais da enfermagem é a observação (NIGHTINGALE, 1989). É essencial que o profissional de enfermagem utilize todos os órgãos dos sentidos, pois a observação faz parte de um processo de interação com o meio e entre pessoas (HORTA, 1979), (NEGREIROS *et. al*, 2008/9). Por isso é que exploramos algumas faces dos cuidados de enfermagem e suas interdições, para que possamos compreender atitudes e comportamentos sociais relacionados ao cotidiano do cuidado e também aos seus possíveis significados.

Talvez essa compreensão seja um divisor de águas importante para a profissão, porque se o objetivo da mesma é o de *manter as pessoas nas melhores condições para que a natureza aja* (NIGHTINGALE, 1989), nem sempre essa manutenção obedecerá à ordem e disciplina dos corpos (FOUCAULT, 1983), pois uma das interfaces da natureza dos corpos é reagir.

2.2 Idéias acerca da *cultura* da enfermagem e os conceitos *dentro e fora dos corpos* nos cuidados de enfermagem

Cuidar dos clientes implica em ação (cuidar) e reação (cuidado de enfermagem aos doentes). Nessa ação (de cuidar) e reação (dos corpos à doença e aos cuidados de enfermagem), muitas questões estão incluídas. Acerca de parte do significado de reação dos corpos, a que nos interessa nesse estudo, Lima (1995/6, p.80) refere:

O corpo segue um ritmo biológico, é regulado naturalmente. Em seu interior, um contínuo processo de decomposição de matérias orgânicas se desenrola diariamente em decorrência da ação de enzimas microbianas, resultando na formação de inúmeras substâncias. As que não são absorvidas pelo organismo sofrem ação bacteriana, se degradam e se transformam em escórias que têm, necessariamente, que ser eliminadas. Pelos orifícios do corpo tanto emanam os maus odores decorrentes desse processo, quanto são expelidos os seus resíduos.

Como afirma Rodrigues (1979, p.129), o emprego da palavra *corpo* designa a idéia de *comunidade*, embora se reconheça, *cada vez menos, as dimensões culturais do corpo humano*. É nesse sentido que se pode dizer que o corpo possui os determinantes de sua cultura. Reconhece-se com certa facilidade um árabe, um judeu ortodoxo, um indiano, um aborígine australiano, um muçulmano e, no caso dos grupos (profissionais ou não), uma freira, um rabino, uma enfermeira (atualmente pouco distinguida em certas sociedades pela ausência de um de seus símbolos – a touca), e muito mais.

Caccavo (2003, p.116) afirmam que *as atividades dos enfermeiros estão pautadas no que se pode denominar “cultura da enfermagem”*. Nesse sentido, observamos que a palavra *cultura* possui, segundo Ullmann (1991, p.84), algumas características, como:

maneira de agir, o que implica uma concepção ética, a maneira de pensar, o modo de sentir. O sentir, pensar e agir manifestam-se na linguagem, no código de leis seguido, na religião praticada, na criação estética. É o que se chama, tradicionalmente, de cultura não material. Ao mesmo tempo, porém, o *modus vivendi* se expressa nos instrumentos utilizados, bem como na maneira de obtê-los ... Cultura material é a designação que abrange esses itens.

A cultura da enfermagem, portanto, tem características que incluem: um *sentir* – o uso dos corpos (FIGUEIREDO, 1994) e dos sentidos sociocomunicantes (ARAÚJO, 2000) dos enfermeiros –; um *pensar* (uso da capacidade cognoscente e

de cognição) e um *agir* – que implica ação e reação (cuidar/cuidados de enfermagem). Isto é o que se manifesta na *linguagem* e nos *códigos* da enfermagem e na sua *criação estética*.

Tal como a cultura, a idéia/conceito de corpo também pode ser apreendida como um *fenômeno* socialmente construído, pois, tal como afirma Lima (1995/6, p.82),

A difusão maciça de regras fundamentais de higiene pessoal e coletiva, dirigidas para o asseio corporal, processamento dos alimentos, manutenção das moradias, vestuário, comportamento à mesa etc., bem como a denúncia constante dos perigos de contaminação do espaço urbano face à sua péssima ventilação, umidade excessiva, ausência de sistemas de escoamento de águas pluviais e servidas, proximidade de cadáveres de seres humanos e animais, entulhamento de toda sorte de lixos, dejetos, e assim por diante, procurou inculcar nas camadas médias da população, a quem elas fundamentalmente se destinavam, o apreço pela boa saúde, a ser conquistada através da higienização dos indivíduos, das habitações, das cidades.

De posse das idéias de corpo, cultura, sociedade e meio ambiente, tal como apresentadas pelos autores, de acordo com Foucault (1983), foi preciso uma disciplinarização de espaços para que os corpos e sociedades se tornassem dóceis e manipuláveis. Portanto, o *corpo sociocultural* tem influência sobre os *corpos* dos indivíduos e, nesse sentido, pode-se afirmar que os corpos das pessoas são moldados. Têm e contêm aspectos culturais significativos, pois se expressam através de determinados signos/sinais que são capazes de distingui-lo de outros corpos e culturas. Isto, porque as atitudes e comportamentos das pessoas nas sociedades têm origem na *efervescência do relacionamento dos indivíduos e dos grupos sociais (...) uma vez constituídos [os grupos], os sistemas de representações e sua lógica são introjetados pela educação nos indivíduos* (RODRIGUES, 1979, p.11). Talvez por isso o “corpo” seja uma representação ao mesmo tempo concreta e simbólica da sociedade da qual ele faz parte, incluindo-se nessa representação a ética (desígnios sociais), a estética (desígnios de cunho *mais* espirituais) e a *mimesis* (desígnios de parentesco)⁷, dentre outros.

No que diz respeito a esta tese, pode-se afirmar que, através dos corpos dos clientes (e das enfermeiras), há uma espécie de cisão do mundo em dois planos: o plano sagrado (o do corpo limpo) e o plano profano (o do corpo sujo). Isto

⁷ Capacidade de se reconhecer naquela sociedade – parentesco; e se dar a conhecer, por creditar os mesmos valores e expressões culturais do grupo ao qual pertence. Ver em: Lévi-Strauss, C. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.

porque nem sempre os corpos se comportam como o esperado, pois na prática cotidiana das enfermeiras, para restaurar a saúde dos doentes, ou melhor, para instaurar um *processo reparador que a natureza instituiu* (NIGHTINGALE, 1989), as enfermeiras se vêem perante situações de interdições sociais, pois nas contingências dos cuidados têm de se haver com os corpos sujos (interditos, corrompidos, profanados) para torná-los corpos limpos (saudáveis, sacralizados, limpos). É assim que as coisas no “mundo dos cuidados de enfermagem” podem ser, interpretadas também, pois o objetivo das enfermeiras é fazer com que os indivíduos recuperem o seu nível ótimo de saúde e, portanto, uma volta à normalidade, à ordem, ao equilíbrio.

Não pretendemos discorrer somente acerca dos significados de corpo, mas é importante ressaltar que no caso dos clientes com dependência de cuidados de enfermagem, iremos tratar dos mecanismos relativos a excreções e secreções incontroláveis⁸. Em vista disso, pode-se forçar o pensamento para afirmar que existe um sentido de mudança e uma mudança de sentido na vida dos estudantes, pois eles têm de se haver com os cuidados de enfermagem a pessoas com emanações incontroláveis, ao mesmo tempo que são pessoas impregnadas com os valores de sua cultura.

Sim, cuidar de pessoas com ou sem eflúvios corpóreos incontroláveis faz diferença. Como para muitos leigos e também para alguns estudantes que não sabem ainda, ou não aprenderam a lidar com situações inusitadas como essa, a mudança acarretada por esse “desvio da ordem” pode determinar uma série de significados. Acerca de uma possível desestruturação do corpo, da ruptura com o mundo organizado, Rodrigues (1979, p.15) afirma que:

Tudo o que representa o insólito, o estranho, o anormal (...) tudo o que é anômalo, tudo o que é desestruturado (...) tudo o que está simultaneamente em nossa proximidade imediata e fora de nosso controle, é germe de insegurança, inquietação e terror: converte-se imediatamente em fonte de perigo.

Talvez por isso possamos afirmar que alguns dos estudantes não estão “equipados” para lidar com toda a gama que representa cuidar na enfermagem, uma vez que eles podem não compreender o que está velado no cuidado de pessoas cujos corpos estão “abertos”; corpos que purgam; “*corpos evertidos*”, “*corpos*

⁸ A idéia de controle sobre o corpo tem a ver com a questão da “excreção de humores pelos orifícios inferiores e superiores do corpo” e pode ser encontrada em Lima (1995/6).

(es)culturais” (OLIVEIRA, 2003). Se os estudantes não estão devidamente “equipados” é porque o processo ritual (MOURA, 2005; Van GENNEP, 2011) de “ser-enfermeiro” (HORTA, 1979) ainda não está completo, pois os ritos de passagem contêm estágios/decomposições específicos, tais como: os *ritos de separação*, os *ritos de margem* e os *ritos de agregação* (Van GENNEP, 2011, p.29), e os estudantes ainda encontram-se no estágio de formação profissional. Essa divisão é necessária para a compreensão, mas as partes que compõem os rituais não são tão distintas assim, já que uma fase dissipa-se ao mesmo tempo e surge a outra. Como na passagem de uma cena à outra em um filme, em que uma imagem dá lugar à outra de maneira sutil.

No entanto, na sutileza do processo de formação das enfermeiras, é preciso observar o que refere Nightingale (2010, p.1-2) às enfermeiras que se formavam na *Nightingale Training School*:

Para nós, que somos enfermeiras, nossa enfermagem é uma profissão na qual estaremos retrocedendo, a menos que estejamos progredindo todos os anos, todos os meses, todas as semanas (...) Quanto mais experiência ganhamos, mais progresso faremos. O progresso que você faz no seu ano de treinamento conosco, não é nada se comparado àquele que fará todo ano após o término de seu ano de treinamento (...) Uma mulher que pensa: “Agora eu sou uma enfermeira ‘completa’, uma enfermeira ‘experiente’, aprendi tudo o que deveria ter aprendido”, observe isso: ela não sabe o que uma enfermeira é, e nunca saberá; ela também regride.

De acordo com esse enfoque, não somente as estudantes como também as enfermeiras não estarão “completas” sem que saibam que a enfermagem é um constante aprendizado, pois é preciso ampliar a perspectiva e conhecer mais. Saber sob quais influências do conhecimento (das ciências) o cuidado de enfermagem está sujeito, pois o conhecimento é vasto e, no dizer de Rodolpho (2004, p.144):

Os saberes específicos da iniciação são válidos para aquele círculo fechado dos neófitos ou noviços, “não são aplicáveis fora de seu campo de aquisição”. É por isso que a iniciação pressupõe um antagonismo entre os grupos “de fora” e os “de dentro”: a lógica da iniciação, auto-referenciada, cria uma linguagem, um simbolismo e saberes que lhe são próprios e que acabam por possuir um “sentido iniciático”.

Isto porque, de acordo com Carvalho (2004, p.807), desde a sua criação a enfermagem:

adquiriu forma e materialidade (objeto formal e material) no bojo de uma moderna concepção de enfermagem, tão consistente com um sistema de princípios básicos aos atos profissionais específicos, quanto coerente com um modelo de ensino carregado de regras pedagógicas, preceitos éticos e um estilo peculiar de cuidar.

Por isso, na atualidade os estudantes, docentes e enfermeiros precisam saber que quando o corpo põe para fora seus humores e excrementos é interpretado como um corpo indócil, que não se submete à ordem, ao controle e à vontade das pessoas. É um corpo que toma de assalto a ação de cuidar e contamina o mundo, *convertendo-se em fonte de perigo*. Em vista disso, é preciso entender que “*no corpo, a ordem fisiológica material se une à ordem ideológica moral, como signos nos quais se encontram e se reúnem o sensível e o inteligível, o significativo e o significado*”, como afirma Rodrigues (1979, p.130).

Se para uns a ordem não pode ser rompida, o corpo dependente de cuidados de enfermagem gera uma espécie de (des)ordem contrária à *natureza* mais imediatamente inteligível, podendo levar os clientes e os responsáveis pelos cuidados de enfermagem a expressarem determinadas reações aversivas. Por essas razões, e da simbologia contida nas ações voltadas para a assistência “de enfermagem/saúde” à clientela, instala-se uma nova lei e uma nova ordem – a das sensações olfativas, visuais, táteis e auditivas. Se a ordem e a disciplina dos corpos requerem corpos que cheirem bem, são controlados e disciplinados, a resposta inicial de alguns estudantes à desordem e ao descontrole dos corpos pode ser uma reação de nojo ao olhar, tocar ou sentir seus cheiros, porque *a reação de nojo é exatamente o produto dessa troca de qualidades entre o sensível e o inteligível* (RODRIGUES, 1979, p.30).

Talvez os significados disso escapem à compreensão dos estudantes, pois a sociedade já não aceita mais com tanta naturalidade a idéia de que aquilo que está **dentro** dos corpos (seus humores e odores) pode vir à superfície e contaminar o mundo, o *lado de fora*. Isto, porque “*pela natureza e seu espírito, o homem não pode lidar com o caos. Seu medo maior é o defrontar-se com aquilo que não pode controlar, seja por meios técnicos, seja por meios simbólicos, que se relaciona com o reconhecimento da existência de algo intrinsecamente bom e virtuoso na lei e na ordem* (RODRIGUES, 1979, p.14).

Por esses motivos, o corpo ainda é objeto de fascinação e temor para muitos, considerando que cuidar na enfermagem, de um corpo supostamente sadio é um *trabalho desejável* (pois ele seria a representação do bom, da virtude, da lei e da ordem), ao passo que cuidar de um corpo doente que expurga, exala odores fétidos, verte humores, não é senão uma possível representação do *trabalho caótico*, um objeto de trabalho *incontrolável*. Tanto assim, que afirmamos que nem

sempre todas as enfermeiras e todos os estudantes sentem-se preparados para lidar com determinadas situações contingenciais que o cuidado suscita.

Talvez essa falta de preparo acarrete em alguns deles a sensação de impotência e angústia, pois *“a angústia, fenômeno natural ao homem, motor de sua evolução, é positiva quando prevê ameaças que, por serem ainda imprecisas, nem por isso são menos reais. Estimula então a mobilização do ser”* (DELUMEAU, 2009, p.34). Portanto, a angústia não foge ao sensível, mas sim ao inteligível. Para lidar com esse sentimento, é preciso reordenar o pensamento e compreender o que está em jogo – o bem-estar físico, mental e espiritual do cliente. Todavia,

Uma apreensão demasiadamente prolongada pode também criar um estado de desorientação e de inadaptação, uma cegueira afetiva, uma proliferação perigosa do imaginário, desencadear um mecanismo involutivo pela instalação de um clima interior de insegurança. (DELUMEAU, 2009, p.35).

Por essas razões, as representações que pairam sobre os cuidados de enfermagem à clientela com secreções e excreções devem excluir, sobremaneira, quaisquer possíveis idealizações imaginárias. Em relação aos estudantes, esse tipo de atitude pode implicar um suposto distanciamento “respeitoso” em relação aos clientes, transformando a realidade dos cuidados de enfermagem numa *realidade opaca*. Só que pensamos que essa opacidade da realidade é reveladora e sugere outros significados.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Pelo fato de nosso objeto de estudo não ser comum nas pesquisas de enfermagem, julgamos necessário ilustrar o modo como construímos o pensamento acerca de nosso objeto. Para explorar o campo e delimitar nossa atenção, foi preciso identificar códigos provenientes das percepções de estudantes de enfermagem relacionados à interdições dos corpos dos clientes, tanto no plano dos cuidados mais gerais, quanto dos específicos de enfermagem. Isto fez com que o estudo assumisse uma tendência de **pesquisa qualitativa de cunho exploratório**, pois o que estava em jogo era estabelecer a forma pela qual os estudantes percebiam as situações de interdições. De acordo com Vázquez (1999a, p. 135-38),

Perceber é entrar em uma relação singular, sensível e imediata com um objeto (...) a percepção não se reduz a uma atividade sensorial, mas constitui uma experiência psíquica mais complexa. (...) No processo perceptivo (...) são reconhecidos objetos, desencadeiam-se recordações de vivências passadas, elaboram-se imagens e se despertam certas reações afetivas. Perceber é, pois, um processo complexo no qual não só se percebe sensivelmente, como também, por sua vez, se recorda, se imagina, se sente e também se pensa (...). Sendo como é, a percepção contém mais do que os dados sensíveis que nossos sentidos captam (...) trata-se de um processo vivido por um indivíduo concreto, mas condicionado pela sociedade em que vive; ou seja, na que percebe, recorda, imagina, pensa e sente.

Além disso, o autor (p. 138) afirma que a percepção é seletiva, não se encarrega de todos os dados, mas somente daqueles que são essenciais e, por isso, ocupam o primeiro plano das lembranças. No que diz respeito às lembranças, ele esclarece haver certa automatização na percepção, posto que “os objetos percebidos e o próprio ato de percebê-los perdem seu frescor e espontaneidade, sua novidade e riqueza”, mas refere, também, que “a percepção apresenta-se como um elemento indispensável do comportamento do homem em sua relação com o mundo, qualquer que seja seu caráter e suas modalidades” (p. 139). Razão porque consideramos oportuno estudar códigos, atitudes e comportamentos dos estudantes de enfermagem perante as interdições do corpo do outro.

Pelo fato de nosso objeto estar relacionado às percepções de estudantes de enfermagem, significa dizer que eles eram capazes de emitir opinião acerca de suas atividades interativas com a clientela durante a prestação de cuidados mais gerais, bem como à pessoas cujos eflúvios corporais poderiam gerar medo ou

insegurança, além de toda a gama de sensações como as referidas por Rodrigues (1979), Lima (1995/6), Ferreira, (1998), Wosny (2002) e Delumeau (2009).

De acordo com os cânones da pesquisa, consideramos os estudantes como seres “expressivos e falantes”, pois como diz Freitas (2002), o pesquisador não pode se limitar ao ato contemplativo, pois encontra-se perante sujeitos que têm voz e, por isso, estabelece relações de comunicação, dialoga com eles. Em outras palavras: no plano do conhecimento, o pesquisador passa a ser o *sujeito (do conhecimento)* e o estudante assume o papel da pessoa que fala pelo objeto – um *sujeito-objeto*, um *sujeito objetificado* (HESSEN, 2006).

Com base nessa posição de *sujeito*, posição que consideramos privilegiada, registre-se que nossa produção de dados se deu a partir de vivência e experiência de estudantes de graduação em enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. A justificativa para a escolha dos estudantes é a de que esses *sujeitos-objeto* produziram elementos significantes e significativos relativos ao objeto de estudo, além de proferirem os discursos dos quais lançaríamos mão e construiríamos o pensamento para atingir nossos objetivos.

Em vista de nossos objetivos [a) Identificar os códigos emergentes das percepções sensoriais dos estudantes de enfermagem durante o cuidado prestado ao cliente com secreção e excreção; b) descrever as atitudes e os comportamentos dos estudantes relativos às interdições ao corpo dos clientes durante o cuidado, c) analisar de que forma as percepções dos estudantes subsidiam a aprendizagem da experiência prática de cuidar de clientes com secreções e excreções, e d) discutir os limites e limitações que os estudantes de enfermagem têm em relação às interdições aos corpos dos clientes no cuidado de enfermagem e de que maneira ultrapassam essas interdições], e pelas características de nossa investigação, é preciso dizer que não pretendíamos atingir a totalidade dos estudantes do curso.

Portanto, nosso “**critério de inclusão**” abrangeu estudantes que estavam cursando o sexto e o oitavo períodos do curso de graduação (2011/2). Fizemos a escolha dos estudantes do sexto período, porque, no momento da coleta de dados, eles estariam no hospital, prestando cuidados de enfermagem à clientela em situações de enfermagem de alta complexidade, estabelecendo um contato mais efetivo com os clientes que apresentavam as características que buscávamos. Quanto aos estudantes do oitavo período, o último do curso de graduação, porque teriam uma experiência maior de cuidar da clientela. Delimitamos essas duas fases

porque pensamos que a percepção dos estudantes poderia sofrer transformações, de acordo com a ampliação da visão de mundo deles.

Vale o registro de que, para considerar o número dos *sujeitos-objeto*, foi realizado um levantamento do quantitativo total de estudantes da instituição (576), sendo que parte desses estudantes (360) não atendeu ao critério estabelecido de experiência. Uma outra parte dos estudantes, os do 7º período (72) não foram consultados, pois no momento da coleta estavam desenvolvendo atividades com um tipo de clientela não hospitalizada, em diferentes bairros da cidade, o que dificultava nosso acesso a eles. Do quantitativo restante (144), alguns estudantes não sentiram interesse em participar, outros não estiveram presentes no dia proposto para a atividade devido a problemas de ordem pessoal e profissional (alguns dos estudantes tinham outra profissão) e outros desenvolviam atividades de estágio extra-curricular. Dessa forma, o número de participantes foi de 82 estudantes (57%), o que achamos um número suficiente, considerando as dificuldades de tempo que eles tinham em participar, em vista de um número excessivo de atividades durante a graduação, como também pelo fato do assunto de nosso interesse ser um tabu, portanto, um tema pouco abordado nas pesquisas da instituição.

Antes de fazermos o trabalho de campo, pensávamos em realizar o estudo de maneira ampliada e constituir os grupos em diferentes momentos do curso de graduação da seguinte maneira: um dos grupos estudados seria composto de estudantes dos dois primeiros períodos que ainda não teriam entrado em contato com a clientela em nível hospitalar, pois pensávamos que isso iria favorecer verbalizações acerca do que pensavam/imaginavam do cuidado à pessoa cujo corpo verte humores indesejáveis. Ressalte-se que esses estudantes ainda não estariam acostumados à impregnação do que se pode denominar de “ethos” da enfermagem, o que poderia facilitar a discussão dos achados mas, em vista dos significados de se recorrer às lembranças contidas na percepção, não foi necessário – daí nosso critério de exclusão.

O segundo grupo seria composto por estudantes do quinto e sexto períodos, que teriam dado início às atividades de cuidar de pessoas nos cenários hospitalares. O terceiro grupo seria constituído por estudantes do oitavo período que deveriam ter uma maior experiência de cuidar. Com isso, poderíamos delimitar com maior precisão as fases nas quais os estudantes poderiam passar da condição de “*universitários esclarecidos*” à “*integrantes da equipe de saúde*” (CARVALHO;

CASTRO; PAIXÃO, 2006)⁹, por conseguinte, capazes de adquirir/introjetar valores da profissão.

Entretanto, como iniciamos a pesquisa pelos estudantes dos sexto e oitavo períodos, percebemos que os dados coletados junto a eles continham informações que começaram a se repetir com muita frequência, ficando saturados e, assim, consideramos que aqueles eram dados suficientes para a análise e discussão dos achados. Por isso, demos como encerrada a fase da coleta de dados, tal como recomendam Lüdke e André (1986).

Quanto aos **aspectos éticos** relacionados à pesquisa para a elaboração deste relatório, diga-se que, após a aprovação do Projeto de Tese pela banca examinadora, uma cópia dele foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA. Naquela cópia, solicitamos a permissão para a realização da pesquisa e a utilização do nome da Instituição na qual estávamos desenvolvendo o Projeto. Após a aprovação, o Projeto foi registrado sob o número 083/2010 do Protocolo (Anexo 1). Assim, foram garantidos os aspectos éticos relativos aos sujeitos-objeto do estudo, de acordo com a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e as etapas da pesquisa atenderam ao cumprimento de um cronograma, no qual determinamos prazos e o encerramento da pesquisa.

Ressalte-se o fato de que somente após assinarem um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, elaborado por nós (Apêndice A), os estudantes receberam uma cópia do mesmo e participaram das atividades propostas por nós. Nesse Termo, além da identidade dos pesquisadores, constava o título, os objetivos da tese e os seguintes registros: a) o aceite do estudante de participar voluntariamente da pesquisa; b) a maneira pela qual se daria a participação dele; c) o nosso compromisso de esclarecimento de dúvidas; d) a garantia do sigilo e privacidade, bem como anonimato no uso das informações; e) o zelo, a integridade e o bem-estar do estudante no decorrer da pesquisa; f) o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; g) a ausência de custos de participação para os estudantes, bem como a ausência de benefícios financeiros para os estudantes e pesquisadores; h) a informação de que os resultados poderiam ser

⁹ CARVALHO, Vilma de (Organizadora); CASTRO, Ieda Barreira e; PAIXÃO, Sérvula de Souza. Um Projeto de Mudança Curricular no Ensino de Enfermagem em Nível de Graduação que Favorece aos Propósitos Emergentes da Prática Profissional. **Anais do XXX CBEn**. Brasília, DF: 1978, p. 117-139. (Trabalho apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belém – PA, de 16 a 22 de julho de 1978. Republicado em **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ-EEAN, 2006).

divulgados em eventos e/ou publicações científicas, sem qualquer tipo de prejuízo para os participantes; i) a liberdade do estudante em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.

No que se refere aos riscos, pelo fato da pesquisa não requerer o uso de recursos que afetassem prevenção ou alívio de problemas relativos ao bem-estar dos sujeitos-objeto da pesquisa (estudantes), mas sim de tratar apenas de coletar dados através dos discursos dos estudantes de enfermagem, pensamos não haver qualquer tipo de risco implicado nesta pesquisa.

O **anonimato** dos envolvidos foi garantido com a adoção de código classificatório, pois os resultados contidos nos instrumentos utilizados por nós, (Formulários da Escala Análoga Visual (EAV) e Técnica de Vivências dos Sentidos Sociocomunicantes (TVSSC) não foram identificados. Quanto às entrevistas, os estudantes foram identificados pela palavra Estudante, sendo que à palavra foi agregado um código numérico, em algarismo arábico, de acordo com a ordem de realização da entrevista, por exemplo: (Estudante 2), (Estudante 31), (Estudante 56), etc.

Quanto ao **local da pesquisa**, a maior parte das atividades da pesquisa foi realizada nas salas de aula da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Hospital Escola São Francisco de Assis e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, cuja infra-estrutura facilitou o desenvolvimento da mesma, pois pudemos contar com parte dos recursos humanos e materiais necessários.

Para explorar a percepção dos estudantes, lançamos mão de estratégias diferenciadas, utilizando, como **recursos de método**, elementos que caracterizam as pesquisas qualitativas (Lüdke e Andre, 2006), tais como: a dinâmica de grupo como TVSSC, a aplicação da EAV e a entrevista gravada com os estudantes.

A respeito da aplicação da Escala Análoga Visual (EAV), segundo Polit, Beck e Hungler (2004), ela pode ser utilizada para medir experiências subjetivas em pessoas de um grupo. É representada por uma linha reta com 10 cm, cuja marca final de 10 é rotulada como aquela dos limites extremos da sensação ou do sentimento medido. Nela, os participantes marcam um ponto na linha que corresponderia ao volume de sensação experimentada.

Esta dinâmica foi escolhida para ser implementada no primeiro momento da coleta de dados e, nela, incluímos imagens do cuidado de enfermagem

consideradas repulsivas. Essas imagens agiriam como *detonadoras*/estímulos de emoções e significados geralmente reprimidos ou recalçados¹⁰, o que poderia favorecer a revelação das percepções e sentimentos retraídos e, com seus desdobramentos, facilitar a aplicação da dinâmica posterior.

Quanto à TVSSC, Araújo (2000) afirma que este é um recurso que se aplica bem ao processo de ensinar, pesquisar e cuidar na enfermagem, pois permite aos envolvidos explorarem os sentidos do corpo como instrumentos do cuidado, construindo categorias empíricas, teóricas e analíticas na pesquisa. Conforme afirma Gauthier *et al.* (1998, p.173), a técnica ou dinâmica favorece a emergência a tomada de consciência do que é “escondido” na profundidade do corpo ou que ocorre na superfície da pele e dos sentidos.

O roteiro de entrevista com questões semi-estruturadas foi elaborado com base na problemática do objeto de estudo, com cinco perguntas abertas e uma relativa ao relato de experiências deles, servindo para permitir o alcance dos objetivos. Com ele, pretendíamos estimular nos estudantes a espontaneidade de sua linha de pensamento com relação a suas experiências junto à clientela, tal como recomendado por Triviños (1994, p.146). Assim, a aplicação da EAV e seus resultados, mais os da TVSSC associados aos obtidos nas entrevistas, foram suficientes para uma triangulação de dados, conforme recomendação de Sousa (1998), Triviños (*Idem*), Polit; Beck; Hungler, (2004). Com eles conseguimos adequação e abrangência suficientes para garantir a conversação e a cobertura de todas as áreas a serem investigadas, em atendimento ao que Polit; Beck; Hungler, (*Idem*: p. 252) recomendam para um roteiro semi-estruturado de entrevista.

Para **coletar os dados**, o que se deu nos meses de outubro, novembro e dezembro de dois mil e dez (2010), fizemos contato pessoal primeiramente com os representantes de turma dos Programas Curriculares Interdepartamentais (PCIs) do 6º e 8º períodos do curso de graduação e nos apresentamos como pesquisadores. Através desse contato, solicitamos a eles que participassem da pesquisa e comunicassem nossa intenção de estender o convite aos outros estudantes. A partir disso, identificamos nos cronogramas dos PCIs os dias em que os estudantes estariam participando de atividades teóricas. Naqueles dias, conversamos com os

¹⁰ Recalque – é um processo inconsciente pelo qual uma idéia, sentimento ou desejo que o indivíduo interpreta como sendo repugnante e, por ser o que é, exclui-se da admissão consciente, mas persiste na vida psíquica, causando distúrbios mais ou menos graves. (Recalque. In: Enciclopédia e Dicionário Ilustrado Koogan/Houaiss. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1992)

professores para solicitar que, ao final da sua aula, pudéssemos estabelecer contato com os estudantes da turma e fazer o convite para que eles participassem da pesquisa.

A coleta dos dados com os estudantes se deu em dois momentos distintos: em um deles, as atividades foram desenvolvidas em grupos e, num segundo momento, as atividades foram desenvolvidas individualmente.

Antes de fazermos o trabalho de campo, pensávamos em realizar três encontros para a coleta de dados com os grupos. No primeiro, desenvolveríamos as duas atividades propostas como: a aplicação da EAV e a TVSSC. No segundo encontro devolveríamos o material produzido no primeiro encontro para validação pelo grupo. No terceiro encontro, realizaríamos a entrevista individual. Como o desenvolvimento das atividades no primeiro encontro transcorreram tranquilamente, e tendo sido percebida a necessidade dos estudantes em comentar as cenas, achamos por bem dar oportunidade de expressão ao grupo. Os estudantes relataram situações/experiências vividas durante alguns dos estágios curriculares e extra-curriculares. Além disso, alguns deles encorajaram os mais tímidos a falar sobre suas experiências durante as dinâmicas. Dessa forma, tivemos a oportunidade de, nesse mesmo dia, confirmar e validar os dados; atividade que foi registrada em arquivo digital após permissão do grupo.

Em relação às dinâmicas em grupo, que correspondeu ao primeiro encontro, os trabalhos tiveram duas atividades. No dia agendado, inicialmente fizemos os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa aos estudantes e após assinarem o Termo, solicitamos um momento de relaxamento por um período de cinco minutos utilizando-se técnicas de respiração profunda e relaxamento corporal, numa *necessidade de deixar fluir, de esvaziar para conhecer*, como sugerido por Gauthier e Santos (1996). Após este momento, demos início à primeira e segunda atividades com os grupos, o que ocorreu no final do período de aula, ou seja, de 11:00 às 12:30h, nos dias 28/10/2010 com os estudantes do 6º período e 06/12/2010 com os estudantes do 8º período:

1º Encontro [participaram um total de 82 estudantes - 6º e 8º períodos]

1ª Atividade – Projeção de imagens para aplicação da Escala Análoga Visual – EAV (Apêndice B)

a) distribuição de formulário contendo dez itens, correspondendo a uma imagem de 1 a 10, cada um deles com uma reta de 10 cm, com gradação de 0 (mínimo) a 10 (máximo) para marcação com um traço perpendicular sobre a linha conforme avaliação da intensidade de repulsa provocada após projeção da imagem correspondente; e outro critério, correspondendo a duração da sensação de repulsa que a imagem causava nos estudantes, deveria ser marcado com um “X” em uma das opções: rápida, prolongada ou longa.

b) projeção de imagens em “datashow” escolhidas por nós e que considerávamos “aversivas” (Apêndice C). Essas imagens eram em número de dez (10) e foram projetadas por um período de três minutos cada slide, sendo organizados da seguinte maneira: *slide 1* – imagem de criança com secreção nasal exteriorizada e imagem da limpeza de cânula interna de traqueostomia com secreção espessa; *slide 2* – limpeza de pele periostomal em esofagostomia; *slide 3* – esvaziamento de coletores de urina, fraldas saturadas de urina e limpeza de patinhos e comadres; *slide 4* – incisão cirúrgica de abdômen com deiscência e colostomia operante; *slide 5* – fralda com fezes pastosas e urinol com fezes moldadas; *slide 6* – troca de curativo em úlcera varicosa; *slide 7* – cuidado a cliente queimado; *slide 8* – pé infectado, pé com dedos gangrenados e abdômen com deiscência; *slide 9* – pessoa vomitando e cuba rim com vômito; e *slide 10* – mão com sangue e outra com secreção viscosa.

Após orientações e esclarecimentos foi realizada a projeção e aplicação da EAV, demos por encerrada essa atividade e passamos à segunda atividade.

2ª Atividade (1º Encontro) – Aplicação da técnica de vivência dos sentidos sociocomunicantes do corpo - adaptação (Araújo, 2000).

Nessa fase, utilizamos a projeção de figuras que consideramos representativas dos cinco sentidos corporais, (visão, tato, audição, olfato e paladar), mais uma imagem simbólica de coração para a determinação de sensações causadas nos estudantes quando cuidam dos clientes com secreções e excreções.

Cada imagem acompanhada de pergunta norteadora foi projetada por cerca de cinco minutos, tempo durante o qual cada estudante deveria escrever na linha própria o que lhe vinha à mente vendo aquela imagem, relacionada a cada um dos sentidos, mais a emoção. Estas perguntas estavam contidas em um formulário (Apêndice D), conforme a seguinte ordem de apresentação:

- Sentido Visão – O que vi durante o cuidado ao cliente com secreções e excreções que mais me marcou?
- Sentido Tato – Ao tocar o corpo do cliente com secreções e excreções que sensação tive?
- Sentido Audição – O que ouvi durante a prestação do cuidado ao cliente com secreções e excreções que mais impressionou?
- Sentido Olfato – Que cheiro senti durante a prestação do cuidado ao cliente com secreções e excreções?
- Sentido Paladar – Que tipo de gosto/sensação senti/tive na boca durante a prestação do cuidado ao cliente com secreções e excreções?
- Sentido coração – Que emoções ou sentimentos tive diante desses cuidados ao corpo?

Após o término dessa atividade, a palavra foi aberta aos estudantes. Caso quisessem, poderiam falar para o restante do grupo suas experiências relacionadas às respostas. A livre discussão das situações vividas e relembra por eles, realizada com a finalidade de produzir dados, suscitou, por meio de participação e reflexão, uma maior compreensão sobre o assunto. Uma vez que os estudantes puderam experimentar a liberdade de expressão, a liberdade de ser e a liberdade de refletir, percebemos que os estudantes diminuíram suas defesas, permitiram aos outros o conhecimento sobre aquilo que pensavam, em circunstâncias nas quais ordinariamente uma pessoa não se revelaria (ARAÚJO, 2000). Isto porque, de acordo com Araújo (Idem), *a relação entre professor e estudante deve ser desinibidora e não restritiva. É necessário darmos oportunidade para que eles sejam eles mesmos*, pois quando os estudantes identificam suas dificuldades, torna-se mais fácil a busca de possíveis soluções para nelas intervir, transformando a realidade a partir de uma ação consciente.

Dessa maneira, os resultados dessa atividade foram discutidos pelo grupo, o que permitiu a confirmação e a validação dos dados pelos próprios estudantes. Essa atividade foi registrada em arquivo digital, e os dados obtidos contribuíram na discussão dos achados. Assim, de posse dos significados de percepção advindas dessas estratégias, e apoiados em Bogdan; Biklen (1994), compreendemos que o delineamento do objeto partiu de uma preocupação inicial,

um objetivo central, uma questão orientadora. Nesse sentido, para compreender o que estava em jogo nesta pesquisa foi necessário que nos familiarizássemos, dentre outras coisas, com as situações vivenciadas pelos estudantes. Para tanto, permitimos que imaginassem ou recriassem situações experimentadas/vivenciadas nos cenários da prática profissional, ao resgatar com eles as suas memórias relativas às interdições nos cuidados de enfermagem.

Em relação ao segundo momento de coleta de dados, as atividades foram individuais, em ambiente privado e propício às manifestações dos estudantes, e realizadas após agendamento que atendesse aos horários dos estudantes interessados em prosseguir contribuindo com nossa pesquisa, caracterizando o **2º encontro**. Nele, utilizamos como estratégia a entrevista gravada, com um tempo de duração que variou de 10 a 20 minutos, sendo sua média em torno de 15 minutos, obedecendo as perguntas de um roteiro com questões semi-estruturadas (Apêndice E), que foi aplicado junto a 61 (sessenta e um) estudantes. Para Lüdke; André (1986, p.37), a estratégia de registro em gravador é um recurso que permite produzir documentos para a construção de objetos, já que esse recurso permite a gravação da totalidade das expressões verbais dos entrevistados e libera o entrevistador para observar expressões, gestos e mudanças que se operam nos semblantes e postura dos entrevistados. De acordo com as autoras (Idem), a gravação favorece maior liberdade para orientar e estimular os entrevistados no sentido de desenvolver e aprofundar aspectos que surgirem nas falas dos entrevistados.

Nosso roteiro de entrevista explorou as sensações que os estudantes de enfermagem experimentam perante os fluídos corporais provenientes de secreções e excreções dos corpos dos clientes e que tipo de estratégia eles se utilizam para cuidar nessa situação. As respostas à primeira pergunta (Como você reage costumeiramente ao contato visual, olfativo, auditivo e tátil com as suas próprias secreções ou excreções? E em relação às de outras pessoas?) nos ajudaram a determinar a maneira pela qual os estudantes reagem a essas interdições sociais. As relativas à segunda (Após a entrada na escola de enfermagem percebeu alguma mudança na forma de reagir às essas situações?) nos auxiliaram a determinar a maneira pela qual eles percebiam pequenas mudanças de atitudes/comportamentos após a entrada deles na universidade. As falas correspondentes à solicitação de emissão de opinião [(Fale sobre sua experiência de contato com secreções ou excreções de cliente (quando houver, ou ao longo do curso)] eram relativas às

impressões deles ao longo do curso. A quarta (Durante a prestação de cuidados de enfermagem, são comuns os atos que requerem o contato com secreções ou excreções. Quais delas você acha que mais lhe desagradarão/desagradam? Por quê?) e quinta pergunta [Nem sempre entrar em contato com excreções e secreções para os seus sentidos (olfato, visão, audição, tato) é agradável. Caso sejam desagradáveis, como você acha que irá reagir a (ou se acostumar com) elas?] facilitaram pensar a respeito da maneira pela qual eles reagiam quando entravam em contato com o cliente cujos corpos vertiam humores, excreções e secreções desagradáveis. As respostas à sexta pergunta (Em caso de reações aversivas, que tipo de estratégias utiliza(rá) para que ninguém perceba que você não está se sentindo muito confortável naquela situação?) permitiram abordar assuntos que diziam respeito à maneira pela qual eles transcendiam à situação de contato com fluidos corpóreos desagradáveis quando cuidavam da clientela.

Com a utilização desses recursos de método, foi possível esclarecer o *como* (a maneira) os estudantes pensavam, agiam e cuidavam da clientela com secreções e excreções. Isto, porque as dinâmicas permitiram aos estudantes a expressão de diferentes formas, desde a sensitiva, a afetiva, e a intuitiva, até a noética, tal como diz Barbier (1993, p.187), o que favoreceu a emergência das estruturas das interdições veladas, internalizadas e silenciadas durante as experiências de cuidar da clientela. Para o autor, são essas as expressões, e mais a utilização dos cinco sentidos, que facilitam os contatos interativos entre pessoas.

Passada a fase de coleta de dados, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2011, as informações oriundas das entrevistas e registradas em arquivo digital foram transcritas. Os dados provenientes da aplicação da escala análoga visual foram tratados estatisticamente, através de frequência simples e percentual, e apresentados sob a forma de tabelas. Os registros dos estudantes no formulário da técnica dos sentidos sociocomunicantes foram digitados e serviram de base para uma triangulação de dados, na qual buscamos detectar as estruturas convergentes, as similaridades e diferenças neles contidas e a particularidade dos casos, categorizando os mesmos em unidades de significado.

É importante ressaltar que os todos os dados produzidos foram considerados em um mesmo patamar de importância, respeitando o contexto e buscando entender como é estruturado o pensamento, e à compreensão daquilo que é opaco, velado e está por detrás da ação assistencial.

Assim, pensamos que os objetivos tenham sido alcançados neste estudo, já que os recursos do método mostraram-se adequados para explorar o objeto em questão, principalmente porque durante a construção do objeto foi necessário tomar decisões. A esse respeito, Bourdieu (1989, p. 26-27) afirma:

A construção do objeto (...) é um trabalho de grande fôlego, que se realiza pouco a pouco, por retoques sucessivos, por toda uma série de correções, de emendas, sugeridas por o que se chama o ofício, quer dizer, esse conjunto de princípios práticos que orientam as opções ao mesmo tempo minúsculas e decisivas.

4 SOBRE PERCEPÇÃO E USO DOS SENTIDOS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: CULTURA, ESTÉTICA E ÉTICA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

4.1 Interdições e rituais no ambiente¹¹ da enfermagem

As ações de cuidar e os atos de prestar cuidados são inerentes à prática da profissão “Enfermagem”. Fazem parte do que denominamos ambiente/atmosfera da enfermagem, seja no plano da prática, da pesquisa ou do ensino que, por sua vez, compreendem a “Natureza da Enfermagem” (HENDERSON, 1966). É nesse ambiente/atmosfera¹² que se estabelece a prática social como objeto formal da enfermagem e o cuidado de enfermagem como objeto material da profissão (CARVALHO, 2009, p.408).

Quando cuidam da clientela, os estudantes se vêem diante de suas próprias possibilidades e limitações pois, pelo fato do cuidado ser a natureza/essência de uma relação de compartilhamento, eles precisam saber *quem é o cliente* (CARVALHO, 1997a). Para tanto, têm de estar dispostos a cuidar dos clientes e estes, por sua vez, dispostos a receber os cuidados prestados. Cuidar (na enfermagem) não é coisa fácil, porque os cuidados de enfermagem implicam no estabelecimento de trocas sinérgicas entre pessoas, trocas representadas, dentre tantas coisas, pela observação atenta, pelo toque no corpo, pela escuta sensível e também pelo uso de outros sentidos sociocomunicantes (ARAÚJO, 2000).

Cuidar na enfermagem não é somente isso, e o entendimento do que está em jogo no cuidado de enfermagem, vai para além da materialidade do ato em si. Tanto assim que o cuidado pode ser interpretado de diversas maneiras, de acordo com a perspectiva e interesses dos estudiosos. Isso nos permite interpretar que a profissão também contém elementos rituais incluídos no processo de formação profissional, tais como a passagem da adolescência para a vida adulta e a passagem do estágio de conhecimentos de conteúdo laico para a dos conhecimentos de organizados de uma profissão, por exemplo. Esta idéia fica mais clara quando recorremos ao pensamento de Van Gennep (2011, p.24) para melhor compreensão do que significa esse processo:

¹¹ Ambiente – o conjunto de condições materiais e morais que envolve alguém (Ambiente. In: Novo Aurélio: dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2000); em decorrência disso, podemos utilizar os termos ambiente cultural.

¹² Atmosfera – ambiente moral (relativo aos costumes). Mesma referência da *nota* anterior.

A vida individual, qualquer que seja o tipo de sociedade, consiste em passar sucessivamente de uma idade a outra e de uma ocupação a outra. Nos lugares em que as idades são separadas, e também as ocupações, esta passagem é acompanhada por atos especiais, que, por exemplo, constituem, para os nossos ofícios, a aprendizagem, e que entre os semicivilizados consistem em cerimônias

Dessa forma, na sociedade ocidental, a passagem de idade e de ocupação substituem os atos cerimoniais ritualísticos, mas englobam o processo ritual. Dentre os signos que acompanham a enfermagem, está a idéia/conceito de corpo, que pode ser interpretada/o como corpo de conhecimento, corpo profissional, corpo para e do cuidado, corpo expressivo, corpo coletivo, corpo individual, etc. Por isso, a idéia de corpo pode ser aprendida, interpretada e compreendida como um conceito socialmente construído. Em decorrência disso, esse corpo pode ser moldado, um corpo que tem/contém e expressa determinados signos/sinais capazes de distingui-lo de outros corpos, até do ponto de vista genético. Isto permite diferenciá-los/classificá-los individualmente por grupos e por sociedades. Como diz Lepargneur (1994, p.29), o corpo

é centro de significações que vêm de dentro ou de fora da pessoa. Não deixa de constituir um ponto central de referência para a construção da própria identidade, por meio do cotejo da estimativa e dos sinais recebidos de outros sujeitos.

No sentido de constituição de identidade (pessoal, coletiva, social, profissional, etc.), para a construção do cuidado de enfermagem, o corpo do enfermeiro é, de fato, um *instrumento do cuidado* (FIGUEIREDO, 1994). Corpo que, ao mesmo tempo, estabelece trocas sensíveis entre enfermeiros e clientes e está a serviço da aplicação dos fundamentos da profissão e dos conhecimentos disponíveis para que o cuidado possa ser instaurado e a saúde da pessoa restaurada (NIGHTINGALE, 1989). Assim, o significado de corpo pode ir além da simples compreensão do que seja o *corpo objetivado*. Talvez por isso é que as enfermeiras tenham de desenvolver a capacidade de lidar com a problemática dos clientes de maneira holística, integral (CAPRA, 1982).

Ao lado disto, as atitudes e os comportamentos das pessoas nas sociedades têm origem na *efervescência do relacionamento dos indivíduos e dos grupos sociais (...) uma vez constituídos, os sistemas de representações e sua lógica são introjetados pela educação nos indivíduos* (Rodrigues, 1979, p.11). Por esses motivos é que o corpo é uma representação ao mesmo tempo concreta e

simbólica da sociedade da qual ele faz parte, incluindo-se também a ética, a estética, a *mimesis*, ou seja, a capacidade de se reconhecer como parte daquela sociedade (parentesco), e se dar a conhecer – por creditar os mesmos valores e expressões culturais do grupo ao qual pertence. Nessa idéia inclui-se princípios da Educação.

Sobre a educação e a transmissão do saber, Highet (s.d., p.25) coloca ambas em um mesmo patamar – o da comunicação do saber – e, no que diz respeito ao ensino, o autor afirma: *“o ensino não é uma tarefa que esteja limitada aos pais e professores (...) Aqui ou ali, onde haja novatos ou veteranos, jovens e pessoas de mais idade, uma espécie qualquer de ensino se desenvolve. Todos somos discípulos e todos somos professores”*.

Essas características, somadas a outras tantas, podem dar a tonalidade necessária à construção do cuidado de enfermagem e, por isso, torna-se necessário considerar atitudes e comportamentos no plano da prática de se ensinar a cuidar e de cuidar na profissão. Esses dois pilares profissionais implicam no estabelecimento de um contato/comunicação social mais freqüente entre enfermeiros/estudantes e clientes, o que faz com que essa comunicação coloque os indivíduos *simultaneamente em diferentes planos, nem todos igualmente conscientes*, de acordo com Rodrigues (1979, p.99). Pelo fato do cuidado de enfermagem implicar no estabelecimento de comunicação, diga-se que Rodrigues (Idem) faz a seguinte observação acerca do processo comunicativo:

Recebemos signos verbais e não verbais, tácteis, visíveis e audíveis: contatos corporais de diferentes tipos, posturas, aromas, aparência física, expressões faciais, movimentos das diferentes partes do corpo, posição das mãos, direção do olhar, tom emocional, altura da voz, timbre – enfim, um complexo de informações que tendemos a considerar naturais, mas que estão altamente codificadas e que variam de sociedade para sociedades: uma linguagem, tão coletiva como qualquer outra.

Considerando os registros do autor, em vista de nosso objeto de estudo, é possível perceber a complexidade contida no processo de cuidar na enfermagem, principalmente quando estão envolvidos os estudantes. Para eles, nem sempre as condições para prestar cuidados são favoráveis, pois têm de se adaptar às situações contingenciais inerentes ao cuidado – situações que podem ser comparadas a obstáculos a serem superados. Isto, porque lidar com pessoas de cujos corpos saem secreções e excreções, englobam significados que talvez possam ir para além da simples compreensão.

4.2 Corpos sensíveis x corpos expressivos – os sentidos sociocomunicantes e a percepção dos estudantes de enfermagem

A esfera do sentir/sensível, não é nem apenas estimulante nem apenas coadjuvante, mas, sobretudo, estruturante nos processos de sedimentação do saber/conhecer, dos Sentidos, conjuntamente com a esfera do racional. O sentir e o inteligir são dois modos e níveis diferenciados de um mesmo processo de percepção, de apreensão e de compreensão. Existe uma codeterminação/coimplicação originária entre sensível e inteligível. Pensamos sentindo e sentimos inteligindo, simultânea e alternadamente. A inteligência é um compósito híbrido de senciente e de pensante. O sentir é inerente ao próprio inteligir. (ARAÚJO, 2009)

Em vista dos discursos dos estudantes, entrar em contato com excreções e secreções dos clientes, de maneira geral, demanda adaptações freqüentes às situações de cuidar. Quando perguntamos a eles de que maneira reagem ao contato visual, olfativo, auditivo e tátil com as suas próprias secreções ou excreções e as de clientes, eles responderam:

Comigo tudo bem, mas com as dos outros é diferente. Tenho nojo, dá ânsia [de vômito]. (Estudante 1)

Eu tenho problemas com o cheiro, das minhas e das de todo mundo. (Estudante 4)

Comigo normal. Em relação à dos outros, depende de qual o tipo de secreção. Eu não reajo bem. Tenho nojo, de secreção de traqueostomia. Só o barulho da aspiração já mexe comigo. (Estudante 6)

Minha, normal. Dos outros, nojo. Eu tento ficar o mais impassível por dentro, mas chega a me dar um frio na espinha, de tanto nojo. (Estudante 14)

Como é meu, é mais normal, mas também não é uma coisa muito agradável. Depende da excreção [ou secreção]. Se não for fezes e vômito, já é melhor. O olfato e o tato são os que mais me incomodam. Quando é de outra pessoa, aí tem uma sensação maior de nojo. Nada que eu não consiga driblar. A gente usa várias táticas, mas que tem o sentimento [de nojo], tem. (Estudante 17)

Normal. Comigo eu não tenho problema nenhum. Já é diferente em relação às outras pessoas, depende. Se for criança [encaro] de forma mais tranqüila, mas [quando é] adulto, o cheiro já incomoda muito mais. (Estudante 25)

A gente é educado a não mostrar para ninguém, não deixar que ninguém veja. Então, [secretar ou excretar] é uma coisa meio que secreta, até para mim mesmo. Se eu estiver com alguma secreção em vias aéreas superiores, eu tenho que ir para o banheiro para resolver [para retirar]. E dentro das 4 paredes [do banheiro, se eu] tinha nojo? Sim. Antes da faculdade cuidei da minha avó. Com ela eu tinha mais carinho e não sentia nojo. Era uma secreção cirúrgica e eu não tinha nojo nenhum. (Estudante 35)

Com relação as minhas, normal. Com relação a de outras pessoas, depende de onde está saindo a secreção. Eu tenho muita dificuldade com secreção de feridas (Estudante 45)

Com naturalidade ... naturalmente. Com as [secreções e excreções de] outras pessoas, com certa cautela, para que evite o contato, a contaminação. (Estudante 58)

Nessas falas, podemos ler que os estudantes experimentam sensações relativas às secreções e excreções de si mesmos, em relação às dos outros e às dos clientes. Quando se trata dos estudantes (da relação deles com seus próprios corpos), o discurso da maioria é o de que eles não experimentam nenhuma sensação diferente, que não têm problema algum em relação as suas excretas ou secreções, e que consideram normal *neles*.

A interpretação desse tipo de sentimento tem a ver com a harmonia, o equilíbrio, a homeostase, que têm um valor simbólico, intrinsecamente relacionado à saúde (SANTOS, CESARETTI, 2000). Entretanto, alguns dizem que sentem nojo *neles e nos outros*, porque *“A gente é educado a não mostrar para ninguém, não deixar que ninguém veja”* (Estudante 35). Os significados dessa fala podem remontar a uma mentalidade atualmente vigente, pois não são mais permitidas ao corpo individual determinadas expressões públicas, principalmente aquelas referentes aos atos excretórios e secretórios.

De acordo com Rodrigues (1979), esses padrões sociais de interdição também se manifestam na arquitetura. Os banheiros devem ser escondidos, separados de outras partes da casa. Somos educados a não usarmos, se possível, banheiros públicos, assim como fazer referência com discrição a essas funções utilizando-se de desculpas quando se precisa ir ao banheiro. O autor destaca que:

Para nós, o organismo precisa ser um maquinismo mecanicamente bem treinado. Os banheiros públicos existem para uma emergência, para aqueles que não souberam planejar, e são normalmente lugares imundos, quase punitivos.

A interdição de não se poder mostrar secreções e excreções em público e a necessidade de se controlar o impulso, foi apontada pelo Estudante 35, quando diz que *“A gente é educado a não mostrar para ninguém, não deixar que ninguém veja. Então, [secretar ou excretar] é uma coisa meio que secreta, até para mim mesmo”*. Não seria forçar muito o pensamento para comparar a situação apontada pelo

estudante com aquelas que remetem à infância, quando as crianças são convencidas de que é vergonhoso ficarem nuas em público e não controlarem suas evacuações (LOWEN, 1984). Isto porque o sentimento de vergonha relaciona-se intimamente aos padrões sociais aprovados de comportamento, ou seja, toda cultura possui seu sistema de valores e toda sociedade tem seus códigos de conduta que abrangem esses valores. Segundo Lowen (Idem),

Existem atos que são tidos como vergonhosos não importando a posição social. Referem-se às funções corporais de excreção e sexualidade. Em nossa cultura, toda criança, desde cedo, é ensinada a respeito da higiene na evacuação. Esse aprendizado inculca necessariamente um senso de vergonha em relação àquela função. Os adultos trazem na estrutura de seu ego o senso de vergonha no tocante a sujarem-se ou urinarem-se mesmo quando isso seja inevitável. Não é a função que é vergonhosa, mas a forma como ela é executada.

Em vista do que o autor afirma e do depoimento do estudante, nossa interpretação para esse tipo de comportamento dele é a de que presenciar os atos excretórios e secretórios alheios não era muito comum na vida pregressa dele. Por isso é que talvez ver, sentir o odor, tocar, ouvir e ter reações de paladar em relação ao corpo do outro, quando cuidam da clientela, gera nos estudantes um sentimento de ordem contrária à *natureza* mais imediatamente inteligível, o que os leva a experimentarem determinadas reações aversivas a essas expressões corporais da clientela.

A respeito dessa forma de interpretação dos estudantes, diga-se que quando reagem inicialmente sentindo nojo, é porque *a reação de nojo é exatamente o produto dessa troca de qualidades entre o sensível e o inteligível* (RODRIGUES, 1979, p.130). Essa afirmação justifica-se no entendimento do que significa corpo (o meu e o do outro) nas mais diferentes culturas, já que, de acordo com Lepargneur (1994, p.29), o corpo

é centro de significações que vêm de dentro ou de fora da pessoa. Não deixa de constituir um ponto central de referência para a construção da própria identidade, por meio do cotejo da estimativa e dos sinais recebidos de outros sujeitos.

Dessa maneira, depreende-se que os corpos são moldados através de uma relação/coimplicação de sutilezas que se constitui no plano individual e, também, construído coletiva e socialmente (RODRIGUES, 1979). Portanto, o corpo é um corpo moldado, corpo que tem e contém impregnações culturais, corpo que expressa determinados signos/sinais capazes de distingui-lo de outros corpos. São

corpos cuja significação na prestação dos cuidados coloca os corpos dos estudantes e dos clientes em dois planos distintos: o corpo do estudante é aquele que não deve ser evitado, pois é um corpo sacralizado, puro, “normal”, em contraposição aos corpos dos clientes, que devem ser evitados por serem impuros, contaminados, corpos “anormais” que secretam, excretam e capazes de muito mais expressões.

Essa *evitação* do corpo do outro é tão patente que um dos estudantes relata o medo que sente em relação às secreções e excreções do cliente, pois ele tem que evitar “o contato, a contaminação” (Estudante 58). Essa fala tem a ver com a idéia de que os corpos dos clientes podem lembrar *corpos-envelope*, cujos humores podem conter os males do mundo (HERZLICH, 1984) e tomar de assalto o mundo da “normalidade de si”. Por isso, deve-se evitar que esse corpo “anormal”, o corpo “do outro”, contamine o corpo “normal” do estudante, bem como o mundo “normal” onde ele vive.

Parafraseando Oliveira (2003), como é que “*corpos (es)culturais*” e independentes (dos estudantes) podem aceitar com naturalidade os excretas e secreções dos “*corpos dependente*”, corpos que pela sua simples existência já é capaz de mudar o sentido das coisas e, quem sabe, o sentido da vida?

Por isso é que tratamos, nesta tese, de nos aproximar de objeto que traz sentimentos e sensações tão obscuras para os estudantes – e, quem sabe(?), também, para os profissionais da Enfermagem. Sobre essa observação, Rodrigues (1999, p.28) diz o seguinte:

Assim como é necessário ao etnógrafo ter a ousadia de sair do conforto de sua casa, viajar às vezes milhares de quilômetros em circunstâncias adversas, para viver em meio a pessoas que sentem e pensam de um modo completamente diverso, ser-nos-á necessária alguma intrepidez: o destemor de abrir mão de nossa sensibilidade burguesa, para tratar de temas – fezes, lixo, sangue, morte – que, por sensibilidade burguesa, normalmente estão afastados de nossa preocupação intelectual.

O tipo de resposta acerca da idéia de contaminação trazida à discussão pelo Estudante 58 pode denotar, dentre outras coisas, quais as atitudes e os comportamentos costumeiramente encontrados na sociedade em relação às secreções e excreções, mas cuja origem pode ter nexos com a formação da cultura, pois nela há uma “*efervescência do relacionamento [entre] (d)os indivíduos e dos*

grupos sociais (...) [que,] uma vez constituídos, os sistemas de representações e sua lógica são introjetados pela educação nos indivíduos” (RODRIGUES, 1979, p.11).¹³

Dessa maneira, o mundo é divisão entre os corpos que são para si (para as pessoas mesmas – os corpos dos estudantes) e corpos que são para os outros (corpos dos clientes), o que coloca os corpos simbolicamente no patamar de corpos referenciais, corpos de pessoas que inter-mediam o contato de umas com as outras e que, em certa medida, comparam-se/estimam-se, emitem e recebem sinais, controlam-se uns aos outros, tal como se estabelecem as formas de controle nas sociedades.

Além dessa possível interpretação de códigos e significados, há outros que emergiram nos discursos, pois quando se trata de demonstrar nojo ou outro tipo de sensação aversiva durante o cuidado de crianças nos hospitais, ou de parentes próximos nas residências, eles não experimentam qualquer tipo de *evitação*. Isto é detectável nas seguintes falas: *“Se for criança [encaro] de forma mais tranqüila...”* (Estudante 25) e *“Antes da faculdade cuidei da minha avó. Com ela eu tinha mais carinho e não sentia nojo”* (Estudante 35). Esse tipo de comportamento dos estudantes está associado, possivelmente, à idéia de que *“o sentir e o inteligir são dois modos e níveis diferenciados de um mesmo processo de percepção, de apreensão e de compreensão”* (ARAÚJO, 2009). No caso do cuidado de enfermagem, entendemos que esse *sentir* e *inteligir* desdobram-se e resultam naquilo que chamamos de afeição, afeto e, acerca disso, Pinto (2007, p.12) afirma:

A afetividade consegue englobar uma miríade de estados de ânimo e, além do mais, englobando uma organização viva de significados e de conteúdos psicológicos; como tristeza, amor, paixão, inveja, desesperança e outros mais. Sendo assim, os seres humanos agem psicológico-afetivamente às experiências da vida: a afetividade contém a dedução próxima das qualidades dos objetos anímicos ou reais que os seres humanos “sentem” deles. Em suma, os seres humanos são “afetados” pela afetividade.

De acordo com o autor, e nossa interpretação do comportamento dos estudantes, é possível determinar que eles experimentam, com as crianças e parentes próximos, um relacionamento cuja objetividade perpassa o plano da qualidade das emoções, da afeição que sentem e, por isso, *“são ‘afetados’ pela afetividade”*, não tendo problemas de cuidar dessas pessoas. Assim, perante o argumento do autor, mais as falas dos estudantes, ousamos dizer que a afetividade/afeição modulará as percepções deles acerca de suas experiências e,

¹³ Grifos nossos.

dentre elas, aquelas que os fazem estar junto à clientela. Isto implica em dizer que suas ações/atos de cuidar podem ser diferenciados, posto que estabelecem relações mais ou menos “fortes” com cada um dos clientes.

Pensamos que a afetividade tem, também, a ver com a percepção deles acerca das imagens projetadas por nós para a aplicação da EAV, pois afetividade e memória se conjugam numa *“esfera do sentir/sensível, [que] não é nem apenas estimulante nem apenas coadjuvante, mas, sobretudo, estruturante nos processos de sedimentação do saber/conhecer”* (ARAÚJO, 2009). Por isso é que, de acordo com os resultados dos dados obtidos na fase da aplicação da EAV, percebemos uma modulação bastante diferenciada em relação à sensação de aversão que naquele momento sentiram e relataram graficamente quando projetamos as imagens. Os estudantes registraram suas percepções em intensidade e duração de um estímulo por imagem e o resultado foi o seguinte:

a) das imagens projetadas por nós, a que mais resultou em duração prolongada e longa de aversão (46,3%) foi aquela que representava a desfiguração de uma pessoa queimada, com um total de 68,2% (sessenta e oito vírgula dois por cento) dos estudantes, e que variava de 6 a 10 na escala, de acordo com a Tabela a seguir.

Tabela 1 – Resultados da Aplicação da EAV, Imagem 7.

Imagem 7 Queimado	Valor da escala										Total duração	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
rápida	2	1	3	2	3	3	1	3	1	4	1	24
prolongada	0	1	1	4	2	1	7	4	5	1	1	27
longa	0	0	1	0	0	2	0	1	5	7	15	31
Total intensidade	2	2	5	6	5	6	8	8	11	12	17	82

O significado dessa representatividade nas respostas dos estudantes reside na observação de Machado e Winograd (2007, p.464) que, tecendo considerações acerca da importância das experiências táteis na organização psíquica, relatam:

A mão tem uma função importantíssima na estimulação corporal, já que no momento em que tocamos com as mãos um objeto externo as fronteiras visuais e táteis ficam praticamente idênticas, sendo o limite entre o objeto e o corpo muito tênue. Apesar disso, só nós mesmos podemos sentir a distinção entre nós e o objeto, entre o interno e o externo. A partir desta distinção nos colocamos no mundo como algo diferente dele, como algo concreto e limitado. De fato, a pele participa na construção da nossa

organização e integração psíquica, favorecendo uma relação dialética com o mundo.

Portanto, pensamos poder interpretar esse achado da seguinte maneira: o contato visual dos estudantes com a figura/imagem projetada os remeteu à idéia de desfiguração. Isto pode ter causado neles e sensação de repulsa visual e tátil, pois as fronteiras visuais e táteis deles estudantes ficaram praticamente idênticas à imagem projetada, já que a pele participa na construção da nossa organização e integração psíquica e, nesse sentido, a pele atua como uma fronteira entre o sujeito que cuida e sujeito que é cuidado.

b) a segunda imagem que mais resultados aversivos trouxeram ao grupo foi a do vômito. Ainda que 30 estudantes (36,5%) tenham citado que a duração da intensidade de aversão tenha sido rápida, e que essa variava na escala de 6 a 10, observe-se que 34 deles (41,4%) registraram que a intensidade e duração da sensação eram prolongada e longa. Caso fizéssemos um total parcial das anotações dessas sensações, chegaríamos ao número de 64 registros que variam entre 6 e 10 na escala, o que resulta em 78% - número que consideramos significativo, tal como na Tabela a seguir:

Tabela 2 – Resultados da Aplicação da EAV, Imagem 9.

Imagem 9 Vômito	Valor da escala											Total duração
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
rápida	3	1	3	2	2	2	6	6	5	5	8	43
prolongada	0	1	1	0	0	2	2	3	6	5	8	28
longa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	9	11
Total intensidade	3	2	4	2	2	5	8	9	11	11	25	82

c) segundo nosso entendimento, de todas as imagens projetadas, aquelas que resultaram em registros com tendências a mais uniformidade de sensações aversivas foram as dos *slides* 5 e 4 que continham fezes e deiscência com colostomia, como nas Tabelas 3 e 4:

Tabela 3 – Resultados da Aplicação da EAV, Imagem 5.

Imagem 5 Fezes	Valor da escala											Total duração
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
rápida	11	10	6	4	7	9	8	3	2	1	0	61
prolongada	0	0	1	2	3	0	2	2	2	1	0	13
longa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	8
Total intensidade	12	10	7	6	10	9	10	5	5	5	3	82

Tabela 4 – Resultados da Aplicação da EAV, Imagem 4.

Imagem 4 Colostomia	Valor da escala											Total duração
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
rápida	0	4	3	4	10	4	3	3	3	0	0	34
prolongada	0	1	1	0	6	6	5	8	10	3	1	41
longa	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	2	7
Total intensidade	0	5	4	4	16	11	9	11	15	4	3	82

Acerca dessas Tabelas e seus resultados, diga-se que podem estar relacionados diretamente com a visão que os estudantes têm do mundo e do mundo dos cuidados de enfermagem, pois suas respostas tem a ver com uma *percepção construída a partir de dados selecionados que ocupam a essência das lembranças* (VÁZQUEZ, 1999a). Talvez por isso seja fácil entender a relação que essas estudantes estabelecem entre o corpo sadio (o corpo deles) e o corpo doente (a imagem do corpo desfigurado pela queimadura), mais aquelas imagens relativas à excreção e secreção dos corpos – seus e dos outros.

Se eles reagem mais fortemente à imagem do corpo queimado é porque, talvez, ela remeta mais a percepção dos estudantes à idéia de morte iminente. Tanto que pensamos que a *exclusividade* do tabu do corpo (RODRIGUES, 1979) cede espaço *complementar* ao tabu da morte (RODRIGUES, 2006), pois o medo da morte, por ser um medo que causa angústia e remete os homens à idéia de sua finitude, causa-lhes temor e tremor. Por isso é que interpretamos sentir “*um frio na espinha, de tanto nojo*”, tal como referido pelo Estudante 14, se aproxima da idéia aversiva de sentir a morte próxima.

Sobre isso, observe-se que a palavra *nojo* engloba as conotações de asco, repulsão, aversão, enjôo, náusea, e também as de tristeza, pesar, aborrecimento, grande mágoa, tédio e luto. Palavra que representa para além de seus significados, pois remete à aversão tanto ao corpo quanto à morte. Talvez por isso Rodrigues (1979, p.14 e 15) afirme:

Tudo o que representa o insólito, o estranho, o anormal (...), tudo o que é anômalo, tudo o que é desestruturado (...), tudo o que está simultaneamente em nossa proximidade imediata e fora de nosso controle, é germe de insegurança, inquietação e terror: converte-se imediatamente em fonte de perigo”. (...) pela natureza e seu espírito, o homem não pode lidar com o caos. Seu medo maior é o defrontar-se com aquilo que não pode controlar, seja por meios técnicos, seja por meios simbólicos. [Isto tem a ver com o reconhecimento da] existência de algo intrinsecamente bom e virtuoso na lei e na ordem.

Para que não cedam à desordem e ao descontrole, os estudantes pensam que controlam seus corpos e isso os mantêm dentro da normalidade social esperada. No que diz respeito a defrontarem-se com tudo aquilo que não controlam – excreções e secreções dos corpos dos outros –, pode representar uma espécie de *viagem ao mundo das sombras*. Viagem representada pela divisão de corpos em dois mundos distintos: o dos corpos (es)culturais dos estudantes e o dos outros corpos, que a pele do outro (cliente) esconde. Viagem que os estudantes não sabem, tampouco controlam, os meandros/curvas do caminho e de seu destino. Por isso, no que se refere à expressividade secretora e excretora dos corpos dos clientes, eles relatam “*uma sensação maior de nojo*” [mas] *Nada que [eles] não consiga[m] driblar. A gente usa várias táticas, mas que tem o sentimento [de nojo], tem*” (Estudante 17). Assim, a pele que recobre o corpo dos estudantes e os seus sentidos são as estruturas físicas e empíricas que os separam dos outros corpos, mas não da totalidade expressiva deles ...

4.3 Percepção e risco, ou: da pele para dentro (dos estudantes de enfermagem) e da pele para fora no que se revela e oculta (nos corpos *expressivos* da clientela) durante os cuidados de enfermagem.

Como os sentidos (visão, tato, paladar, audição e olfato) não são independentes uns dos outros, pois funcionam em conjunto e dependem, dentre outras coisas, de uma fisiologia de equilíbrio modulada pelo cérebro, no que diz respeito à comunicação entre pessoas,

A percepção da comunicação e seu entendimento ocorre através dos órgãos dos sentidos, acrescidos de associações individuais que produzem significados para quem percebe. Essas associações e significados dependem diretamente do repertório de conhecimento individual, entendendo por isso, experiências vividas, crenças, valores, expectativas, enfim, sentimentos e pensamentos em que se envolve o indivíduo que está percebendo. (GALA, TELLES e SILVA, 2003, p.53)

Por essas razões, em parte, as atividades assistenciais da enfermagem compreendem um *ambiente* (ou *atmosfera*) própria/inerente à profissão, e o desenvolvimento da ação de cuidar dos clientes é em alguns momentos esteticamente agradável e em outros nem tanto. Em relação aos momentos agradáveis, citamos como exemplo a visão e o aroma de um cliente após o banho, pois ele pode estar com um *fácies* de relaxamento, inspirando e irradiando

tranqüilidade, exalando um aroma agradável que impregna o ambiente físico; a unidade do cliente organizada, com roupas de cama limpas; estabelecimento de relacionamento interpessoal empático e simpático entre enfermeiros e clientes, etc. Quanto às ações de cuidar desagradáveis, é delas que tratamos aqui. Se as sensações agradáveis são pela ordem, pela compreensibilidade do mundo, as desagradáveis são consideradas *tabus* e “o tabu é uma proibição, uma ordem de ‘não fazer’, de ‘não agir’” (VAN GENNEP, 2011, p.28).

Como neste estudo interpretamos o cuidado de enfermagem também como um processo ritual (Moura, 2005), e o processo ritual compreende *rito positivo* e *rito negativo* (VAN GENNEP, Idem), pode-se afirmar que as sensações agradáveis são distinguidas por nós como *rito positivo*, ao passo que as desagradáveis como *ritos negativos*. Isto, porque a esse respeito, o mesmo autor afirma:

Assim como viver não consiste no contínuo não agir, assim também o tabu não pode constituir por si só um ritual ... o tabu não é autônomo. Só existe na medida em que é a contrapartida dos ritos positivos. Noutras palavras, todo rito negativo tem individualidade própria se o considerarmos isoladamente, mas tabu em geral só pode ser compreendido com relação aos ritos “ativos”, com os quais coexiste no ritual. (VAN GENNEP, 2011, p.28)

Assim, ressaltar as atitudes e os comportamentos de estudantes relativos às interdições ao corpo dos clientes durante o cuidado pode nos ajudar a compreender mais o que significam essas interdições na cultura ocidental e na “cultura da enfermagem”. Principalmente porque *o tabu não é autônomo* e existem quando há outras formas rituais positivas. Em relação a essa afirmação, observamos que há uma semelhança possível entre ritos de passagem e formação profissional pois, no dizer de Silva e Soares (2001, p.117) “*a profissão vem acompanhada de um status social, servindo em nossa sociedade como um diferenciador, um identificador de papéis sociais ... em um dado momento de nossas vidas, todos temos de “optar” por uma profissão*”.

Portanto, o processo pedagógico de formação profissional como um todo compreende fases e nessas fases existem ritos positivos e negativos. Assim, da mesma forma em que há tabus, o resultado final da passagem é a mudança de *status social* – de leigo, para profissional de enfermagem, de adolescente para adulto.

Em vista do que dizem os autores, sem se dar conta do processo ritual ao qual estão submetidos, a posição dos estudantes de enfermagem acerca do corpo

dos clientes, representada nos discursos e registros, tem a ver com uma percepção construída a partir de dados selecionados que ocupam a essência das lembranças (VÁZQUEZ, 1999a). Acerca das lembranças deles, e com a intenção de analisar de que forma suas percepções subsidiam a aprendizagem da experiência prática de cuidar de clientes com secreções e excreções, agrupamos as respostas/discursos em torno dos sentidos sociocomunicantes e da emoção.

No universo dos sentidos sociocomunicantes, ressaltamos que a **visão**¹⁴ é o primeiro sentido que resulta num contato mais imediato dos estudantes com a realidade e, portanto, com os corpos dos outros. A observação é um dos instrumentos da enfermagem, considerado importante instrumental para as enfermeiras (NIGHTINGALE, 1989), ao lado do registro que fazem acerca das condições e necessidades da clientela.

Na adaptação da técnica de vivência dos sentidos sociocomunicantes do corpo (ARAÚJO, 2000), sobre o que viram, e daquilo que mais os marcou, 26 dos estudantes registraram, por escrito, “aspecto do curativo” em relação à: quantidade, densidade, cor e odor de secreção; profundidade, extensão e necrose. Dentre elas, ressaltamos:

Presença excessiva de pus e exsudato em úlcera.

Uma criança com abscesso na cabeça e quando tiraram [o curativo] saiu muita secreção purulenta.

Úlcera de decúbito, grau 3, que estava drenando muito pus. Cabia minha mão dentro da úlcera.

Feridas com secreção purulenta, amareladas, esverdeadas. Ver cavidades é sempre repulsivo.

A primeira úlcera por pressão foi “traumática”; a profundidade, a dor expressada pelo paciente, etc., me fazia sentir pena e vontade de ajudá-lo.

A coluna vertebral de um cliente com secreção esverdeada que podia ser vista por uma UPP [úlcera de pele por pressão] estágio IV.

¹⁴ Tal como dissemos no capítulo referente ao Referencial Metodológico, os registros dos estudantes nos formulários da Escala Análoga Visual (EAV) e da Técnica de Vivências dos Sentidos Sociocomunicantes (TVSSC) não foram identificados por meio de códigos pois, no momento da aplicação destes, nossa intenção era a de sensibilizar os estudantes a participar da pesquisa. Isso os deixou mais livres para escrever sobre suas percepções e ressaltar os aspectos que poderiam ser de interesse para o estudo de nosso objeto. Quanto às entrevistas, decidimos adotar a palavra Estudante, agregando à ela um número, de acordo com a ordem de realização da entrevista. Por exemplo: (Estudante 2), (Estudante 31), (Estudante 56).

Secreção, porque me causa repulsa instantânea, independentemente da profundidade ou extensão da ferida.

Presença de miíase [larvas de mosca] em canal vaginal e cabeça de criança com exsudado espesso e esverdeado.

Miíase em uma ferida de pé diabético e muita secreção escorrendo.

Nesses registros é possível observar que os estudantes relataram que o primeiro impacto tem a ver com o rompimento do invólucro do corpo: a pele. A pele, como afirma Ackerman (1992, p.93), *é uma espécie de roupa espacial atuando como moldura para nosso tato ... definindo nossa individualidade, mantendo as massas gelatinosas espessas e vermelhas [órgãos e vísceras, músculos] no lugar onde devem ficar.* Sobre a pele Machado e Winograd (2007, p.463) dizem:

Ao mesmo tempo em que nos protege, ela também é um dos nossos primeiros meios de comunicação. Por ser um dos órgãos mais sensíveis, capaz de receber estímulos e responder a eles, a pele possui uma área extensa com um número enorme de receptores cutâneos, cuja função é captar estímulos tais como calor, frio, toque, pressão e dor. Ou seja, como o corpo é totalmente recoberto pela pele, conseqüentemente entramos em contato com o meio externo através dela: a pele é, assim, uma das principais mediadoras entre o “ser” e o mundo.

Dessa maneira, podemos interpretar que a pele tem parte significativa no universo comunicativo dos seres, pois ela faz parte, também, da determinação da identidade dos sujeitos, pois *nossa pele é o que fica entre nós e o mundo. Se pensarmos sobre o assunto, verificamos que nenhuma outra parte nossa entra em contato com outra coisa além de nós como a pele* (Ackerman, 1992, p.94). Além disso, há significados da palavra *pele* que vale a pena observar e tem relação com os discursos dos estudantes: a) *entrar na pele de alguém* significa estar em lugar de outro – surgimento da empatia e simpatia, representadas no registro *“a primeira úlcera por pressão foi “traumática”; a profundidade, a dor expressada pelo paciente, etc., me fazia sentir pena e vontade de ajudá-lo”*; b) *vender caro a pele*, que significa defender-se vigorosamente antes de sucumbir – sentido por nós interpretado pela escrita *“a coluna vertebral de um cliente com secreção esverdeada que podia ser vista por uma UPP [úlcera de pele por pressão] estágio IV”*, pele que expõe aquilo que está escondido no corpo – os ossos, e os ossos, por sua vez, representam a figura da morte.

Uma característica das respostas dos estudantes – um ponto a ser demarcado –, caso esses dados fossem visto isoladamente, e não triangulados, não teriam relação direta com aqueles resultantes da aplicação da EAV, pois 68,2% dos estudantes relataram uma duração prolongada e longa de aversão representada pela desfiguração de uma pessoa queimada. Assim, as desfigurações do indivíduo sejam por queimaduras extensas, sejam por curativos com exsudatos, faz com que eles se defrontem com ameaças ocultas. Além, disso, a pele carrega consigo outras simbologias, tais como as que constam nos registros de Dias, Rubin, Dias e Gauer (2007, p.27):

As manifestações aparentes na pele não podem, em geral, ser disfarçadas: a emoção como manifestação física tem na pele um meio de expressão; os registros de experiências vividas estão ali colocados, na forma de cicatrizes; as lesões de uma doença marcam o espaço de uma ferida física e, por que não dizer, psíquica, tomando a pessoa como uma totalidade psicossomática.

Observe-se que umas das responsabilidades dos enfermeiros é a troca de curativos, fato tido como natural por eles, mas que também representa um dos inúmeros signos/símbolos da enfermagem. No plano das representações, a pele é a responsável pela manutenção dos corpos dentro de si mesmos, pela demarcação de território e de individualidades. Caso haja uma ruptura nela, é por esse rompimento que passam os males que contaminam o mundo, tal como na idéia de *corpos-envelope* de Herzlich (1984).

Nas entrevistas, as respostas em relação às sensações que tiveram relacionadas à pele, foi possível ler o seguinte:

As duas piores [sensações que tive] foram na sala de curativo. Não era nem a ferida em si, mas era quando eu tirava e passava a gaze [tocando na pele]. (Estudante 14)

Eu tenho um problema sério com queimado. Eu não consigo me aproximar, então essa experiência desagradável eu trago, é o grande impacto, é aquilo que me impede de fazer algo, é a queimadura, a grande queimadura, mais de 50 % do corpo. O meu sentido mais aguçado seria o visual. (Estudante 30)

Foi um curativo, em uma paciente obesa; era uma deiscência na área abdominal que secretava muito e, na hora de trocar o curativo, a gente irrigava com soro e não parava de sair aquela secreção. Então foi uma situação que eu tive que ter muito cuidado. (Estudante 35)

Era um curativo, e marcou mais porque a gente não esperava que ia encontrar aquilo [secreção e aspecto] debaixo do curativo, porque era uma cirurgia cardíaca. Ele [cliente] voltou para casa e depois foi readmitido no hospital com infecção. Eu não esperava aquela ... quantidade de secreção.

Uma amiga minha [de turma] estava trocando o curativo, e eu a estava auxiliando, mas ela não conseguiu e falou: “R. troque, porque eu não estou conseguindo”. Eu tive que assumir a troca do curativo. Tive que terminar. O cheiro era ruim; tinha muita secreção amarelada; a ferida era muito profunda e numa região que não é comum. A gente vê muita úlcera, úlcera de pressão, varicosa, mas, coração, não. Então [ver aquilo] me chocou muito. (Estudante 36)

Para mim, o pior problema é a ferida. Até de começar a tirar a atadura, sentir que está meio úmida, eu realmente passo mal e não consigo. Secreções de feridas cirúrgicas e deiscência também é muito difícil. (Estudante 45)

Quando discursam sobre as impressões causadas pelo corpo aberto, representado pela ruptura da pele, os estudantes relatam o temor de tocar, de ver a quantidade de secreção, de sentir o odor exalado pelas secreções, da surpresa em ver que a localização da secreção afeta a racionalidade, pois não conseguem compreender o porque a área do coração (órgão nobre e associado à afetividade) pode secretar como qualquer outra do corpo. Como o coração está associado à emoção, Ackerman (1992, p.95) afirma que *chamamos nossas emoções de sentimentos e ficamos mais satisfeitos quando alguma coisa nos “toca”*.

No que diz respeito às fronteiras e fechamento do corpo, e pelo fato do corpo nem sempre “obedecer” à ordem imposta nos espaços disciplinares, como no hospital (Foucault, 1987), as estruturas afetadas por feridas em pele e secundariamente causadas por câncer, por exemplo, também carregam consigo tabus, tal como afirmam Firmino, Araújo e Sobreiro (2001, s.p.)

[As feridas e ferimentos] Alteram a dignidade, a aparência física e diminuem a qualidade de vida do paciente ... têm como características a presença de exsudato, odor fétido, infecção, sangramento e sensação dolorosa. Dentre as poucas literaturas disponíveis, muitas delas chamam atenção para as grandes deformidades que estas feridas causam e para o seu odor, citado muitas vezes como “intoleráveis”.

Além das secreções e excreções que causam incômodos nos estudantes e os deixam apreensivos, há outros tipos de expressividade corpórea que fazem com que eles experimentem outras sensações de desconforto:

Eu senti o cheiro de uma secreção traqueo-brônquica que foi terrível. Quando a gente foi aspirar estava muito fétido. Foi a vez que mais me incomodou. E uma outra vez, quando eu e outra aluna fomos trocar uma bolsa num dreno e a paciente que a gente estava cuidando começou a ficar muito impaciente, muito inquieta, querendo tirar a macronebulização. Perguntamos o que estava acontecendo, porque pensamos que fosse alguma coisa com ela. Depois de muito tempo, nós fomos descobrir que era o cheiro da outra paciente, e ela estava super incomodada. (Estudante 5)

Uma vez eu fiquei com muita vontade de vomitar quando eu vi a mulher vomitando, mas foi só essa vez. Era o cheiro e o ato dela estar vomitando e eu assistindo e auxiliando. Tive que me segurar, porque quase vomitei com ela. (Estudante 13)

Uma vez na emergência, eu comecei a sentir pânico porque chegou um senhor com ... não era nem urina, era só sangue. Naquele dia eu fiquei muito assustada, porque eu nunca tinha visto. (Estudante 17)

Uma aspiração de traqueotomia, na qual tinha muita secreção. Era tanta que chegava a formar bolha, e eu ficava com medo daquilo estourar e vir na minha cara. (Estudante 19)

Uma senhora muito obesa, com muitos curativos para trocar. Eu me lembro que ela estava numa situação já terminal. Ela não respondia a nada ... eu estava prestando cuidados e vi que ela tinha uma compressa no abdome ... quando viraram, saiu de dentro da compressa da gastrostomia um bolo de gaze, preta de secreção gástrica em cima de mim. Eu não vi que era uma gaze, não dava para identificar porque estava preta. Eu disse para a sênior que havia saído um pedaço [da cliente] de dentro da gastrostomia, porque ela estava num estado tão deplorável que eu não duvidaria que fosse alguma coisa que tivesse saído dela. Fiquei até o final do banho naquele desespero porque pensei que havia caído uma parte do corpo dela. (Estudante 28)

Eu vi feridas imensas e não me incomodou tanto assim como o vômito. O vômito me dá muito mais esse ... embrulho, enjôo, do que ferida com odor forte. (Estudante 33)

Foi no estágio no PCI VII, quando fui fazer a primeira aspiração traqueal no paciente e, sem querer, quase vomitei ... quando vi a secreção dele, foi uma situação muito incômoda. (Estudante 40)

Meu problema com vômito ... acho que com todas as secreções é o cheiro, eu tenho que prender minha respiração pra ajudar a pessoa, se não eu vomito junto. (Estudante 44)

Eu não tenho nenhuma experiência extraordinária. Eu já vi outras pessoas se incomodarem. Me lembro de uma situação que tive contato visual ruim. Uma auxiliar estava fazendo um cateterismo vesical em uma paciente com infecção urinária perto de mim. A urina estava com um odor ruim, e a menina que fez, coitada! Quase passou mal. O odor foi ... meu Deus do céu! Foi horrível! Horrível! (Estudante 51)

Teve uma vez na sala de exame ginecológico que a paciente na hora do exame soltou gases e eu escutei o barulho. Achei aquilo estranho, pois pensei que fosse a mesinha onde ela colocava o pé que tinha caído. Aí, dei um pulo para trás e as meninas que estavam comigo começaram a rir. Eu não sabia o que fazer, pois fiquei muito sem graça e a paciente ficou mais sem graça ainda. (Estudante 55)

Contato diretamente nunca tive, mas, já tive uma paciente que estava há muito tempo sem urinar e saiu aquela urina com um cheiro fortíssimo, Aquele foi o cheiro mais enjoado que senti até hoje. (Estudante 58)

Nessas observações dos estudantes acerca das sensações e sentimentos que experimentam ao entrar em contato com as expressões secretórias e excretórias dos clientes, pode-se ler o relato de que não somente eles mas também outros clientes não suportam odores desagradáveis emanados dos corpos dos outros clientes; que alguns sentem vontade de vomitar quando vêem alguém vomitando; pânico de ver sair sangue de um lugar onde deveria sair urina; o cheiro forte de urina das pessoas que não urinam há dias. Essas, e todas as outras coisas relativas à expressividade secretória e excretória da clientela, faz com que eles se sintam ameaçados. Essa ameaça é tão forte que, em alguns momentos, a associação do cheiro exalado pelos corpos dos clientes faz com que façam as seguintes associações de idéia:

O paciente acamado tem um cheiro ... principalmente quando ele já está perto da morte ... o cheiro lembra morte. Não sei se é algum cheiro característico ... é um cheiro que mistura tudo ali que o paciente tem. Acho que é o cheiro da mistura daquele monte de coisa invadindo o paciente. Tem o cheiro da secreção nasal, tem cheiro próprio, que eu não sei definir. Sei lá ... um cheiro ruim; cheiro característico mesmo da situação. (Estudante 29)

Nesse relato observa-se que os estudantes podem fazer associações dos odores emanados pelos corpos dos clientes à morte. Como o tabu é uma interdição daquilo que não se deve fazer ou dizer, no caso de alguns cuidados de enfermagem prestados, esses tabus podem ser interpretados e compreendidos como estando no plano do medo, do medo de contaminação e do medo da morte (Delumeau, 2009); como se a morte tivesse um cheiro/odor próprio, criando uma situação aversiva e desconfortável para os estudantes. Esse relato contém, também, a idéia de contaminação do mundo dos vivos, levando ao caos, à desordem, ao desconhecido.

Sobre o significado disso, diga-se que, com o estabelecimento da ordem e da disciplina nos hospitais, mais efetivamente a partir do século XVIII (Foucault, 1987), determina-se que o corpo tenha de se sujeitar ao controle, seja vigiado, se comporte tal como o esperado e, acerca disso, Rodrigues (2008, p.148) refere:

Corolário dessas separações, o estabelecimento de fronteiras e o fechamento do corpo virão a reduzir de modo extraordinário o grau e a natureza da suportabilidade dos cheiros exalados pelas outras pessoas. A nova sensibilidade não somente exigira uma grande atenção para conter e aprisionar os próprios cheiros, toques, temperaturas etc.: acima de tudo, ela não mais admitirá que o odor do outro invada o nosso território individual, estabelecendo doravante, quanto a isso, os mais sérios tabus.

Acerca dos odores em geral, Wosny (2002, p.123) relata a existência de registro de odores relacionados à secreções, fezes e outros *fenômenos odorantes*. *Mas ele destaca* que o número de anotações sobre os odores das secreções é cerca de quatro vezes maior do que aquelas referentes aos odores das fezes (p.122). Isso confirma nossos achados em relação às interdições corporais que dizem respeito aos atos excretórios, e é tão significativo que, quando solicitamos aos estudantes que relatassem por escrito o que viram em relação às secreções e às excreções dos corpos dos clientes, o que chamou a atenção deles em segundo lugar foram as fezes. Principalmente no que diz respeito a: consistência, cor, quantidade, localização no caso das colostomias, etc., conforme encontrado nos registros:

A imagem das fezes com aspecto de melena me marcou, mas no sentido de não querer isso para o cliente; [a presença de sangue nas fezes dele] caracterizou uma gravidade do quadro dele, e eu tive “pena”.

No momento em que abri a fralda, vi que as fezes estavam tão líquidas que se espalharam também para a genitália.

Vi um cliente com melena. O cheiro ruim fez com que eu me sentisse mal; ver fezes não me deixa em uma situação agradável.

Raias de sangue e restos de comida nas fezes.

Ostomias. Olhar a comadre com fezes e ter que descartar. Para mim isso é HORRÍVEL!

Bolsa de colostomia; fezes em fralda; fezes na comadre.

O cuidado com a colostomia, pois tenho dificuldade para não demonstrar repulsa.

Ostomia com a integridade da pele extremamente prejudicada.

Através dos registros, é possível detectar que os estudantes têm dificuldades em lidar com o que esteja relacionado às fezes, tais como odores, consistência, quantidade. Nas entrevistas, quando solicitamos aos estudantes que discorressem sobre as experiências deles em relação às secreções e excreções, 29 deles fizeram referência às fezes.

Era uma paciente dependente, que estava tomando manitol. A gente trocava as fraldas dela 3, 4 vezes e mais. As fezes estavam bem líquidas e com o odor bem forte. E teve outro caso ... não eram nem fezes, era melena mesmo ... tinha mais sangue do que fezes mesmo, o cheiro era muito forte. É o pior cheiro em relação as fezes é o da melena. É horrível. (Estudante 3)

Uma paciente na DIP tinha que usar manitol para fazer um procedimento. Com manitol a pessoa fica com muita diarreia e me chamaram para fazer um clister e limpar totalmente. Eu fui mega animada, porque eu nunca tinha feito um clister. Comecei e as fezes vieram em jato na minha mão. Pensei “Ai meu Deus!” ... vai me sujar. (Estudante 11)

Todo mundo se preparando para passar plantão. O paciente pediu para me chamar. Quando eu cheguei lá ele disse que estava muito “apertado”. “Eu preciso de uma comadre agora”. Eu não sabia que a situação ia ser tão ruim, mas cheguei lá e ele defecou em tudo, tudo. Sujou tudo. Eu tive o maior trabalho para limpar; não sabia o que fazer. Eu estava sozinha com ele, não sabia o que fazer. Depois de ter limpado tudo, uns dez minutos depois, eu já tinha acabado de passar o plantão. Ele mandou me chamar de novo. Era justamente para fazer a mesma coisa. Ele sujou tudo de novo! Eu fui a última a sair de lá. Fiquei com aquela sensação horrível. Eu não almocei, lógico. Foi horrível. Esse dia foi o pior. (Estudante 15)

Cheguei pela manhã na enfermaria e, quando entrei no quarto, comecei a sentir um cheiro horrível. Quando eu cheguei justamente na minha paciente, que eu levantei o lençol, estava tudo sujo. [As fezes] Tinha ido também para o colchão. Horrível ... naquele dia foi demais. (Estudante 16)

Uma vez eu estava na enfermaria de ortopedia com um jovem de 21 anos, praticamente a minha idade. Ele não evacuava há 5 dias, e eu perguntei se ele realmente estava com dificuldade para evacuar ou se era vergonha. Ele disse que era vergonha. Aí, eu preparei o ambiente, coloquei vários biombos, falei que ele não precisava ter vergonha de mim, que provavelmente ele devia estar num estado péssimo. Coloquei a comadre, falei para ele que quando terminasse me chamasse. Deixei tudo apropriado para ele ficar bem à vontade. Aí ele conseguiu evacuar; ficou super tranquilo. Me chamou e, quando eu fui retirar a comadre, tomei um susto. Eu tive uma reação que não era esperada de mim mesma ... fiz uma cara ... Realmente foi um odor muito forte e as fezes eram em grande quantidade e eu fiquei assim, meio assustada. Dessa vez eu acho que deixei transparecer um pouco o susto que tomei, pois ele até falou assim: “Poxa! Você disse que não ia ter nojo” ... Isso marcou bastante e fiquei triste depois, porque eu não consegui me conter e deixei transparecer muito! E eu não gostei de ter deixado transparecer... (Estudante 61)

Nessas falas se pode perceber o que os estudantes sentem em relação às fezes dos clientes. A grande maioria deles faz referência às situações nas quais sentem um misto de susto e nojo. Sustos pela quantidade de fezes que podem sair de dentro do corpo e também pelas características que as fezes podem assumir: líquidas, pastosas, com sangue vivo, com melena, raias de sangue, etc.

A respeito das eliminações em geral, Rodrigues (2008) afirma que as evitações dos elementos corporais “nojentos” são assim considerados pelas regras de manutenção da ordem do universo simbólico estruturado. Portanto, aquilo que é considerado sujo obedece a uma ordem simbólica e classificatória, antes de uma ordem orgânica e patológica.

O que se pode dizer das situações relatadas pelos estudantes é que eles não estejam preparados para lidar com esse tipo de situação, já que foram surpreendidos. Por isso, os corpos dos clientes, são enigmas, esfinges escatológicas. Vertem humores e excrementos, só que de maneira antinatural, incontrolável e modificada e, ainda mais: em público.

Um outro fato relativo ao que viram, e registrado pelos estudantes, que chamou nossa atenção foi o sentimento dos clientes e a forma como demonstravam como estavam se sentindo em relação as suas secreções e excreções.

O incômodo que as secreções e excreções causavam ao paciente. A vergonha por parte do paciente de estar naquela situação.

Uma pessoa que estava sentindo-se incomodada com seu estado no momento, e que se sentiria mais aliviado caso as secreções e excreções fossem retiradas.

A vergonha que o cliente sente ao realizar as suas eliminações vesico-intestinais na minha frente. Em sua condição de dependência, é normal que isso aconteça, mas a vergonha do cliente é algo que nem sempre os acadêmicos de enfermagem conseguem driblar.

Como o cliente se sente envergonhado e as vezes até invadido.

Cuidando de uma cliente pude perceber um grande desconforto e agonia. Ao indagá-la, falou que era devido ao cheiro de fezes da cliente ao lado.

Angústia que o paciente sofre de ter que vivenciar esta situação.

Dependência humana quando se está acamado, impossibilitado de exercer qualquer reação.

Essas respostas se colocam no plano das interdições do sentimento, pois os estudantes observam que os clientes se sentem envergonhados com as situações que as doenças criam para si e a forma como o corpo deles reage a elas; a angústia que sentem em vivenciar a situação na qual se encontram; a dependência que têm de outras pessoas para cuidar deles e, por isso, sofrem. É impossível para os estudantes encarar com naturalidade as reações dos clientes, pois os corpos dos estudantes e dos clientes emitem sinais comunicativos. Sobre as diferentes formas de comunicação social, Rodrigues (2008, p.99) relata que:

Quando nos comunicamos socialmente situamo-nos simultaneamente em diferentes planos, nem todos igualmente conscientes. Recebemos signos verbais e não verbais, tácteis, visíveis e audíveis: contatos corporais de diferentes tipos, posturas, aromas, aparência física, expressões faciais, movimentos das diferentes partes do corpo, posição das mãos, direção do olhar, tom emocional, altura da voz, timbre – enfim, um complexo de

informações que tendemos a considerar naturais, mas que estão altamente codificadas e que variam de sociedade para sociedades: uma linguagem, tão coletiva como qualquer outra.

Por esses aspectos do processo comunicativo é que os estudantes observam a linguagem verbal e não verbal dos clientes quando esses se expressam, através do incomodo que as secreções do cliente incomodam a ele mesmo, a vergonha que sentem ao eliminar fezes na presença dos estudantes, do odor exalado pelas fezes do companheiro de enfermagem, pela angústia e dependência dos clientes.

Da mesma forma que o sentido sociocomunicante visão traz consigo toda essa simbologia, tal como consta nos registros e discursos dos estudantes de enfermagem, quando solicitamos que escrevessem o que sentiram quando **tocaram** nos corpos dos clientes com secreções e excreções, 35 deles registraram:

O aspecto da secreção (pastoso, líquido) causa maior sensação de nojo.

Sensação de impotência, porque mesmo não querendo tive que fazê-lo.

Uma sensação estranha, porque é muito diferente prestar cuidado em um corpo íntegro e limpo e a outro com secreção e excreções.

A sensação de tocar em algo que eu precisava ter cuidado para que eu não me sujasse e nem ao cliente.

Nos clientes com ostomia tive uma certa repulsa.

Ao tocar em uma ferida que tinha muita secreção me causou extremo nojo. O fato da mesma ser quente me deixou enojado.

Angústia, agonia, vontade de limpar logo.

Por não tocar diretamente na secreção não tive tanto problema. O pior é o que fica no meu pensamento, como seria se eu tivesse tocado sem luvas.

Tive uma leve sensação de nojo, mas ao perceber que livrando o cliente deste "nojo" e sabendo que ele ficaria muito melhor, eu deixei de lado esta sensação.

Senti pena. Me senti mal, por causa do nojo que tive e pela vontade de lavar a mão com um sabonete bem cheiroso, para tirar o cheiro de mim.

De qualquer coisa que eu fizesse iria ser de grande ajuda, mesmo que me causasse asco.

Sensação ruim. Não gosto de ver e nem tocar, mas sei que é pelo bem do cliente, então faço, e no final vejo que posso passar por isso.

Nos primeiros contatos tive um pouco de repulsa, nojo, mas com o passar do tempo me acostumei, a sensação não foi de nojo, mas sim de estar prestando um cuidado.

Apesar de não me sentir muito confortável com a situação, pude ajudá-lo, me colocando em seu lugar e exercendo os procedimentos cabíveis com a situação.

Um certo repúdio, o qual foi amenizado ao lembrar-me da necessidade de tocá-lo, de proporcionar seu bem estar.

Nesses discursos pode-se ler que os estudantes sentiram nojo, sensação de impotência, estranhamento por estar cuidando de um corpo com secreções, cuidado para não se sujar nem ao cliente, angústia, posteriormente ao toque tiveram pensamentos de repulsa pela possibilidade de contaminação, vontade de substituir o odor desagradável por outro agradável, sensação de bem-estar por ajudar o cliente a se sentir melhor, mesmo que as condições dele não sejam favoráveis. Acerca do toque e da pele, Ackerman (1992, p.95) registra que eles fazem parte de um mesmo conjunto, *um sistema sensorial, sendo sua influência difícil de ser isolada ou eliminada* (Idem, p.105), principalmente considerando-se que os cuidados de enfermagem exigem o toque no corpo do outro. Sobre o toque, Dell'Acqua, Araújo e Silva (1998, p.18) afirmam:

No que diz respeito ao exercício profissional da enfermagem, o toque tanto pode ser utilizado somente como instrumental, quando se executam técnicas como sondagens, curativos e administração de medicamentos, como pode ser utilizado de maneira mais consciente, quando o toque é expressivo, para oferecer ao paciente/cliente uma assistência embasada no objetivo de encorajá-lo a se comunicar e demonstrar aceitação e empatia entre outros aspectos.

Como o corpo das enfermeiras é o instrumento dos cuidados de enfermagem e antes de tudo um corpo sensível (Figueiredo, 1994), por isso é que elas utilizam suas capacidades sensoriais a serviço do cuidado de enfermagem. Da mesma forma os estudantes, pois ao longo da formação profissional vão adquirindo parte desse instrumental sensível ou desenvolvendo o que já têm. Por isso o toque das enfermeiras (e dos estudantes) nos corpos dos clientes é *expressivo*.

Tanto que Parsons (1997, p.11) afirma que *tratando verdadeiramente do doente e dando-lhe conforto com suas próprias mãos, a enfermeira transmite-lhes os benefícios adquiridos em sua experiência hospitalar*. Assim, as mãos são pontos de

contato, são veículos da prática sensível das enfermeiras. Ackerman (1992, p.151) relata que *as mãos possuem história própria, civilização pessoal, beleza especial; nós lhe concedemos o direito de ter seu próprio desenvolvimento, seus desejos, sensações, ânímos pessoais e ocupações favoritas*. Em relação às ocupações favoritas e a enfermagem, vale dizer que em uma representação esquemática, elaborada por Stewart (1945, p.52) e publicado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, a mão se situa abaixo do coração e da cabeça como partes do instrumental da profissão, e dentro de um triângulo em cujas linhas se lê: “Ciência da Enfermagem”, “Arte da Enfermagem”, “Espírito da Enfermagem”.

Ainda que nos discursos dos estudantes haja registros de nojo, repulsa, é importante que se observe o fato de que eles são capazes de transcender a esses sentimentos quando dizem que *é pelo bem do cliente, a sensação não foi de nojo, mas sim de estar prestando um cuidado, pude ajudá-lo, me colocando em seu lugar*. Além desses sentimentos, relataram também: *medo para que não o machucasse (e me perguntava até que ponto eu poderia ajudá-lo), um pouco de receio, pois parecia que o paciente tinha dor*. Esses tipos de sentimentos colocam os estudantes mais próximos da clientela (pela *ciência, arte e espírito* da enfermagem?) e é relativo ao que Dell’Acqua, Araújo e Silva (1998, p.18) descrevem, quando afirmam que a assistência de enfermagem deve estar *embasada no objetivo de encorajá-lo a se comunicar e demonstrar aceitação e empatia, entre outros aspectos*. Para além disso, Caccavo (2003, p.60) afirmam que o cuidado de enfermagem *representa, pelo lado da arte, o movimento simultâneo de expressões sensíveis de pessoas, cujo limite vai além dos estímulos e das respostas provenientes do relacionamento humano*.

Em contrapartida a esses registros, há também uns poucos em que prevalece a idéia de que o toque nos corpos que secretam e excretam estão diretamente sujeitos à contaminação, assunto que autores como Rodrigues (2008), Foucault (1987), Delumeau (2009) discutem:

Quando toco algum tipo de secreção e/ou excreção, sinto vontade imediata de limpar.

Como sempre utilizo luvas ao tocar diretamente na secreção, elas me permitem uma sensação de “distanciamento” desta secreção.

Vontade de lavar a mão, de trocar a luva toda vez que eu a via suja, com algum tipo de secreção.

Foi a mesma de quando toco um cliente sem secreção, mais ao final do cuidado quis lavar mais rapidamente a mão.

Sensação de receio em relação ao tocar e como tocar.

Medo de que a secreção me atingisse, mesmo eu estando devidamente paramentada.

Essas percepções dos estudantes estão relacionadas ao enfrentamento das situações aversivas nas quais o toque dos humores não é agradável e, por isso eles têm de usar luvas. Mesmo estando paramentados, eles têm medo de que as secreções os atinja. No entanto, por mais que *os problemas [possam] ser espinhosos, ásperos, pegajosos ... têm que ser enfrentados com luvas de pelica* (ACKERMAN, 1992, p.95).

Quando solicitamos que os estudantes escrevessem nos formulários da TSSCC, aquilo que **ouviram** e que mais os havia impressionado, 20 deles disseram que nada. O registro dessa ausência de audição sensível por parte dos estudantes pode significar uma recusa em falar de reminiscências que não foram agradáveis. A audição depende da emissão de sons e, sobre os sons e a audição, Stelzer (s.d.) relata o seguinte:

Os sons são causados pelas vibrações. Tudo o que vibra gera ondas sonoras que se espalham pelo ar, em todas as direções e simultaneamente ... Quando elas chegam ao nosso ouvido, entram em contato com a membrana do tímpano, fazendo com que ele também vibre, e transmita ao cérebro várias mensagens que serão identificadas como tipos diferentes de sons.

Como os sons são decodificados pelo cérebro, a pessoa pode interpretar que a sonoridade é modular ou provocada por ondas irregulares, o que causa ruído. Talvez os estudantes que disseram nada se lembrar do que ouviram durante os cuidados prestados por eles, entrem numa espécie de redoma à vácuo. Uma forma de representação da ausência de si, já que o som não se propaga no vácuo. Ele retira-se estrategicamente do campo dos sentidos para não lembrar das interdições que emergem durante o cuidado de enfermagem. Dessa maneira, o estudante interdita-se a si próprio, exclui-se do processo de mácula que alguns cuidados suscitam.

Entretanto, outros registraram que as lembranças dos sons prendiam-se ao ruído provocado pelas secreções traqueais, pela tosse, pela dificuldade respiratória dos clientes, pelo som da secreção sendo aspirada.

Cliente traqueostomizado, cheio de secreção e a sua agonia ao tentar respirar. Ouvi também o som que o aspirador a vácuo faz ao aspirar estas secreções. Tive a sensação de agonia, mas ao mesmo tempo, vontade de ajudar.

Som da aspiração de alguma secreção. Sinto nervoso, pois parece que o procedimento está sendo feito em mim.

O som de sufocamento, quando uma paciente traqueostomizada pedia para ser aspirada durante o banho

O barulho da aspiração de uma traqueostomia dava a sensação de que o tubo de aspiração estava em minha garganta fazendo-me sentir.

O som da saída das secreções pelo óstio da traqueostomia e também quando a pessoa escarra.

Sobre os sons, e mais especificamente o som representado pela aspiração de secreção traqueobrônquica, de acordo com os registros dos estudantes, faz com eles experimentem sensações de sufocamento, de agonia, de que o tubo de traqueostomia estava na garganta do estudante e outras. Essas sensações relacionam-se ao que Araújo e Spier (2007, s.p.) afirmam acerca dos clientes com traqueostomia, quando relatam: *o estabelecimento de uma traqueostomia provoca mudanças na imagem corporal, podendo ocasionar repulsa, ansiedade, desgosto e pena*, o que não retira das lembranças dos estudantes a empatia como forma de comunicação mais estreita entre pessoas.

Além dos registros anteriores, os estudantes lembram-se do que ouviram em relação ao descaso, descuido e a falta de ética dos profissionais nos cenários da prática profissional, tal como descrito:

Ouvi dizerem que paciente estava com diarreia. As fezes estavam muito líquidas, que sujaram o lençol de cama, e que parecia que ele estava “nadando” nelas. Mas não fizeram nada naquela hora.

Ouvi um enfermeiro reclamar do cheiro das fezes do paciente na frente do mesmo, como se o paciente fosse anormal.

Ouvi dizerem: “Ah, defecou outra vez? Não vou lá limpar de novo agora não. Daqui a pouco eu vou”.

Uma profissional da área achando normal depois de 7 dias um dreno estar drenando um volume grande de secreção com odor fétido e coloração forte, sem dar a real importância.

Ouvi um dos auxiliares dizendo: “Que nojento! Não nasci para isso. Por isso é que quero trabalhar no PSF [Programa de Saúde da Família].”

Me lembro que ouvi o seguinte: “Este paciente não tem mais o que fazer?”

Ouvi a enfermeira descrevendo a secreção de maneira enojada.

As pessoas [da equipe de enfermagem] falarem que iam deixar para depois a troca dos curativos e das bolsas de colostomia.

Os registros dos estudantes são contundentes, pois contradizem o que se deve observar no ambiente da enfermagem. Esse tipo de comportamento é contrário ao que afirma Nightingale (In: BURDETT-COUTTS, 2005) quando diz que os doentes não foram feitos para os enfermeiros, mas os enfermeiros foram feitos para eles. Numa espécie de crítica velada ao que os profissionais dizem, os estudantes referem que parece que: a) a equipe de enfermagem não se incomoda com o fato dos clientes “nadarem em fezes”; b) os profissionais da equipe de enfermagem reclamam do cheiro das fezes na frente dos clientes; c) acham normal uma grande quantidade de secreção em bolsa coletora de drenos e nada fazer a respeito. Além disso, dizem também que vão trabalhar no PSF, como se lá estivessem livres de terem de lidar com as secreções e excreções dos clientes. Alguns ainda reclamam perguntando se o paciente não tem mais o que fazer(?). Vão fazer o que, se seus corpos estão vertendo humores, líquidos viscosos, fezes, urina, sangue, e a equipe de enfermagem não os ajuda? No hospital, a quem irão recorrer para praticar esses cuidados se não à equipe de enfermagem?

Essas lembranças exigem uma colocação das coisas relativas à profissão em perspectiva, seja no plano da *ciência*, da *arte* ou do *espírito da enfermagem* (STEWART, 1945, p.52). Isto porque, de acordo com os registros dos estudantes, a forma como os profissionais agem em relação aos clientes se assemelha àquilo que Goffman (1983) refere como sendo a “morte social”, pois o contato com os clientes é um contato que representa, dentre tantas coisas, fazer o “trabalho sujo” – o trabalho que ninguém quer fazer e delega para aquele que se localiza na mais baixa escala de poder da instituição hospitalar (Idem). Rodrigues (2006, p.107) afirma que a

relação de poder está em toda parte nas regras de higiene: sujam-se lenços, roupas, banheiros etc., e as limpezas são feitas por pessoas situadas em posições inferiores na hierarquia. Muitas vezes, a prática dessas atividades purificadoras é, ela mesma, símbolo de baixa posição: o “lavador de latrina”, o “lixeiro”, o estar na “merda”, o “ser um merda” ... O trabalho feminino tem sido quase sempre associado a estas atividades.

Além disso, as lembranças dos estudantes podem ser remetidas ao pensamento de que como os clientes estão “mortos socialmente” para os profissionais, eles podem fazer o que quiserem naquele espaço físico, tal como acontecia nos cemitérios da Idade Média, que afastados das cidades, eram terreno ideal para a realização de feiras, local de rituais pagãos e de outras manifestações, como a dança por sobre as lápides (Delumeau, 2009). Como mortos que estão, as coisas podem ser deixadas por fazer para os clientes, ou serem feitas depois. Pelo fato dos clientes estarem “mortos”, alguns membros da equipe também podem fazer descrições de maneira enojada da situação dos clientes, mesmo na frente dos mesmos. Afinal, alguns dos membros da equipe sentem que seus corpos jamais emitirão qualquer tipo de sinal poluente que contamine o seu meio-ambiente próximo. É como se os corpos deles estivessem fechados, controlados, limpos, sacralizados.

A despeito dessas observações, os estudantes fizeram registros numerosos quanto a outras coisas que ouviram em relação a:

a) relatos de incômodo dos clientes por estarem com secreções:

O cliente verbalizando que se sente mais confortável quando livre de secreções e excreções.

Que o próprio cliente se sentia incomodado com a quantidade de secreções, que ele mesmo sentia nojo das próprias secreções.

Os próprios pacientes não queriam tocar ou ver o procedimento que estava sendo feito.

Reclamações do cheiro que emanavam dos outros clientes internados.

b) sofrimento dos clientes: queixas de dor, gemidos, choro

Um cliente com Síndrome de Crohn, que gritava de dor ao evacuar. Dizia “Ai meu c... [se referindo ao ânus]! Ai meu c...!” Isso me impressionou. Ele chorava muito e só Deus sabe a dor que ele estava sentindo.

c) fragilidade afetiva:

Uma paciente idosa, com problemas psíquicos, estava chamando pela sua mãe.

“Ai que vergonha”. Isso me remeteu à situação de vulnerabilidade sofrida pelo cliente.

O choro de um cliente por precisar que alguém o limpasse.

d) vergonha, tristeza e desculpas por estarem “dando trabalho”:

O cliente falou que estava com vergonha por causa do cheiro ruim e eu disse que ele não precisava se preocupar.

Ouvi que aquela situação também incomodava ao cliente e alguns desses demonstravam vergonha ou dó por ter um profissional ao seu lado naquele momento.

O próprio cliente falava que não estava no melhor momento, e pedia desculpas por estar naquela situação. Outros pediam que o deixassem limpos para ter a sensação de limpeza.

O paciente pediu desculpas por me fazer passar por aquela situação.

O paciente me pedindo desculpas por ter feito suas fezes diarréicas na fralda, por eu ter que limpar.

e) agradecimento pela presença e pelos cuidados prestados:

Obrigado por vocês estarem aqui.

Um agradecimento: “Você foi a única aluna que fez curativo na minha úlcera sem reclamar do cheiro dela”. Isso me marcou tanto que não esqueço as palavras ditas.

É dessa maneira que as coisas relativas ao ambiente da enfermagem fazem sentido para os estudantes. Ao mesmo tempo que eles têm de lidar com as secreções e excreções corporais dos clientes, os clientes também agradecem a eles e pedem desculpas por não conseguirem controlar seus corpos. Pensamos que é dessa forma que os estudantes desenvolvem sua mundividência, pois no estabelecimento de trocas sensíveis trazidas por esses tipos de situação podem levá-los a experimentar uma disposição do temperamento e da sensibilidade tais, que fazem com que eles sintam de modo especial a influência da diversidade da prática de cuidar na enfermagem.

Quanto ao **paladar/gosto**, 37 estudantes registraram nos formulários da TSSCC não se lembrar de ter sentido alguma coisa relacionada ao gosto/sensação, a não ser nas primeiras vezes que cuidaram dos clientes com secreções e excreções. Alguns deles chegaram a referir que já haviam se “acostumado”. No entanto, muitos deles disseram que em suas lembranças relativas ao gosto/sensação que sentiram quando cuidavam de clientes com secreções e excreções estavam relacionados da seguinte maneira:

Quando me deparo com uma situação “nojinho” sinto gosto amargo e parece que posso sentir o “desagradável” dentro da boca. É bem ruim.

Gosto desagradável associado ao cheiro, principalmente de fezes e secreção purulenta.

Quando sinto cheiro de fezes, também sinto gosto.

Imaginei a secreção em minha boca. O gosto que senti era o mesmo do cheiro que estava sentindo.

Parecia que eu estava ingerindo aquilo que eu via e sentia o cheiro, o que causava em mim um nojo extremo.

Sensação de gosto ruim, sempre ligado ao cheiro, parecendo que o cheiro viria da minha boca, de mim. Não do paciente.

Evitava respirar de boca aberta, pois muitas vezes o cheiro se misturava com o gosto.

Uma sensação estranha, não sei definir. Geralmente tenho essa sensação quando faço limpeza de cavidade oral (com secreção catarro espesso), escovo dente, prótese dos clientes. Isso dá uma sensação semelhante a um “nojo na boca”.

Quando fiz uma visita domiciliar na clínica da família, minha boca ficou com gosto de urina.

Nessas anotações, os estudantes dizem que o gosto que sentem está associado com aquilo que estavam se ocupando. Com o gosto da secreção, das fezes e outros. Um deles disse que sentiu que *o cheiro viria dele e não do pacienteda minha boca, de mim. Não do paciente*. Sobre o sentido paladar/gosto, de acordo com Guyton e Hall (2006, p.663), não se sabe exatamente todos os receptores químicos envolvidos no paladar, e também que o paladar é influenciado diretamente pelo sentido do olfato, mas não somente por ele. Ackerman (1992, p.179) diz que a palavra *taste* (paladar ou gosto) *vem do inglês médio, tasten, que significa examinar pelo toque, teste ou prova, e tem suas origens latinas em taxare, tocar com força. Portanto, paladar é sempre julgamento ou teste.*

Para que o paladar sirva ao julgamento, e pelo fato dele ser um sentido químico, associa-se a outros sentidos, o que possibilita à pessoa sentir o gosto das coisas e, com isso, determinar centenas de sabores (GUYTON, HALL, Idem). Isso quando as partículas do alimento ou de qualquer substância estiverem dissolvidas na boca. Mas a pessoa é capaz de sentir o gosto de partículas dispersas no ar

quando o paladar esta associado ao olfato. Por isso os estudantes sentem gosto das secreções e excreções na boca, pois muito do que chamamos gosto é, na verdade, olfato.

Acerca do paladar e das representações limítrofes dos significados que o acompanham, Ackerman (1992, p.179) afirma:

A boca é o que mantém fechada a prisão de nossos corpos. Nada entra no corpo, seja para o bem ou para o mal, sem passar pela boca, o que representou um dos primeiros desenvolvimentos do corpo humano na evolução ... A boca é mais do que apenas o início do longo tubo que leva ao ânus; é a porta para o corpo, o instrumento com que cumprimentamos o mundo, a fronteira dos grandes riscos.

Além dos registros anteriores, os estudantes escreveram que sentiram ainda:

Sensação de vômito e, em alguns casos, fome.

Senti ânsia de vômito. Era uma quantidade absurda de fezes, de cor estranha e, como estava quente, parecia que estava saindo vapor.

Tive sensação de náuseas em alguns momentos.

Gosto de vômito, sensação de náusea.

Com as fezes tive ânsia de vômito e gosto ruim.

Os estudantes têm essas reações porque o cheiro das secreções e excreções do outro funcionam como uma espécie de catalisador dos gostos, das sensações e das emoções deles e, acerca das emoções relativas ao *fenômeno corporal*, Rodrigues (2008, p.112) ressalta:

Uma análise do fenômeno corporal da emoção está simultaneamente fora do corpo. Como qualquer sistema de comunicação, as emoções estão submetidas a uma gramática, ou seja, a um sistema de convenções que ditam a intensidade, a situação, a razão e a forma delas, por um lado, e que servem, por outro, para conotar ou para classificar outros sistemas de convenções e outras relações sociais, o que acontece, por exemplo, quando se considera determinado procedimento como sendo “odioso”, “triste”, “nojento”.

Em vista do que o autor afirma, pode-se dizer que a sensação de nojo/repulsa experimentada pelos estudantes está diretamente associada ao acontecimento, ao ato em si. Por isso, quando estão expostos a alguém vomitando, ao pús e outras coisas “nojentas”, são comuns esses tipos de reação, pois *assim como só podemos cheirar algo quando começa a evaporar-se, só lhe sentimos o*

gosto quando começa a dissolver-se, o que não promovemos sem a saliva (ACKERMAN, 1992, p.176). Em relação à salivação, os estudantes registraram:

A sensação sensitiva na boca foi a de maior salivação.

“Salivação” junto a dificuldade de deglutição, presentes em determinadas situações.

Quando vi um abscesso sendo drenado, fiquei com a boca cheia d’água e desejo de espremer o abscesso até drenar tudo [sensação de querer acabar de vez com aquilo].

Salivação intensa e náusea.

A salivação intensa dos estudantes está relacionada à resposta fisiológica do estímulo químico odorizante das secreções e excreções disperso no ar. Ao lado do muco nasal, nesses casos a saliva atua retirando os resquícios químicos dos odores que têm influencia na sensação gustativa. Entendemos que a salivação referida pelos estudantes talvez esteja relacionada a um mecanismo fisiológico que permita a eles a permanência junto ao cliente. No entanto, encontramos, também, os seguintes registros:

Fico com a sensação de boca seca.

Náuseas, boca seca, tosse.

Boca seca, foi a sensação que mais prevaleceu, como um sinal de que havia necessidade de sair logo dali.

Da mesma forma que a saliva age como substância que atua para retirar o gosto ruim da boca causado pela exposição às secreções e excreções, e que permite aos estudantes permanecerem no local, as lembranças dos gostos que causam náusea, boca seca faz com que alguns dos estudantes experimentem a sensação de querer e ter vontade de se retirar do local onde estavam expostos ao “perigo”. A “boca seca”, nesses casos, representa concretamente uma descarga adrenérgica, descarga que significa retirada, fuga, medo, o que causa a necessidade nos estudantes de evasão do local, para que o corpo deles não seja maculado. A esse respeito, diga-se que *o corpo é sempre uma representação da sociedade, não há processo exclusivamente biológico no comportamento humano ... Como parte do comportamento social humano, o corpo é um fato social* (Rodrigues, 2008, p.117) e,

por isso, os estudantes experimentam a sensação de fuga pois esse é o tipo de comportamento social esperado das pessoas.

Das outras sensações relatadas pelos estudantes, aquelas que dizem respeito ao **olfato** são as que têm uma quantidade maior de referências nos formulários da TSSCC. Esse fato não é de se estranhar, porque

Os odores detonam suavemente nossas memórias, como minas poderosas, escondidas sob a massa espessa de muitos anos e experiências. Basta percebermos um aroma, e as lembranças explodem todas imediatamente. Uma visão complexa salta de nossas profundezas ... (ACKERMAM, 1992, p.25).

Dos sentidos humanos, o olfato é o menos compreendido pois, em comparação com animais inferiores, além de ser um fenômeno subjetivo é pouco desenvolvido nos seres humanos (GUYTON e HALL, 2006, p.667). Essa pouca compreensão, no entanto, não é menos importante, pois de acordo com Classen, Howes e Synnott (1996, p.11),

O olfato é poderoso. Os odores nos afetam em nível físico, psicológico e social. Na maioria das vezes, entretanto, inspiramos os aromas que nos cercam sem ter consciência de sua importância para nós. Somente quando a nossa faculdade olfativa está prejudicada por alguma razão é que começamos a perceber o papel essencial que a olfação desempenha em nossa sensação de bem-estar.

De acordo com as lembranças dos odores relatadas pelos estudantes, alguns deles o fizeram de maneira peculiar e telegráfica. Ao fazerem referência aos odores/aromas/cheiros que sentiram, disseram: *cheiro fétido, de pus; cheiro fétido, de podridão; cheiro forte, ácido, de podre, algumas vezes com cheiro de queimado; cheiro de podre (putrefação) e azedo; cheiro de azedo, a ponto de ser nauseante*. Essas sensações possuem estreita relação com o que pode ser encontrado com certa frequência nos cenários hospitalares, e a esse respeito, Wosny (2002, p.14) afirma que

A atividade de Enfermagem desenrola-se num cenário especial, permeado de múltiplos estímulos e requerente dos sentidos humanos com alta intensidade. As percepções olfativas podem ser destacadas como as de maior distinção, considerando-se sua intensidade e constância no cotidiano e espaço de cuidado hospitalar.

Por isso é que os estudantes de enfermagem anotaram um grande número de lembranças acerca das sensações olfativas:

Ao cuidar de um cliente com uma deiscência, o cheiro não era nada agradável. A ferida estava contaminada e o cheiro se misturava ao cheiro

da urina. Senti por um bom tempo este cheiro, mesmo depois de estar longe do cliente.

Mesmo com o uso de máscara, senti cheiro de secreção da úlcera venosa que tratei na sala de curativos.

O cheiro de uma ferida bastante contaminada é o que mais me atinge. Tenho ânsia, náuseas.

O odor das feridas parecia que entranhava em mim. Parecia que eu estava ingerindo a secreção da ferida, isso me dava um extremo nojo.

Durante a troca de um curativo, senti cheiro de algo estragado no membro inferior de um paciente, e isso me deu náusea.

Senti um cheiro difícil de conseguir inspirar. Era necessário respirar pela boca e pensar em “algo” bom para que a prestação do cuidado fosse realizada da melhor maneira possível. Dá para sentir nojo pelo cheiro. O pior de tudo é cheiro!

Cheiro ruim, que por mais que eu lavasse as mãos, o cheiro ainda continuava a ficar no imaginário.

Nessas transcrições das emoções e lembranças olfativas, os estudantes de enfermagem trazem à tona seus sentimentos em relação às experiências de cuidar de outrem que não foram agradáveis, em razão da presença de odores fortes, dos misturados, dos que impregnavam não somente as células olfativas como também as da memória, daí os registros. Sobre os efeitos dos odores nas sociedades, Classen, Howes e Synnott (1996, p.19) fazem a seguinte observação:

O fato de chamarmos especial atenção para os odores serve para corrigir esse desequilíbrio que vem de longa data, pois nós, no Ocidente, temos propensão a ser tão “cegos para os odores” que, se o cheiro não nos for posto bem debaixo do nariz, como se costuma dizer, é usualmente perdido na confusão ... desejamos retirar o cheiro do inconsciente cultural e acadêmico ocidental e trazê-lo para o ar livre do discurso social e intelectual. Somente quando tiver sido restabelecida uma forma de equilíbrio sensorial é que podemos começar a entender como os sentidos interatuam mutuamente como modelos de percepção e paradigmas de cultura.

De acordo com a idéia de retirada *do cheiro do inconsciente cultural*, talvez seja preciso dizer que Nightingale (1989, p.104) faz pequenos lembretes acerca da importância da limpeza dos ambientes e dos cheiros. A respeito dos cheiros de um assoalho de escolas ou enfermarias, ela afirma que quando a *umidade reaviva a matéria orgânica que lá existe, é suficiente para nos alertar sobre o mal que está em curso*. Essa afirmação nos faz lembrar que à época de Florence as pessoas se deslocavam em charretes que eram puxadas por cavalos; a Londres

do século XIX não era uma cidade de todo salubre, fato que nos faz pensar que, dentre as matérias que constituíam a *matéria orgânica* depositada nos assoalhos, estava a matéria fecal animal e que a umidade poderia reavivar esse tipo de odor.

Em relação aos odores, o de fezes e o de vômito são aqueles que mais aparecem nas entrevistas com os estudantes. No entanto, os estudantes disseram que geralmente as sensações que têm são associadas a um ou mais sentidos:

As fezes pelo cheiro e pelo aspecto também, às vezes, fezes bem amolecidas tem o aspecto que causa uma certa aversão. (Estudante 3)

Fezes pelo cheiro, fico com nojo. Por causa do cheiro, é feio ver. (Estudante 7)

Cheiro de vômito me incomoda bastante. Eu sempre fui muito sensível a cheiros. Tanto que as minhas memórias estão sempre relacionadas a algum perfume, o cheiro de alguma situação. Eu sempre fui muito de “cheiro” e nessas situações os cheiros são desagradáveis. (Estudante 11)

Acho que vômito é um dos piores. Fezes também, mas vômito é muito complicado. Por causa do cheiro e do aspecto. Acho que se vier com resíduo de comida acho que piora 3 vezes mais. Eu fico com náuseas e também me da vontade de vomitar. (Estudante 12)

Para mim vômito. Acho que o cheiro é mais forte. O cheiro influencia muito e o aspecto também. Ver aquele vômito bem verdinho então ... não dá certo. (Estudante 17)

Vômito, porque fede muito e dá vontade de vomitar. Eu passo mal de todas as formas possíveis. (Estudante 22)

O sentido é o olfato com a visão, porque o aspecto é ruim. Eu posso estar sentindo o cheiro, tentando disfarçar, mas eu não consigo olhar pra minha mão, mexendo e limpando, e aquilo na minha luva. (Estudante 28)

O vômito, se a pessoa já tiver vomitado. Para mim é ótimo, tranquilo, não tem problema nenhum. Agora ... estar em processo de eliminar o vômito ... o barulho me irrita. Aí eu não consigo ficar perto. Eu espero a pessoa acabar para depois eu chegar, mas eu sempre cuido. (Estudante 30)

Minha dificuldade e a que eu tenho mais nojo, é em relação ao olfato e tato: tenho nojo de fezes e de manusear bolsa de ostomia. (Estudante 43)

Vômito. Até o meu! Eca! Não sei porque (risos), acho que é o cheiro e o aspecto que é muito feio. Só vendo o aspecto, já dá para ficar enjoada. Fico arrepiada até de pensar. (Estudante 51)

Para tocar, as fezes são mais nojentas. (Estudante 60)

Vômito talvez seja o cheiro que é bem desagradável pra mim. Acho que inclusive o vômito é a única secreção que mais me afeta em relação ao cheiro. (Estudante 61)

As interpretações sobre essas falas dos estudantes nos remetem à várias idéias, até mesmo porque

Os sentidos fornecem milhares de informações ao cérebro, como se fossem microscópicas peças de um quebra-cabeça. Quando um número suficiente de “peças” se combina, o cérebro diz Vaca. Vejo uma vaca. Isto pode acontecer antes que o animal inteiro esteja visível ... denominamos essa capacidade de raciocínio, como se fosse uma habilidade mental (Ackerman, 1992, p.17)

Como as informações dos sentidos sociocomunicantes são recebidas aos milhares pelo cérebro, decerto que os estudantes podem ficar atordoados perante as situações de ver, tocar, sentir o cheiro de fezes diarréicas, vômitos, urina, secreções de curativos, úlceras, traqueotomias, etc., sentir-lhes o gosto e ouvir quando se aspiram secreções, ouvem quando os clientes soltam *flatus*, eructam, urinam, evacuem. Acerca de corpo e expressões e expressividades de clientes com ostomias, Oliveira (2003, p.18) relata:

O corpo em si compreende uma série de interpretações que se estendem do corpo propriamente dito (soma) ao corpo que contém anima (espírito/sopro de vida). No caso dos clientes ostomizados, os significados da junção do “soma” (um conceito de corpo concreto, real) ao anima (espírito/sopro de vida – um conceito de corpo abstrato) podem ir além da compreensão atual porque, para algumas pessoas, os ostomas podem significar apenas uma “pequena modificação” na estrutura física corporal, com aproximadamente dois a cinco centímetros. No entanto, essa transformação do corpo pode ser interpretada como capaz de moldar novos comportamentos e atitudes, resultando no surgimento de representações sociais.

Assim, as idéias que podem ser expressadas a partir do *corpo*, do *corpo-ânlma*, do *corpo expressivo* (que secreta, excreta) e *corpo concreto e abstrato* requer esforço de pensamento dos estudantes e as experiências de prestar cuidados causa neles as mesmas reações que causariam a qualquer pessoa. A respeito das reações olfativas, táteis, visuais, auditivas, táteis, Figueiredo *et al* (2009, p. 45) asseguram que:

Um corpo ou um ambiente mal cheiroso pode provocar nos profissionais de saúde (e nos clientes também) que se encontra com seus clientes para cuidar, sentimentos diversos como: mal-estar, náusea, irritação e vontade de sair (fuga). Estes odores estão presentes em todas as partes, mas são mais intensos quando lidamos diretamente com o corpo identificando o odor: das fezes; das secreções; dos gases; do sangue; do suor; do hálito; da umidade dos pés; do material contaminado; das roupas mal lavadas; dos materiais do cliente como: comadre e/ou patinhos.

Dentre os discursos dos estudantes, ressaltamos aquele em que um deles diz que *o sentido é o olfato com a visão, porque o aspecto é ruim. Eu posso estar sentindo o cheiro, tentando disfarçar, mas eu não consigo olhar pra minha*

mão, mexendo e limpando, e aquilo na minha luva (Estudante 28). Neste discurso, pode-se interpretar que a aversão sentida é tão grande que o estudante tateia aquilo que faz, sem ver, porque não suporta a visão do que possa estar na luva. Sobre isso, Ackerman (1992, p.123-4) o seguinte: *o tato, auxiliando e esclarecendo o que os olhos vêem, ensina-nos que vivemos em um mundo tridimensional ... permite encontrar nosso caminho na escuridão ou em circunstâncias em que não podemos usar totalmente os outros sentidos.*

Além dos discursos anteriores dos estudantes, eles registram outras sensações ligadas ao olfato, pois fizeram as seguintes referências quando solicitamos que escrevessem em relação ao cheiro que provocava neles uma sensação desagradável:

O cheiro da secreção da traqueostomia parecia meio doce e o cheiro tomou conta do lugar.

Halitose dos pacientes com tubo orotraqueal.

Urina com cheiro de feijão branco cozido numa proteinúria maciça. Nunca mais comi feijão branco.

Cheiro de urina fortemente concentrado em pacientes restritos ao leito.

Cheiro de urina (principalmente quando não dão banho direito; fica um cheiro horrível de urina/fezes, misturado com o cheiro da fralda).

Mulher com "gardellera" é horrível. Parece cheiro de rua após a feira.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem diretos e indiretos que prestam, os estudantes relatam que dentre as sensações mais desagradáveis estão:

Urina. A gente acha que não, mas uma vez eu fui abrir uma geladeira que acomoda urina. A geladeira era podre e quando eu abri, veio aquele cheiro! Meu Deus! (Estudante 5)

Aspiração de traqueostomia. Aquele barulho, aquela secreção espessa sendo aspirada ... é a pior coisa. (Estudante 6)

As olfativas são as que mais me incomodam As que se localizam no pênis são as piores para mim. Se tiver um odor muito forte é o que me incomoda. (Estudante 9)

Secreção de vias aéreas, secreção brônquica ... quando você aspira aquela secreção. Por conta do aspecto, eu tenho um problema visual. (Estudante 11)

Secreção tipo exsudato purulento eu tenho muito nojo. (Estudante 14)

Urina com hematúria. Não gostei muito não. Tinha uns grumos dentro daquele tubo e eu precisava me abaixar para desprezar a urina. Dá medo de respingar em você. (Estudante 18)

Secreção nasal, porque são feias, têm o aspecto mais nojento. (Estudante 19)

Pus é muito pior, porque onde tem pus tem cheiro também; então me dá certo enjôo. (Estudante 22)

Eu tenho um problema sério com queimado, eu não consigo me aproximar, então essa experiência desagradável me causa um grande impacto. A queimadura é aquilo que me impede de fazer algo. A grande queimadura ... mais de 50 % do corpo. O meu sentido mais aguçado seria o visual. (Estudante 30)

O cheiro, quando tem alguma secreção com cheiro ruim; cheiro de podre é o que me causa repulsa mesmo. (Estudante 34)

Úlcera, porque o cheiro é muito forte. Não me recuso a limpar, fazer os cuidados. Me dá nojo por causa da quantidade de secreção, do aspecto ... eu fico imaginando: como uma pessoa tem uma úlcera desse jeito? Como alguém deixa chegar a esse ponto? Será que ninguém viu aquilo para cuidar? (Estudante 54)

Até hoje eu acho que é a urina. O cheiro forte das pessoas que estão muito tempo sem urinar. (Estudante 58)

Essas falas dos estudantes dizem respeito às excreções e secreções que os deixam com lembranças não muito favoráveis aos corpos que os expõem, ao ambiente que os guardam e tampouco à satisfação com as pessoas que deixam os clientes chegarem ao estado crítico em que se encontram.

Quando esses discursos são associados aos anteriores, nos aproximamos do que Lima (1995/6, p.80-81) relata acerca das secreções e excreções que emergem dos orifícios corporais, sejam eles orifícios inferiores, superiores ou criados por meio de artifícios cirúrgicos:

enquanto vias de acesso a esse interior invisível [dos corpos], esses orifícios permitem um contato direto com um domínio desconhecido que amedronta e assusta ... Bem tolerados no seu devido lugar, ou seja, dentro do corpo, esses fluidos, ao se deslocarem para o exterior, sobretudo quando ocorrem desequilíbrios nas funções corporais, ameaçam a ordem ... Enquanto pontos de entrada e saída, de passagem do interior para o exterior e vice-versa, de penetração e eliminação, ingestão e excreção, esses orifícios são potencialmente perigosos ... já que através deles se pode perscrutar, investigar, esquadrihar sua atividade ininterrupta.

Essas observações da autora podem remeter à idéia de como se pode ultrapassar o medo, o asco às substâncias viscosas, a aversão aos odores emanados de corpos que secretam e excretam, à visão das condições nas quais se encontram os clientes, às queixas dos clientes e os ruídos/sons que seus corpos emitem, ao gosto inusitado que deixam na boca dos estudantes. Afinal, o mal é ou não o que sai da boca (ou outros orifícios) do homem?

Por isso, julgamos necessário saber, também, como os estudantes reagem aos corpos que emitem sinais distintivos de “contaminação do mundo” e se protegem do “mundo dos cuidados de enfermagem”. E, nesse mundo, os estudantes entram em contato com o mundo das doenças, um mundo vasto, desconhecido. Um mundo em que é preciso pulso para ultrapassar as barreiras impostas pelas interdições, pelas secreções e excreções que saem dos corpos e por outras coisas invisíveis – as do plano simbólico. Pulso que tem de pulsar perante os infortúnios dos doentes e das doenças que eles portam ...

O Pulso

(Arnaldo Antunes)

O pulso ainda pulsa	Asma, cleptomania...
O pulso ainda pulsa...	E o corpo ainda é pouco
Peste bubônica	Assim...
Câncer, pneumonia	Reumatismo, raquitismo
Raiva, rubéola	Cistite, disritmia
Tuberculose e anemia	Hérnia, pediculose
Rancor, cisticercose	Tétano, hipocrisia
Caxumba, difteria	E o corpo ainda é pouco
Encefalite, faringite	Arteriosclerose, miopia
Gripe e leucemia...	Catapora, culpa, cárie
E o pulso ainda pulsa	Cãibra, lepra, afasia...
E o pulso ainda pulsa	O pulso ainda pulsa
Hepatite, escarlatina	E o corpo ainda é pouco
Estupidez, paralisia	Ainda pulsa
Toxoplasmose, sarampo	Ainda é pouco
Esquizofrenia	Pulso
Úlcera, trombose	Pulso
Coqueluche, hipocondria	Pulso
Sífilis, ciúmes	Pulso
	Assim...

Assim ... o mundo dos cuidados de enfermagem requer um amplo conhecimento, mas ao mesmo tempo uma proteção, e essa proteção tem nexos com o que Wosny (2002, p.16) afirma, porque *algumas doenças podem ser caracterizadas por um odor específico, determinando que cada cliente se destaque*

por seu odor característico. Nestes casos, podemos afirmar que, mesmo após a era miasmática, as doenças têm cheiro.

Em vista do que tratamos anteriormente, e ao que Wosny (2002) afirma, acrescentamos que as doenças provocam nos corpos dos seres humanos coisas que ao serem vistas amedrontam, assustam com a audição, são asquerosas ao toque, deixam um gosto ruim na boca. Isto tudo porque talvez *o ato de estréia de nosso sistema sensorial olfativo, com os primeiros odores nosocomiais característicos, certamente gravou em nossa memória percepções inesquecíveis* (Wosny, 2002, p.14-5), da mesma forma que outros sistemas sensoriais causam nos estudantes de enfermagem.

Por isso, nas entrevistas os estudantes relatam que utilizam estratégias que os permite isolar-se mentalmente do local quando fazem “cara de paisagem”, utilizam subterfúgios sentindo um odor diferente ou olhando para outro lado que não o daquele onde a ação ocorre, não tecendo comentários com os clientes acerca do odor que emana dos corpos deles, além de outros. Dessa maneira, os estudantes se expressaram da seguinte forma:

Cara de paisagem, mas o pior é que no meu olhar transparece. Quando eu fiz toque retal, por exemplo, eu não tive nem escolha. Eu estava apoiando o paciente, aí a professora falou: “Me dê o seu dedo” ... e colocou xilocaína na luva que eu estava usando, e disse: “Faz o toque retal”. Eu fiquei olhando ... tipo assim ... fiquei parada. Parada. (Estudante 1)

Cara de paisagem ... a gente finge que está tudo bem; que não está acontecendo nada. Por dentro eu posso estar caindo. Eu permaneço na postura. (Estudante 8)

No início eu torcia muito a cara. Agora eu consigo fazer aquela cara de paisagem, de pensar no azul. E fingir que nada aconteceu ou brincar, porque eu trabalho com crianças. Então eu brinco e falo: “ai que cocozinho fedorento”. Porque com a criança temos mais liberdade de brincar com isso. Eu até rio, acho meio engraçado. (Estudante 9)

Eu tentei disfarçar ao máximo, fazer uma cara de paisagem, mas ... (Estudante 18)

Cara de paisagem mesmo! Tem momentos em que o paciente mostra-se desconfortável com a situação. Tento conversar com ele, puxar algum assunto, mostrar que eu não estou incomodada com aquela situação, tirar um pouco do desconforto dele. (Estudante 21)

Reagi com cara de paisagem. Assim como o cliente está apresentando aquilo e eu também posso apresentar um dia ... então, tem que se pensar nisso ... pode ser que um parente meu esteja nessa situação e, se a gente reagir mal, pode ser pior pra ele. (Estudante 52)

A expressão de “cara de paisagem” que os estudantes relatam fazer, pode ter algumas formas de interpretação. Uma delas é a de que quando os estudantes se expressam dessa maneira, se sentem afastados da situação que para eles pode ser insuportável; uma outra, que consideram constrangedora para os clientes, e por isso devem demonstrar que não se incomodam com as secreções e excreções emanadas dos corpos deles; e ainda: por se colocarem no lugar do cliente e sentir que eles mesmo poderiam estar ali, ou um parente deles. Essa cara de paisagem representa ainda, uma suspensão do tempo no cuidado de enfermagem, como se fosse uma bolha na qual os estudantes estivessem “em suspenso” (OLIVEIRA, 2003), ausentes momentânea e contingencialmente (sem esquecer que os clientes dos quais cuidam também estão dentro dessa bolha de tempo).

Além dessa expressão, os estudante dizem que recorrem à balas, perfumes e outros artifícios para disfarçar os aromas que emanam dos corpos dos clientes e que estão dispersos no ambiente:

Se o cheiro estiver muito forte, eu chupo uma balinha, passo um vick [ungüento a base de mentol, utilizado para a gripe, fazer nebulização, serve como cataplasma e outros]. É uma forma de tentar me proteger, me acostumar e poder entrar em contato com aquilo sem causar constrangimento. (Estudante 12)

O problema é o cheiro mesmo. Uma balinha na boca para ficar respirando, principalmente a preta. No primeiro dia foi difícil, mesmo para o paciente, eu tentei não passar que estava ali com uma sensação desagradável. (Estudante 25)

As táticas são “bala halls” [bala a base de mentol, de aroma e gosto muito acentuados] e alguma coisa com um perfume. Tem que ter. Se não, não dá. (Estudante 48)

Eu chupei bala halls. Aí, com a máscara, eu ficava sentido o cheiro da bala. Essa foi a técnica. (Estudante 57)

Esses tipos de subterfúgio de chupar balas utilizados pelos estudantes ajudam a disfarçar os aromas que sentem, pois o eucalipto possui uma ação antisséptica, refrescante e, também, desodorizante. A título de curiosidade, bala que é consumida em nosso país como distração gustativa, é usada como remédio para a tosse em outros países. O efeito desodorizante que ela causa serve, também, para disfarçar os aromas exalados pelos corpos no ambiente, pois tal como afirma Rodrigues (2008, p.103), *disfarçar o cheiro do corpo pode ser conscientemente*

atribuído a vários motivos: porque ele é considerado desagradável, por que ele é uma abertura da intimidade, porque ele é uma agressão a intimidade do outro, o que confirma nossos achados. Além disso, Ackerman (1992, p.46) afirma que

Atualmente existem várias empresas dedicadas a remover nossos odores naturais, substituindo-os por outros, artificiais. Por que preferimos que nosso hálito cheire a hortelã e não a bactérias em decomposição, que é nosso cheiro natural? É verdade que um cheiro ruim pode significar doença. Podemos, portanto, não nos sentir atraídos por uma pessoa que desprenda um cheiro doentio, e o excesso de bactérias em decomposição pode convencer-nos de que estamos conversando, digamos, com uma pessoa contaminada por cólera ou outra doença infecciosa e que nos pode contagiar.

Além desses *disfarces aromáticos*, os estudantes disseram que utilizam outros tipos, principalmente aqueles relativos a: ausência física temporária do local, procuram não ver o que está acontecendo, passar perfume em grande quantidade para não sentir os aromas emanados dos corpos, dialogar com o cliente para desviar a atenção do ato de defecar do mesmo, disfarçar a expressão do rosto com o uso de máscaras, sentir outros aromas colocando unguento a base de eucalipto nas narinas, tal como se apresentam nos discursos:

Eu tento não demonstrar na expressão facial. Prendo a respiração, saio um pouquinho e volto. Todas as situações que eu passei deu para me comportar bem. Não saí nem nada disso. Foi só prender a respiração mesmo e ir em frente. (Estudante 3)

Eu fico olhando para baixo para tentar fugir de alguma forma e para ninguém perceber, principalmente o cliente. (Estudante 11)

Me acostumar eu não me acostumei, mas tenho algumas estratégias. Na época do técnico, eu passava muito perfume. (Estudante 12)

Eu fiquei falando de outra coisa para ver se eu não prestava tanta atenção naquilo. Ele ficou super sem graça, e eu dizendo: “Ah, isso é normal!”. Agora, a hora que eu senti nojo foi quando estava dentro do banheiro. Só eu e aquela comadre cheia ... fiquei sem saber o que fazer. (Estudante 15)

Digo que tenho que buscar alguma coisa que esqueci; falar alguma coisa com alguém. Dou uma saidinha e depois retorno. Às vezes eu acho que o paciente percebe, mas não tenho outra alternativa. Acho melhor eu dar uma saidinha para dar uma respirada. Sair para pedir para alguém assumir para mim, do que estar ali e demonstrar que não está dando, que eu não estou me sentindo bem, e o paciente se sentir pior com a situação. (Estudante 16)

Eu faço uma careta muito básica. Não na frente do cliente mas, quando eu sinto que vou começar, que estou começando a ficar com nojo, eu disfarço. Dou um sorriso, falo que é normal. Já fiz isso várias vezes. É normal que todo mundo faça todo dia ... aí eu começo a pensar em outras coisas, que é para apagar o meu pensamento de nojo. (Estudante 17)

Ainda não me acostumei, eu tendo dar uma segurada na questão da expressão ... geralmente você está com a máscara. Então, eu acho que as pessoas não vêem tanto, não é tão aparente. (Estudante 20)

Pensar em coisas diferentes me ajudou. Pensar que de repente não tinha ninguém para fazer pela pessoa ... máscara, quando eu sei que já vai estar com o cheiro forte. Às vezes uso vick no nariz – quando dá, quando tem. Quando não tem, tento pensar em outra coisa, afastar um pouquinho, respirar e depois voltar. Não mostrar na face sinais que eu esteja com nojo, eu tento engolir. (Estudante 23)

Na sala de curativo, sempre coloco vick no nariz, porque eu sei que vou sentir cheiro ruim o dia inteiro ... com a máscara é ótimo, não dá pra ver, disfarça o cheiro ... e bala, pro cheiro, o visual não tem jeito ... é só evitar de olhar e terminar rápido o procedimento. (Estudante 29)

Nojo principalmente em relação ao cheiro. É uma aversão mesmo; fico nauseado. Dá uma ânsia de vômito que a gente tem que respirar, se acalmar, mentalizar e continuar praticando o cuidado. (Estudante 43)

Procuro sentir outro cheiro, desodorante, vou até a janela para respirar melhor. (Estudante 47)

Tento pensar em outras coisas... tento pensar que aquilo ali é normal ... Tento não olhar muito! (Estudante 55)

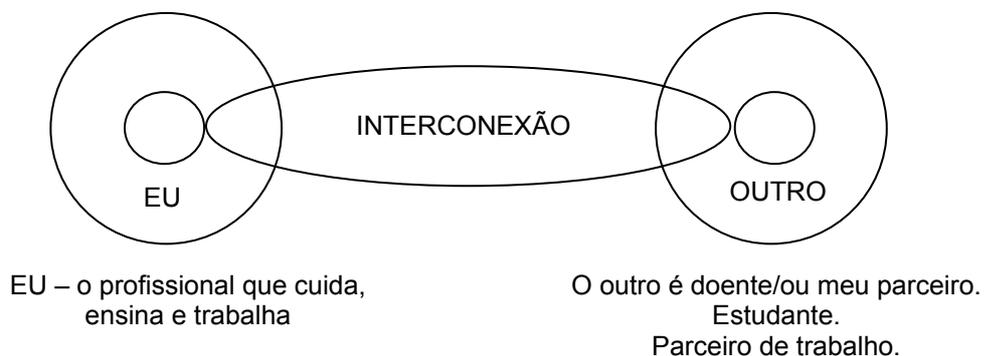
A sala de curativos era um local que a gente já sabia que ia ter odores ... então, é o uso de bom ar, de bala halls, de vick. Mas tem outras situações que a gente precisa reconhecer o cheiro, para dar algum diagnóstico. Ai, esses não têm jeito ... tem que sentir mesmo. (Estudante 59)

No que diz respeito a essas declarações dos estudantes, pode-se perceber que há uma representatividade que se coloca nos planos toda uma simbologia concreta e simbólica, pois *no ato de intervir no fenômeno odorante, valem-se de artifícios representados por equipamentos e procedimentos de autodefesa, tais como afastar-se do local ou fonte odorante, usar máscaras e mudar o modo de respirar*, tal como afirma Wosny (2002, p.107). Essas reações dos estudantes são compreensíveis porque

a reação do nojo se aproxima da reação do medo, na medida em que ambas se defrontam com o perigo representado pelas coisas anômalas, ambíguas, intersticiais e transgressoras que ameaçam o controle que o homem exerce sobre o mundo, controle que, como vimos, lhe proporciona toda a sua segurança. A impureza é anormal, insólita e excepcional, como as coisas de que se tem medo. Mas, diferentemente do que acontece no medo, o nojo exige purificação (Rodrigues, 1979, p.126).

Ainda que hajam evitações dos estudantes em relação às secreções e excreções que saem dos corpos dos clientes, e para colocar essas questões em

perspectiva, diga-se que essas interdições, queiramos ou não, são coisas relativas ao *ambiente* da enfermagem. Coisas que dizem respeito aos nexos de se colocar a pessoa nas melhores condições para que a Natureza aja (NIGHTINGALE, 1989), no plano da relação Eu-Tu de se conhecer, pesquisar e assistir em enfermagem (HENDERSON, 1966); da relação *ser-cliente*, *ser-enfermeiro* e *ser-enfermagem* (HORTA, 1979, p.3), e, tal como no esquema de Figueiredo et al (2009, p.33), da interconexão EU-OUTRO.



Esquema – representação da interconexão sinérgico-magnética entre pessoas no campo da comunicação.

Mesmo que a relação entre clientes e estudantes não seja a mais satisfatória e favorável, devido principalmente às contingências nas quais se encontram os clientes, e também pelo fato dos estudantes ainda estarem em processo de *acostumarem-se ao ambiente* da enfermagem, eles cuidam da clientela, porém com cautela. Usando barreiras mecânicas, físicas, psicológicas:

Eu tento acabar logo! Eu tento focar no que eu estou fazendo e acabar rápido... eu não penso em outra coisa ... fico pensando naquilo ali e, quanto mais rápido eu fizer, vai ser mais tranquilo para eu sair dali e poder relaxar. (Estudante 2)

Uso sempre máscara. Se for possível eu saio de perto quando não estou agüentando mais e, quando não é possível, eu procuro fazer os procedimentos o mais rápido. Fazer um trabalho bem feito mas de forma rápida. (Estudante 6)

Quando é possível, a gente usa máscara, tenta fazer o mais rápido possível para acabar logo com aquilo, para não ficar se torturando. Eu tento puxar algum assunto com o paciente, ou com quem está fazendo o procedimento junto comigo ... puxar uma conversa, falar de qualquer outra coisa; respirar fundo e, quando chegar do lado de fora ... quando o paciente não estiver vendo, nem outras pessoas, aí fazer aquela cara. (Estudante 22)

Colocando a máscara e chupando bala. É a única coisa que eu faço, eu coloco a máscara porque eu sei que vou poder fazer careta e a pessoa não vai ver. Coloco a máscara e pronto, começo a conversar para tentar distraí-lo, para tentar tirar minha atenção daquilo. (Estudante 22)

Uso máscara; saio um pouco do ambiente; volto depois de uns 10 segundos. Tento olhar para o outro lado. (Estudante 16)

Eu procuro fazer tudo rápido para que a pessoa não perceba que eu não estou me sentindo bem naquele momento. Eu faço tudo rápido, limpo rápido. É uma técnica para mim mesma, porque quando eu faço tudo rápido, aquilo acaba e o nojo passa. (Estudante 24)

Procuro me concentrar no que eu to fazendo, para fazer bem feito, e encarar aquilo ali com o maior profissionalismo possível. Às vezes eu uso luva para não ter o contato com a secreção; máscara, se de repente o cheiro estiver muito forte. Procuro pensar mais no que eu tenho que fazer, e não pensar que aquilo ali pode me dar nojo. (Estudante 31)

Uso a máscara porque ela já esconde um pouco a sua expressão ... e conversar, evitando falar sobre o curativo. (Estudante 35)

Isso não só comigo, mas com a enfermagem em geral. A gente tenta lidar com o maior profissionalismo possível, já que aquilo ali é esperado, é fisiológico e vai acontecer. A proteção é a melhor forma de lidar de maneira profissional, você protege e sabe que não vai ter contato direto com aquela secreção, a partir daí pode cuidar independente do nojo que você sinta. Uso proteção como luva, máscara, EPI de forma correta. (Estudante 37)

A gente sente nojo, mas tenta não demonstrar para o paciente. Sente a necessidade de se proteger mais. Fecha mais o jaleco, usa luvas e não esquece de usá-las, usa óculos de proteção. O nojo é uma espécie de reação que gera vontade de se proteger. Se acostumar é uma relação de maturidade e, com os períodos [do curso de graduação] passando, e com situações de acordo com o estágio, tem que vestir a camisa de enfermeiro e se proteger. (Estudante 49)

Eu me protejo (risos) colocando a máscara ... que ninguém vê sua cara, só vê seu olho. (Estudante 51)

Assim, escondidos e devidamente “camuflados”, os estudantes se colocam como que para ir à guerra e evitar as possíveis contaminações com as armas químicas, físicas e biológicas do “inimigo” – que, no caso, não são os clientes, mas sim tudo aquilo que os dejetos contêm e saem de seus corpos doentes. Simbolicamente, quando os estudantes estão paramentados da maneira como descreveram, são combatentes incansáveis, *ninjas* nos disfarces aversivos, pois as *máscaras proporcionam ao profissional a ocultação ou dissimulação de eventuais expressões faciais de desagrado aos odores, diminuindo possíveis constrangimentos à clientela* (Wosny, 2002, p.111).

Pensamos que há muitas interdições no plano dos cuidados de enfermagem à pessoas cujos corpos vertem secreções e excreções, mas há, também, intenções concretas e simbólicas no plano do pensamento dos estudantes. Tanto assim, que alguns deles enfrentam essas situações aversivas e discursam sobre a forma como ultrapassam esses impedimentos, já que alguma coisa está em jogo como o enfrentamento da situação, a vontade de cuidar, a busca de uma suposta *postura* profissional, o pedido de ajuda para si pois precisa ajudar alguém, ao acostumar-se com as secreções e excreções:

No começo foi meio complicado, porque eu me esquivei, e pensei “não posso me esquivar”. Eu tenho que enfrentar. (Estudante 4)

O sentimento de repulsa é a consequência de uma situação que não dá para se evitar, mas a gente consegue “maquiar”, porque a vontade de cuidar vem em primeiro lugar. (Estudante 35)

Postura para não demonstrar nada, nessa situação eu utilizei máscara. (Estudante 38)

Eu rezo ... peço para que algo superior me ajude, porque eu tenho que ajudar aquela pessoa também! (Estudante 56)

Devo fazer uma cara feia, só que eu não percebo (risos). Acredito que já me acostumei, mas tem sempre uma situação inusitada que você possa ficar com nojo; por exemplo: nenhuma urina é igual a outra. O enfermeiro é um ser humano normal como qualquer outro. Não tem como você não sentir essas coisas, entende? Quando faço, as pessoas me falam depois [que fiquei com a cara feia?], mas depois de tantos banhos no leito, tantos contatos com secreção, a gente acaba se acostumando e aquilo acaba sendo mais normal pra gente. (Estudante 60)

Quando se expressam dessas maneiras, os estudantes se colocam em um plano que os aproxima daquilo que Caccavo (2003, p.148-9) denominam *mistérios dos fatos estéticos e dos estilos da operosidade profissional*, porque *diante dos desafios que se contrapõem, cotidianamente às atividades dos enfermeiros, estes continuam a exercer a profissão, a despeito das dificuldades*. Mistérios que fazem com que os estudantes, no caso, continuem a interessar-se por praticar os cuidados de enfermagem – mesmo que se esquivem, experimentem o sentimento de repulsa, pensem estar correspondendo a uma “postura profissional” esperada, façam cara feia, etc. Isto porque, ainda que não o saibam, é com a vontade de seguir em frente, com o acostumar-se, com o enfrentamento dos desafios que são formados o sentimento de pertencimento, de espírito de corpo, de *êthos* profissional, de significações e graus de parentesco.

A estrutura biológica do homem possibilita-lhe ver, ouvir, cheirar, sentir e pensar, mas a cultura fornece o rosto de suas visões, sentimentos e pensamentos, criando novos cheiros, sons e visões, constituindo novos universos e novos corpos. Universo e corpos novos, simbólicos e reais. Reais, exatamente porque simbólicos, porque todo símbolo se define por um sistema e todo sistema por uma lógica. Lógica que impõe a todos os seus pressupostos, de forma que, tomando esses pressupostos por verdadeiros e sendo eles mesmos termos dessa lógica, os homens-crentes confirmam-se reciprocamente nas suas interpretações do mundo. (RODRIGUES, 2006, p.112)

4.4 Ética, ambiente e cultura de uma profissão – alguns aspectos da passagem ritual dos estudantes e as interdições aos corpos no cuidado de enfermagem.

***ESCREVEMOS E APAGAMOS PARTE DA NOSSA
HISTÓRIA NOS NOSSOS CORPOS, DIA E NOITE, SEM PARAR.
(FIGUEIREDO ET AL, 2009, P. 104)***

A enfermagem é uma profissão multifacetada. Na concepção de Nightingale (1989, p.11) o conhecimento da enfermagem tem a ver, dentre tantas coisas, com *saber o que deve ser feito [pelos clientes] a fim de manter o organismo em condições tais que não contraia doenças, ou que possa recuperar-se de qualquer agravo à saúde*. Entretanto, de acordo com a autora, *os elementos da enfermagem não estão completamente definidos*, afirmação que, de acordo com Clark (2003, p. 4) ainda é atual em pleno século 21.

Talvez isso ocorra devido à quantidade de interpretações que a língua inglesa tem para enfermagem, pois, de acordo com Harmer e Henderson (1962, p.3) a enfermagem significa

- alimentar, dar carinho, proteger, dar suporte, sustentar, conservar a energia, manter a boa saúde, evitar danos;
- treinar, cultivar, educar, prover com algo que promova o crescimento, desenvolvimento ou progresso;
- cuidar e tratar de doentes e enfermos.

Além desses significados, a definição de enfermagem adotada em 1960 pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (*International Council of Nursing*) é a de Virgínia Henderson (CLARK, 2003, p.6), que diz:

Enfermagem é, fundamentalmente, assistir ao indivíduo, doente ou sadio, na execução daquelas atividades que contribuem para a saúde, ou sua recuperação (ou para ter uma morte serena), que ele poderia realizar sem auxílio se tivesse a força necessária, vontade ou saber. E fazê-lo de modo que o ajude a ganhar sua independência o mais rápido possível.

A enfermagem possui um objeto – o cuidado de enfermagem – que, por ser objeto, não se deixa apreender em sua completude, objeto que, do ponto de vista do conhecimento, tem materialidade e formalidade (HESSEN, 2006). Carvalho (2004) afirma que o *cuidado de enfermagem* é o *objeto material* da profissão, e que a *prática social* dos enfermeiros se coloca no plano do *objeto formal*. Além disso, o cuidado de enfermagem, por ser objeto material e formal, pode ser e estar associado a dois outros planos distintos e complementares: o da pesquisa e o do ensino. Assim, cuidar, pesquisar e ensinar se consolidam como a “Natureza da Enfermagem” (HENDERSON, 1966).

Essa “natureza” compreende ações e atos que se interpenetram e são significativos para a população (cuidar/cuidado de enfermagem) e para a profissão (cuidar, pesquisar e ensinar). No primeiro caso, *o que a enfermagem tem que fazer é ... manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele* (NIGHTINGALE, 1989, p.146); no segundo, o que se deve cuidar, pesquisar, ensinar a pesquisar e ensinar a cuidar. De acordo com Carvalho (2004, p.812-3):

Todos os enfermeiros têm que se haver com os significados e implicações da Enfermagem – ciência e arte. Nas áreas de atuação profissional, todos precisam e devem pesquisar. Não apenas em projetos de participação multidisciplinar ou interdisciplinar. Mais importante são os objetivos e os interesses da profissão, nas circunstâncias das palavras cuidando, pesquisando, ensinando. As respostas ou servirão à pertinência conceitual, ou à conveniência legal e legítima da profissão, e devem ser buscadas nas situações da prática. Pertinência da prática de cuidar e de ensinar a cuidar.

Essas características são essenciais à compreensão daquilo que está em jogo ao se exercer a profissão, pois as questões relativas à *natureza* da profissão têm a ver com um “modo de fazer” e de “se fazer enfermagem”. São esses modos que abarcam a *cultura da enfermagem* (CACCAVO, 2003, p.116-7), pois o modo de fazer enfermagem tem nexos com as características ligadas à forma de ser e de estar com o outro no cuidado, nas maneiras de pesquisar e de ensinar, além de outros aspectos que contribuem para o significado da profissão.

Essa forma de se ver as coisas na enfermagem culmina em identidade profissional e, em última instância, resulta numa certa uniformidade que caracteriza o grupo profissional como um pilar dos graus de parentesco. Em primeira instância, a cultura da enfermagem é regida por um Código de Ética mundial, aprovado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras em 1953 (ICN, 2006).

A respeito dos significados de moral e ética, Vázquez (1999b, p.24) relata que:

moral vem de do latim *mos* ou *mores*, “costume” ou “costumes”, no sentido de conjunto de normal ou regras adquiridos por hábito. A moral se refere, assim, ao comportamento adquirido ou modo de ser conquistado pelo homem. Ética vem do grego *ethos*, que significa analogamente “modo de ser” ou “caráter” enquanto forma de vida também adquirida ou conquistada pelo homem. Assim, portanto, originariamente *ethos* e *mos*, “caráter” e “costume”, assentam-se num modo de comportamento que não corresponde a uma disposição natural, mas que é adquirido ou conquistado por hábito.

Em vista do que o autor afirma, diga-se que os enfermeiros desenvolvem/desempenham atividades relativas ao ambiente cultural da enfermagem, mas deve seguir os atributos mais gerais do Código de Ética do ICN e, também, daqueles Códigos existentes em seus países. Consta no Código de Ética do ICN (Idem, p.2-3) os seguintes elementos a serem observados pelos enfermeiros:

- a) formas de ser enfermeiro e de se estar com o outro/clientes e no mundo – responsabilidade de prestar cuidados a pessoas que necessitem; atenção às particularidades da clientela; informação e consentimento para se prestar cuidados; auxílio a pessoas e comunidades vulneráveis; ações de sustentar e compartilhar o ambiente de exploração, poluição, degradação e destruição;
- b) enfermeiros e a prática profissional – competência profissional e compromisso com a aprendizagem contínua; manutenção da saúde do indivíduo nos parâmetros e habilidades profissionais; capacidade de julgar competência individual quando aceita e delega responsabilidade; mantêm conduta compatível com a profissão e aumento da confiança pública;
- c) os enfermeiros e seus papéis de liderança – na determinação e implementação de padrões de prestar cuidados de enfermagem, administração dos serviços, pesquisar e educar; desenvolver pesquisas baseadas no conhecimento profissional; participar das organizações profissionais, bem como salvaguardar equitativamente as condições sociais de trabalho;
- d) enfermeiros e colegas de equipe e equipes multiprofissionais – saber trabalhar em equipe(s); salvaguardar os interesses de saúde dos clientes, famílias e comunidades

De acordo com o determinado internacionalmente, os elementos que sustentam uma forma de ser, de estar e de se comunicar com os clientes, comunidade, profissionais e outro são características do ambiente da enfermagem e não devem sofrer modificações em nível mundial. Dessa maneira, o Código contribui

para determinar a cultura mundial da enfermagem e a palavra *cultura* possui, segundo Ullmann (1991, p.84), as seguintes características:

Maneira de agir, o que implica uma concepção ética, a maneira de pensar, o modo de sentir. O sentir, pensar e agir manifestam-se na linguagem, no código de leis seguido, na religião praticada, na criação estética. É o que se chama, tradicionalmente, de cultura não material. Ao mesmo tempo, porém, o *modus vivendi* se expressa nos instrumentos utilizados, bem como na maneira de obtê-los ... Cultura material é a designação que abrange esses itens.

Sob a perspectiva da formação dos estudantes no que diz respeito à cultura da enfermagem, é preciso abrir um parêntese explicativo. Para ingressar no curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, os estudantes prestam concurso de acesso aos cursos de graduação da UFRJ. Caso sejam aprovados, mudam de *status* social e passam a ser estudantes universitários. Pensamos que essa passagem representa a primeira fase do processo ritual que os estudantes de enfermagem enfrentam.

Nessa fase ritual de aquisição de conhecimentos básicos, aos poucos os estudantes adquirem conhecimentos físico-químico-estruturais dos corpos e, acerca dos contatos iniciais com aquilo que seria “corpo” é, na verdade, uma parte do corpo anatômico que foi *plastinado*. Corpo de plástico, que não excreta, nem secreta, que não emite sinais expressivos. Corpo que não tem a cor da realidade, cheiro ou sensações táteis que se aproximem das sensações que os estudantes irão experimentar junto aos corpos vivos da clientela.

Desde o primeiro período, no Ciclo Pré-Profissional, os estudantes desenvolvem atividades junto à clientela supostamente sadia (escolares, crianças, adolescentes, trabalhadores), atuando como universitários esclarecidos e desempenhando papéis de pessoa na sociedade, orientador, coordenador, agente de mudança, agente de auto-aprendizado. Esse contato os coloca, desde cedo, perante o objeto da profissão, em vários cenários (escolas, creches, fábricas, etc.) que propiciem aprendizagem aos estudantes nos diversos contextos da prática profissional.

Como o curso se divide em cinco etapas, e cada uma delas apresenta um grau de complexidade crescente de aprendizagem, é somente na terceira etapa em que os estudantes entram em contato mais freqüente com a clientela com problemas

de saúde e que precisa de cuidados de enfermagem mais complexos. Essa etapa faz parte do Ciclo Profissional e engloba atividades institucionais em níveis ambulatoriais e de internação. É nessa etapa que eles trocam curativos diversos em unidades ambulatoriais, entram em contato com a clientela hospitalizada que necessita de ajuda em relação aos aspectos mais gerais de enfermagem e da saúde.

Observe-se que o tronco profissional é uma terceira etapa, que representa uma segunda passagem de *status* na vida “acadêmica” dos estudantes. Ao longo do curso, os estudantes adquirem perfil compatível com os fins e os valores da Profissão, da Escola, da Universidade e das Associações de Classe. Tanto que o perfil esperado dos estudantes ao *Término do Curso de Graduação* (CARVALHO, s.d.) é o seguinte:

- Evidenciar condutas coerentes com o princípio de que o direito que toda pessoa tem à saúde implica no direito de receber adequada assistência de enfermagem;
- Avaliar a inter-relação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva;
- Manifestar atitudes que revelem a convicção de que como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população;
- Desenvolver o processo de enfermagem nas situações que envolvem ajuda a indivíduos, famílias, outros grupos da comunidade e à comunidade como um todo;
- Tomar decisões com base na utilização do método de resolução de problemas;
- Assumir atitude responsável aos fins e aos valores da Escola, da Universidade e das Associações de Classe;
- Participar da equipe micro-regional de saúde;
- Estabelecer relações interpessoais produtivas.

Em vista desse “perfil”, caso o comparemos com o que está determinado no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), podemos observar que muitos elementos dele estão contemplados no perfil que se espera do estudante ao término do Curso, pois o que demarca a filosofia do processo ensino aprendido da Escola e os princípios éticos do seu Marco Conceitual (CARVALHO, s.d.) também são compatíveis com os do CIE:

A ENFERMEIRA atua como fulcro de um PROCESSO do qual emerge a prática total da ENFERMAGEM entendida como a CIÊNCIA e a ARTE DE AJUDAR a indivíduos, grupos e comunidades, em SITUAÇÕES nas quais não estejam capacitados a prover o AUTOCUIDADO para alcançar seu nível ótimo de SAÚDE.

Além disso, no processo ensino-aprendizado da Escola, o papel dos estudantes é o de que eles são co-responsáveis pelo aprendizado e agentes do auto-aprendizado; já os docentes têm o papel de facilitadores da aprendizagem conforme afirmam Caccavo, 2003, p.125:

como uma espécie de núcleo de aculturação das postulantes ao exercício da enfermagem, primórdio da consolidação de um “ethos” profissional ... as Escolas ou Faculdades de Enfermagem realizam o ensino de acordo com a característica peculiar de “ensinar pelo exemplo” (uma das formas de transmitir a “cultura profissional”), demonstrando para os estudantes como desenvolver suas atividades, o que resulta no **o que fazer**, no **porque fazer** e no **como fazer** (a “cultura da arte da enfermagem”, propriamente dita).

Nesse processo, fica caracterizado o envolvimento de *três pontos interligados: escutar, observar, agir*, tal como o preconizado por Highet (s.d., p.133), aspectos fundamentais para a prática do cuidado e tem nexos nos significados de “treinamento” prescritos por Nightingale (In: BURDETT-COUTTS, 1893, p.186):

Treinamento é ensinar a enfermeira a ajudar ao paciente a viver. Cuidar do enfermo é uma arte, e uma arte requer treinamento organizado, prático e científico ... é ensinar a enfermeira de que maneira Deus criou a saúde e a doença. Treinar é ensinar a enfermeira a saber qual o seu trabalho, que é, observar exatamente, entender, saber exatamente, fazer, falar exatamente, em cada uma das seguintes situações extraordinárias: vida e morte, saúde e doença.

Assim, quando associamos o que disse Ullmann (1991, p.84), mais os princípios contidos no Código de Ética do CIE, mais o perfil esperado dos estudantes, o marco conceitual do curso de graduação, e o que é prescrito por Nightingale no que se refere ao “treinamento” de enfermeiras, é possível interpretar que a maneira de agir profissionalmente, seja no plano individual ou coletivo, deve atender aos princípios/pilares da profissão e mais: essa maneira de agir deve estar de acordo com a trajetória evolutiva da enfermagem no mundo e no Brasil. Isto porque é preciso observar o fato de que nossa sociedade possui características diferenciadas, destacados o comportamento social diferenciado, a distinção de linguagem, localização geográfica distinta da origem da profissão. Dessa maneira, há na enfermagem uma concepção que transcende ao espaço-tempo e tem nexos na concepção ética de *modo de pensar, sentir e agir* (ULLMANN, Idem) em nível mundial. Nesse sentido, esse papel dos enfermeiros é considerado por Parsons (1997, p.11) como sendo de grande utilidade para os clientes, de acordo com a seguinte proposição:

Grande parte da utilidade da enfermeira está na sua aptidão em ensinar por demonstração. Tratando verdadeiramente do doente e dando-lhe conforto com suas próprias mãos, a enfermeira transmite-lhes os benefícios adquiridos em sua experiência hospitalar, ensinando, por exemplos, preceitos e palavras, as lições indispensáveis de higiene e de prevenção contra as moléstias.

Esses princípios éticos gerais contribuem para reforçar a idéia de um perfil profissional esperado e que deve ser, portanto, observado pelos enfermeiros, o que ajuda a reforçar a identidade profissional, consolida os graus de parentesco profissional. Ullmann (1991, p. 15) afirma que o desenvolvimento de uma tipologia dos sujeitos depende do grau de identidade e parentesco que estes demonstram através de suas necessidades. Essas necessidades fazem com que o indivíduo aprenda a olhar o mundo “*com as lentes de sua cultura, isto é, adquire uma cosmovisão que é peculiar a cada ambiente cultural*” (Idem, p.15-6). No que tange à cultura, Rodrigues (2006, p.18) afirma:

A cultura, distintivo das sociedades humanas, é como um mapa que orienta o comportamento dos indivíduos em sua vida social. Puramente convencional, esse mapa se confunde com o território: é uma representação abstrata dele, submetida a uma lógica que permite decifrá-lo. Viver em sociedade é viver sob dominação dessa lógica e as pessoas se comportam segundo as exigências dela, muitas vezes sem que disso tenham consciência.

Pela diversidade encontrada no ambiente cultural da enfermagem, talvez seja impossível para o profissional não ampliar a sua cosmovisão – maneira de perceber, ser e de estar no mundo –, pois a lógica da profissão é singular e, como afirmam Taylor, Lillis e LeMone (1993, p.7), enfermagem é: cuidar, compartilhar, sorrir, chorar, tocar, ajudar, acreditar nos outros, acreditar em si, aprender, respeitar, ouvir, fazer pelo outro, sentir, aceitar. Em vista desses desdobramentos de significados do que seja a enfermagem, e originados no pensamento de Nightingale (1989), no ambiente cultural da enfermagem não há lugar para dúvidas no que se refere àquilo que se pode fazer pelos doentes e pelos sãos.

Pelo fato dos estudantes ainda estarem em pleno curso de formação – passando por um processo ritual, de aquisição de experiências relativas à maneira de ser enfermeiro, de estar com os clientes, de cuidar deles e, também, de pesquisar e de ensinar – é comum que encontremos, em meio aos discursos sobre como encaram os clientes com secreções e excreções, as seguintes declarações:

Para a formação do enfermeiro é importante discutir esses temas mais profundamente na graduação, porque quem vai cuidar do corpo vai cuidar

do corpo sadio e do corpo doente, e as secreções, fazem parte do mesmo pacote. Percebi nos colegas que antes que a pessoa seja profissional eles já criam essa divisão de tarefas entre as categorias. O primeiro banho no leito lá no HU, já falavam, “Eu vou fazer o banho aqui porque quando eu for profissional, vou mandar o técnico fazer”. Eu acho isso um problema muito sério, para mandar tem que saber, é o primeiro impacto que a gente percebe. Acho importante entender que, para o enfermeiro são reservadas as tarefas gerenciais, administrativas, mas, o cuidado também é especial. Se ele quer ficar num bom nível, ele tem que aprender a lidar com as funções que os seus liderados podem executar. E tem que pensar um pouco como seria cuidar das pessoas se colocando no lugar delas, como eu gostaria de ser tratado e procurar tratar dessa forma. Os estudantes só percebem que vão ter a possibilidade de contato com secreção no campo prático. E aí têm o primeiro impacto. Como eu sou técnica de enfermagem, já sabia o que estava me esperando. (Estudante 30)

Quando a gente entra na enfermagem, jamais pensa em dar banho ou então trocar uma fralda”. Já ouvi isso do pessoal lá da sala ... e também: “Eu não estou aqui para isso”. Antes da pessoa entrar pra enfermagem é preciso se conscientizar das coisas que ela vai precisar fazer mesmo e também ver uns vídeos. Eu passei por uma experiência no meu curso técnico em que meu professor botou um vídeo de um parto e teve três pessoas que não suportaram aquilo e largaram o curso. Então eu acho que é uma boa estratégia para conhecer um pouco a profissão mais a fundo, para se ter uma idéia. (Estudante 27)

De acordo com essas falas, alguns dos estudantes criam, entre si e para si, barreiras imaginárias que podem afastá-los da prática do cuidado direto de enfermagem porque julgam que o cuidado à clientela com secreções e excreções pode ser demeritória. Além disso, um deles relata que o cuidado da pessoa em si é uma tarefa que a ele não diz respeito, que não tem responsabilidade de cuidar diretamente. Observamos também que nos discursos dos estudantes já há traços de aspectos éticos que precisam ser observados por todos, quando a Estudante 30 diz: *“Acho importante entender que, para o enfermeiro são reservadas as tarefas gerenciais, administrativas, mas, o cuidado também é especial ... tem que pensar um pouco como seria cuidar das pessoas se colocando no lugar delas”*; ou como afirma a Estudante 27: *“eu acho que é uma boa estratégia para conhecer um pouco a profissão mais a fundo, para se ter uma idéia”*. Considerando esses discursos, pode-se perceber que os estudantes pensam que é preciso uma segunda chance, dar a eles um tempo maior para conhecer a profissão e, quem sabe, aprender a gostar dela, ao invés de em contato com as primeiras dificuldades se evadirem do curso. Aliás, a palavra curso implica etapas, mais ou menos extensas, mais ou menos dolorosas, mais ou menos agradáveis, para se atingir um determinado patamar, ou para que se continue em frente ... seguir o curso, pode significar dar prosseguimento à vida.

Acerca das observações dos estudantes sobre a necessidade de se conhecer mais a fundo a profissão, isso os coloca perante os significados de cuidar na enfermagem e é na passagem de leigos a profissionais que eles se expressam, mesmo quando resistem a prestar cuidados de enfermagem mais diretos aos clientes. Talvez isso tenha a ver com o que Scherer, Scherer e Carvalho (2006, p. 286) relatam em relação aos estudantes quando dizem que há uma *prevalência maior de dificuldades pessoais e, dentre essas, queixas de se sentirem estressados e ansiosos* e, complementam os autores (idem p. 288-9):

Percebe-se, assim, a assistência ao paciente de forma fragmentada. Há dicotomia entre o discurso e a ação, entre a teoria e a prática, na qual o aspecto expressivo da assistência de enfermagem é pouco desenvolvido em comparação ao aspecto instrumental que continua tendo a maior atenção por parte do enfermeiro ... O corpo discente das instituições universitárias, pela inexperiência e imaturidade próprias da fase de vida em que se encontram, pouco ou nada percebem ou entendem acerca da realidade da profissão que escolheram e estão alheios às peculiaridades do que seria um currículo essencial para sua formação. O ambiente da escola constitui, por si só, uma transição em estilos de vida, exigindo dos alunos um período de adaptação. Para a maioria dos jovens o ingresso na vida acadêmica acontece no momento de uma mudança de fase do ciclo da vida, ou seja, na transição da adolescência para a vida adulta. Essa fase aparece, em geral, repleta de dúvidas e incertezas. Cabe, assim, às instituições de ensino, representadas pelos professores, o papel de facilitar o enfrentamento dessa transição e, conseqüentemente, a inserção dos jovens nessa nova realidade que é a universidade.

Por isso, cabe aos professores realinhar o pensamento dos estudantes e fazer com que eles compreendam que a prática da enfermagem nem sempre é agradável, pois ela tem e contém movimentos de expansão e contração do pensamento, dos sentidos, dos atos, e muito mais: porque ela acompanha o ritmo da vida. Entretanto, no processo de cuidar da clientela, os estudantes se vêem diante suas limitações e, também perante o imaginário de alguns docentes em relação à enfermagem.

Nas declarações adiante, os estudantes relatam: ausência de conteúdo que esteja relacionado à forma de se encarar naturalmente alguns cuidados de enfermagem; a nota que o docente atribuirá a eles na avaliação, de acordo com um comportamento esperado; aquilo que o estudante repete por ter ouvido um dia alguém dizer a ele como se deveria comportar:

Isso poderia ser tratado [na enfermagem] como uma coisa normal. Eu estou cansada de ouvir ... às vezes as professoras dizendo: "Ah, não vai se arriscar? Se não gosta de [limpar] fezes; não gosta de secreção, então não tem que ser enfermeira". Eu acho que não é bem assim. Poderia ser abordado de uma forma natural, o que não é abordado, quando a gente fala de nojo nossa avaliação está presente. Talvez numa aula, não sei dizer

como, mas, se fosse abordado de uma forma natural, já seria meio caminho andado. (Estudante 29)

É uma contradição muito grande, de ter que fazer e não desejar fazer, manter aquela expressão de que eu não estou tendo nojo, não posso deixar de cuidar porque é minha função. É muita aflição, incomoda muito. Eu digo em relação ao estágio, porque o professor vai te avaliar e se você não fizer, vai ser avaliado negativamente. (Estudante 36)

O principal cabe ao aluno superar mesmo. Quer ser enfermeiro? Quer fazer a prática hospitalar? Quer cuidar na clínica médica, no hospital? Do cliente de alta complexidade? Com bolsa de ostomia? Vai encarar, vai aprender a lidar com isso ou ... [sucumbirá na profissão?]. Cada dia é um aprendizado. No primeiro dia foi muito ruim, mas, depois a gente pode melhorar. (Estudante 43)

Sobre esse tipo de comportamento na enfermagem, talvez seja preciso observar o que dizem Caccavo (2003, p.147-8)

Em realidade, em alguns momentos do processo ensino-aprendizagem, o perfil esperado dos estudantes poderá não corresponder às expectativas gerais, mas as atitudes, valores, objetivos e diretrizes filosóficas levam em conta a arte profissional e devem ser considerados. Isto é da maior importância, não só pelo lado psico-pedagógico, mas pelo significado da fundamental necessidade de cuidar na enfermagem. Nesse sentido, diga-se que os aspectos psico-pedagógicos têm sua racionalidade e, ao mesmo tempo, sua específica sensibilidade. Às vezes, face à incompreensão sobre a importância da afetividade na prática da enfermagem, ocorrem dificuldades como essas, e que podem debilitar a compreensão do espírito da arte na enfermagem. Mas a experiência pedagógica acumulada pode ajudar, certamente, na avaliação das potencialidades e capacidade cognitiva dos estudantes, favorecendo a consciência das implicações do cuidado e da mundividência relativa à posição da profissão na sociedade.

Em vista dessa afirmação, e caso os docentes deixem de observar que no processo ensino-aprendizagem da enfermagem é preciso maturidade para aceitar as suas próprias limitações, os estudantes podem se deixar levar por desvios compreensivos e de interpretação dos fins da profissão. Em certa medida, isso poderia excluir a possibilidade de, no futuro, contribuírem para o reconhecimento social da profissão. Henderson (1981) diz que o cuidado de enfermagem é prestado majoritariamente nos hospitais, e é a partir desse espaço que talvez possa ocorrer um reconhecimento social das ações e atos dos enfermeiros.

No plano das atitudes de alguns docentes, da cultura e da educação em relação às interdições relativas aos tabus do corpo, Rodrigues (2006, p. 36) tece as seguintes considerações:

Cada um à sua maneira, ambos acreditam ser a educação um processo repressor através do qual se inculca nos indivíduos um certo número de princípios que, aberta ou disfarçadamente, são comuns a todos os membros de uma sociedade e que muito poucos indivíduos têm a coragem de negar

ou de desafiar explicitamente. A despeito das possíveis divergências, tais princípios figuram na base do que se chamou “civilização” e são garantias de um certa homogeneidade que faz a vida social possível.

Em relação aos fins da profissão, quando docentes de enfermagem pensam que os estudantes não podem expressar sentimentos de nojo ao lidar com as secreções e excreções dos clientes, possivelmente não ajudam os estudantes a ultrapassarem suas dificuldades. Talvez se esqueçam de que um dia já foram estudantes e vivenciaram essa mesma fase de aquisição de experiências.

No sentido de realinhar o pensamento acerca dessas contradições docentes, lançamos mão da seguinte afirmação de Araújo (2000, p.26):

Ressaltando as questões de estar livre ou discutir livremente, admi-se duas espécies de liberdade: “a liberdade acadêmica” e a “liberdade interior”. A primeira permite que os estudantes e os professores expressem suas idéias e convicções, sem pressão externa indevida. A segunda liberdade reduz ao mínimo as pressões internas. Sem as pressões, a curiosidade dos estudantes teve oportunidade de aflorar. Com a liberdade, o olhar do estudante pode ser crítico, na participação do conhecimento, enfrentando e rompendo com os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante, na qual ele ficava sempre a margem. Os sentimentos que o professor experimenta estão ao seu alcance, estão disponíveis ao seu conhecimento. Ele é capaz de vivê-los, de fazer deles algo de si e, eventualmente, de comunicá-los. E, se aceitar tais sentimentos como seus, não precisa impô-los aos estudantes. O estudante deve também, ser aceito como outro indivíduo, como pessoa separada, cujo valor próprio e de auto conhecimento é um direito seu. A relação entre professor e estudante deve ser desinibidora e não restritiva.

Acerca desse posicionamento docente de deixar aflorar nos estudantes as suas potencialidades nos cenários da prática profissional, pode-se dizer que a projeção das potencialidades deles se desdobra em sentido de pertencimento, de reconhecimento do outro e de si. Além disso, *a arte de ensinar, como a arte de curar, consiste em reconhecer, parcialmente, dentro de cada indivíduo um tipo particular, ou de uma combinação especial de tipos* (Highet, s.d., p.56). No plano pedagógico, a observação disso é imprescindível, pois os estudantes estão numa evolutiva ritual de passagem, passando pelos rituais de iniciação e de purificação (VAN GENNEP, 2011). Acerca dessa passagem e da aquisição de conhecimentos relativos às situações de cuidado na qual tenham de lidar com secreções e excreções, os estudantes tecem os seguintes comentários:

Talvez fosse melhor abordar essa temática dentro de sala de aula, nos conteúdos práticos, ou então fazer algum tipo de discussão coordenada e um tempo da aula relacionado a isso, com grupos separados para discutir a temática. Não tem como você digamos, informar sobre isso, porque faz parte de alguma coisa emocional, é sentimento, e a única forma de lidar

com sentimentos, lidar com as sensações, é você falando sobre aquilo. Talvez falar sobre o nojo faça com que você sinta um pouco menos ou saiba lidar melhor com ele. (Estudante 32)

Acho que deveria ter o preparo na aula mesmo, porque há muitas pessoas que chegam no campo de estágio muito cruas. Não vai ter o contato nunca com aquilo. Na graduação, a gente passa a ter contato com o que a gente gosta e o que a gente não gosta. As pessoas, às vezes, não tem isso na mente. Quando chegam perante um cliente e vêem uma situação que ele achou que nunca ia passar pela qual, acaba demonstrando um nojo exacerbado. Quando a gente está preparado para a situação, não vai demonstrar de forma tão grosseira. (Estudante 39)

Isso é uma questão fisiológica, às vezes por mais que você queira ajudar, a pessoa já traz isso na carga social dela. Deve ser trabalhado, conversando com os alunos, deixando-o mais à vontade, não impondo tanto que ele tem que só respeitar o outro, mas, também respeitar o seu limite. Ela tem o direito de falar: “Eu não consigo ... você pode fazer por mim?”. A negociação é a melhor maneira. No decorrer da prática você vai lidando melhor, se acostumando, entende melhor, e causa menos impacto, como foi a coleta ginecologia neste período, no decorrer das consultas você vai lidando com aquilo, você vai se acostumando. (Estudante 40)

Poderia trabalhar desde o início da graduação a questão do tabu do corpo, atrelado à matérias como antropologia ou disciplinas mais das humanas. Não nas ciências médicas e biomédicas ... uma coisa que pudesse trabalhar a parte humana daquilo, encarando aquilo como normal. Trabalhar a questão da cultura, trabalhando ao longo da graduação. Sei que é difícil, não é de um dia pro outro ... trazer para o estudante a questão do corpo, como ele evoluiu até os dias de hoje e o porque desse tabu. Assim ele [o estudante] entende melhor as preocupações dele, os medos relacionado ao nojo, ao corpo, ao sexo, a urina, a fezes, essas coisas assim. Ele vai entender melhor o porque da necessidade dele trabalhar naquele meio, atendendo ao cliente naquilo que ele necessita e de maneira eficaz. (Estudante 42)

Assim, em vista desses depoimentos, tudo se pode negociar com os docentes e, porque não (?), com os clientes, pois dessa maneira os estudantes que prestam cuidados a pessoas com secreções e excreções podem atender aos princípios éticos da profissão. Interpretamos que isso está relacionado ao que Vázquez (1999 b, p.172-3) considera *bom* em Ética:

A esfera do bom deve ser procurada: a) numa relação peculiar entre o interesse pessoal e o interesse geral; b) na forma concreta que esta relação assume de acordo com a estrutura social determinada ... Mas o conteúdo só é moralmente positivo numa apropriada relação do indivíduo e da comunidade. Assim, se o bom é a felicidade, esta deve entender-se como aquela que, longe de excluir a dos demais, necessariamente a pressupõe. A felicidade de certos indivíduos ou de um grupo social, que somente se pode alcançar à custa da infelicidade dos outros – de sua dor, de sua miséria, de sua exploração ou opressão – é hoje profundamente imoral ... portanto, o bom está numa peculiar relação entre os interesses pessoais e coletivos”.

Talvez, assim, se possa incutir nos estudantes a idéia de que eles podem vencer a descrença imposta a eles e relativa ao *poder de criar, discutir e elaborar o*

conhecimento, pela confiança, de termos sempre algo a permutar com eles, sem imposição de fórmulas doadas e de ofertas apenas. (ARAÚJO, 2000, p.19). Além disso, de acordo com Rodolpho (2004, p.144), deve-se levar em conta que

Os saberes específicos da iniciação são válidos para aquele círculo fechado dos neófitos ou noviços, “não são aplicáveis fora de seu campo de aquisição”. É por isso que a iniciação pressupõe um antagonismo entre os grupos “de fora” e os “de dentro”: a lógica da iniciação, auto-referenciada, cria uma linguagem, um simbolismo e saberes que lhe são próprios e que acabam por possuir um “sentido iniciático”.

Observe-se que nesse processo de “sentido iniciático” ocorrido durante o curso de graduação, os estudantes de enfermagem precisam entrar em contato com uma série de elementos que representam a profissão e a significam. Eles devem também manter suas características individuais, suas peculiaridades, pois *toda profissão tem a sua atmosfera, o seu modo de ser, e aqueles que a exerçam devem sentir-se à vontade quando a praticam* (HIGHET, s.d., p.47).

Em relação ao nojo e aversão que sentem em relação às secreções e excreções dos corpos dos clientes, alguns deles dizem que o posicionamento deles não mudou após terem ingressado no curso, por diversas razões.

Não, porque tenho uma pessoa próxima a mim, que é deficiente e eu morei por um tempo na casa dessa pessoa. Às vezes, eu cuidava dela e tinha que levá-la ao banheiro. Então eu sempre tive um contato com secreções. (Estudante 2)

Não, porque eu já tinha contato com secreções e excreções do meu avô e avó desde criança. Eu que trocava os curativos; e quando ficavam internados, era eu que trocava a fralda. Então, eu nunca tive problemas não. (Estudante 5)

Não, eu aprendi a conviver com elas ... é diferente. (Estudante 59)

Nessas falas pode-se perceber que o contato anterior de dois dos estudantes esteve relacionado ao cuidado de alguém, ou que o estudante apenas “aprendeu a conviver” com aquelas condições dos clientes. Acerca delas, e de uma possível ultrapassagem das dificuldades experimentadas pelos estudantes, é preciso afirmar que a diversidade das ações profissionais pode estar relacionada ao fato de que *a enfermagem nasceu do desejo de proteger e bem-querer aos fracos, e qualquer expressão deste desejo é enfermagem no sentido mais amplo*, como afirmam Harmer e Henderson (1962, p.1). As autoras, que são enfermeiras, traduzem/sintetizam um significado ético da profissão, significado que está incluído na realização dos cuidados de enfermagem prestados à clientela, principalmente

quando associados ao dever ético e à vontade de cuidar, pois de acordo com Lowen (1984, p.166):

a vontade é um mecanismo de emergência sob controle do ego que pode, em certas circunstâncias, anular as reações emocionais ... A vontade, entretanto, não diminui o medo. Permite que o indivíduo se defenda ou avance contra o perigo.

Outras declarações dos estudantes foram significativas no que diz respeito às mudanças sentidas, principalmente no que diz respeito aos aspetos de que o odor incomoda, mas a freqüência do contato com clientes que tem secreções e excreções ameniza e faz com que eles se acostumem, afastem o nojo e as aversões que sentem do foco das atenções, desviando-o para a melhora do estado do cliente e sua qualidade de vida e outras.

O cheiro me incomoda mesmo. Me porto bem, mas é uma coisa que eu aprendi a lidar. Melhorou, porque a gente entra muitas vezes em contato. Esse contato freqüente acaba fazendo com que você se acostume. (Estudante 3)

Percebi. A gente é meio que forçado a se adaptar, a se aproximar das secreções até porque vão fazer parte do nosso cotidiano. Então eu desenvolvi algumas formas de conseguir me manter de pé, sem passar mal. (Estudante 11)

Eu acho que mudou, porque você acaba tirando o foco da secreção. Você acaba pensando também nas reações daquela pessoa. Muitas vezes são pacientes acamados. Tirando o foco do nojo, você acaba vendo que pode promover uma qualidade de vida melhor; posso levar conforto. Eu acho que vale a pena; você respira fundo e realiza os cuidados. (Estudante 6)

Eu acho que eu passei a me preocupar mais em disfarçar, principalmente para o paciente porque é desconfortável para ele ver que eu estou com nojo, acho que a diferença foi eu conseguir disfarçar mais. (Estudante 16)

Pra mim enfermagem era uma questão de superação, eu já sabia que não gostava muito, mas, o fato de me propor a cuidar de alguém eu acho que ultrapassa, mesmo que eu faça uma cara feia, mas, eu sei que tenho que fazer, então eu faço. (Estudante 27)

Houve mudança assim, por exemplo, se eu estiver em campo de estágio, algumas técnicas eu vou fazer sem ter nojo, por exemplo: higiene ocular, higiene dos cabelos, nasal, não vou ter problema de fazer. Coisas que se eu não estivesse dentro de uma faculdade eu não faria em outra pessoa; eu não limpo o olho de ninguém, se eu ver uma remelinha no olho de alguém, eu não mexo, eu não gosto, mas, na faculdade eu faria. Acho que a gente fica com um olhar mais profissional. (Estudante 28)

Inicialmente eu ficava com bastante nojo ... eu sentia nojo, mas eu tinha que cuidar. Então, nas situações de nojo, eu penso "Estou com nojo, mas não posso ter. Então não vou sentir. Vou colocar a mão, vou ultrapassar isso". Na faculdade foi assim. (Estudante 32)

Sim. Antes eu nem imaginava botando a mão em melena, pus, nessas coisas. A gente amadurece, a gente passa a ter menos nojo e mais respeito pelas pessoas. (Estudante 51)

Em contato com o paciente você não pode demonstrar que está com nojo de alguma coisa. Não tenho mais nenhuma expressão de nojo. Quando estou junto do paciente continuo lá, não saio, não demonstro nada disso. (Estudante 54)

Ah mudou...eu estou muito mais tranquilo...Hoje é muito mais fácil de lidar... porque a gente vê isso tantas vezes..que para mim é muito mais tranquilo ver. Na rua, era difícil ver alguém vomitando por exemplo, mas hoje em dia pra mim é mais fácil. (Estudante 60)

Nessas declarações, os estudantes dizem que se sentem “forçados” a mudar o comportamento diante das secreções e excreções dos clientes para que eles não se sintam mal; mudaram o foco de atenção para o cliente e não mais para a secreção ou excreção; mudaram porque passaram a interpretar que a finalidade dos cuidados é o conforto dos clientes; mudaram porque para os clientes não é bom que vejam ou percebam que eles ainda têm nojo; sentem-se na obrigação de ultrapassar as dificuldades impostas pelo ato de prestar cuidados de enfermagem aos clientes nesses condições; referem que “amadureceram” e que esse amadurecimento os levou a ter menos nojo e a encarar o outro com mais respeito; se sentem mais tranquilos em terem de lidar com as secreções e excreções dos clientes.

Essas respostas podem ser interpretadas à luz do que dizem Figueiredo et al (2009, p.133);

Cuidar assim é se utilizar de captadores sensoriais e encontrar afetos, prazer e desprazer. É traçar um esquema de percepção para buscar informações. Um esquema corporal-movimento para sentir/escutar. Criar uma conduta da emoção como ação que caminha nos corpos do cuidado e que precisamos conhecer (tristeza, raiva, ira ...) ... Sentir é compreender, e isso envolve afetividade, imaginação, intermediação, recepção e escuta. No entanto, temos a clareza de que essa construção é lenta e precisa de muita prática e muito exercício de aprendizagem.

A soma dessas características nos permite notar que nos discursos acerca das mudanças operadas nos estudantes ao longo do curso há uma linguagem quase uniforme com as falas anteriores sobre o como eles tinham receio de tocar porque pensavam estar causando dor aos clientes e outras questões que se colocam no plano do afeto e da empatia. Pelo fato da linguagem deles estar relacionada a uma forma específica de expressividade profissional, ela parece delimitar o **como** e o **por que** podemos considerar as experiências vivenciadas pelos estudantes como uma forma de ser e de estar na profissão de maneira

específica. Por isso é que os docentes devem aplicar, junto aos estudantes, o princípio de aprender a fazer fazendo, pois é com os dados da realidade individual e coletiva que a enfermagem exercita a sua prática.

Além do mais, aprender a fazer fazendo é uma característica de processo ensino-aprendizagem na enfermagem desde sua modernidade. Prática de ensino que visa desenvolver o intelecto dos estudantes, posto que eles utilizam o tirocínio, a tomada de decisões, as suas habilidades individuais e outros. Nessas atividades, pode-se associar fatos que interessam ao cliente, seus familiares, à sociedade, à profissão e, também, aos interesses dos enfermeiros docentes e assistenciais, e aos estudantes. Nérici (1973, p.15), a este respeito, diz:

Poder-se-ia conceituar neste particular, educação como o processo de atuação sobre o indivíduo a fim de levá-lo a um estado de maturidade que o capacite a se encontrar com a realidade de maneira consciente, equilibrada e eficiente, e nela agir como cidadão participante e responsável.

Talvez por isso, os docentes devam compartilhar o saber de que se dispõe na enfermagem, ensinando os estudantes a manterem ou recuperarem a saúde da clientela, o que pode ajudar a estabelecer laços de confiança e segurança, originando um aprofundamento das relações humanas. Esses elementos implicam no estabelecimento de relações sinérgicas entre docentes e discentes e destes com a clientela e, conseqüentemente, com os fins e valores da profissão, mesmo que os estudantes estejam vivenciando uma situação desfavorável da profissão.

A soma de todos esses, e outros fatores, de acordo com Caccavo (2003, p.125), é que contribuem para a formação de uma “cultura da arte da enfermagem” e permite aos autores afirmarem

Assim, no processo ensino-aprendizagem específico da enfermagem, quando se associam saber e sensibilidade aos fins e valores sociais, a própria sociedade é quem se beneficia. E, nesse sentido, é que se aplica a idéia de “cultura” na arte da enfermagem. Isto, porque a educação é, por excelência, um elemento da cultura – elemento que, por sinal, de tão significativo, conserva a tradição e provoca mudança.

No sentido de que a “cultura da arte da enfermagem” implica em conservar tradições e provocar mudanças, observamos que Araújo (2000, p.198) propõe

Aceitar o coração como um novo sentido corporal ... ele é forte o suficiente para, com o seu poder de mudança, enriquecer os demais sentidos, tornando nossa percepção diferente daquela que estamos mecanicamente acostumados ... o coração, que está dentro do corpo, faz os outros sentidos sentirem.

Acerca da palavra coração, diga-se que ela significa amor, afeto e compreende um conjunto de faculdades emocionais, dentre elas, a coragem¹⁵. Quilici (2011) diz que, do ponto de vista psicológico, o coração está associado às situações de cunho emocional, pois

sempre que estamos dominados por uma emoção forte, nossos batimentos cardíacos se alteram. O prazer e o amor podem acelerar violentamente os batimentos cardíacos a ponto de podermos ouvir nosso coração, é como se ele vibrasse em todo o nosso corpo. Na antigüidade acreditava-se que o ouro era o único metal capaz de ligar dois corações. Daí o surgimento das alianças. Observa-se que o coração, um órgão nobre, está associado a um sentimento nobre e também a um metal nobre ... Sempre que se fala dos sentimentos utilizando o coração como referência, fala-se de algo que se deseja extravasar, um sentimento que parte do íntimo do ser. É comum as pessoas dizerem: **"Estou dizendo isso do fundo do meu coração"**. Através do coração expressamos o medo (**"Estou com o coração pequenino"**), a frustração (**"Estou com o coração quebrado"**), o carinho (**"o filhinho do meu coração"**) e o amor (**"Você mora bem aqui, do lado esquerdo"**)¹⁶. O coração é o símbolo daquilo que não pode ser controlado nem pelo intelecto nem pela vontade, é o símbolo das emoções ... É pelo coração que passa o sangue, o fluído da vida. O coração está no centro do corpo e no sentido simbólico. É um órgão de grande importância funcional, é autônomo e, simbolicamente, significa a generosidade.

Em vista dos significados de coração e de toda a simbologia que o acompanha, pensamos que a emoção experimentada/sentida pelos estudantes é o que os levam, mesmo sem saber, ao encontro da cultura/ambiente/atmosfera da enfermagem, tal como o encontrado nos relatos deles. No entanto, nas declarações deles pudemos distinguir três momentos:

a) o de ainda não alcançarem a compreensão da importância de cuidar de pessoas com secreções e excreções:

Sentimento de nojo e repulsa, que me fizeram pensar se realmente é isso que eu quero como profissão para mim.

Sentimento de ter escolhido o ramo certo, área de saúde. Entretanto, prefiro não realizar esses cuidados para o resto da vida.

Nojo, vontade de acabar logo o procedimento; ânsia de vômito. Depois do procedimento, parecia que o cheiro ficava em mim e isso sem deixar que o paciente/acompanhante percebesse.

Tensão, estresse, nojo.

Tive completa aversão à ferida. Senti nojo e não consegui pensar no paciente em si.

¹⁵ Coração. In: Novo Aurélio: dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2000)

¹⁶ Grifos do autor.

Sempre tentei me manter normal e “endurecida” diante da situação. Apesar de algumas vezes ter vontade de sair.

b) o de estarem a caminho para a superação das dificuldades em lidar com as secreções e excreções dos clientes:

Eu tinha que fazer alguma coisa. Se era desagradável para mim, imagine para o cliente. Acho que o sentimento era o de solidariedade, de ajuda, para tentar livrá-lo dessa situação.

Sensação de por mais que seja nojento, o sentimento de ajudar ao próximo ficou mais percebido

Senti uma satisfação grande em poder ajudar ao cliente. Apesar das minhas sensações, consegui controlar e auxiliar o cliente de forma a trazer mais conforto para o mesmo.

Satisfação depois do cuidado realizado, angústia antes da realização.

Mesmo tendo minhas aversões, tenho consciência do meu papel como futura profissional, e tento me adaptar e/ou controlar para efetivação do cuidado.

Que apesar de toda a sensação e odor ruim que eu estava sentindo naquele momento, a oportunidade de proporcionar o bem estar àquele que depende de nós não tem preço.

No início, sentimento de não conseguir resolver o problema do cliente mas, com a prática, tornou-se rotina e sinto alívio ao saber que o trabalho foi bem feito.

Vontade de ajudar apesar dos limites do meu corpo.

Apesar de sentir nojo muitas vezes, a necessidade que o cliente tem de receber o cuidado é tanta que dá gosto de fazer. Quando dizem obrigado, ou expressam outras formas de agradecimento e satisfação pela limpeza, compensa tudo.

Há uma mistura de sensações que no início pode ser nojo, depois uma “agonia” e após o cuidado, uma satisfação por estar fazendo o melhor para a saúde do cliente. Todos os sentidos são aguçados.

c) o da transcendência às interdições e fazerem parte da cultura/ambiente/atmosfera da enfermagem nas seguintes falas:

Sentimento de poder ajudar, de ver a pessoa “limpa”, aliviada, com menos odor. A maior emoção é o agradecimento o qual nem sempre ocorre com palavras, mas com o olhar.

Que são pacientes que precisam de cuidado e, apesar de sentirem vergonha, se sentem bem em saber que alguém cuida deles. Fico, como enfermeira, grata e feliz em exercer o cuidado.

Felicidade por estar ali e tentar fazer o meu melhor.

Sentimento de dever cumprido, de presteza, de bem estar, pelo bem estar do outro.

Orgulho da minha profissão. Respeito ao cliente.

Que estava prestando um cuidado de suma importância para o paciente.

Respeito ao cliente por poder ajudar neste momento tão delicado dele.

Sensação de saber que estou proporcionando conforto, apesar de todo sofrimento.

Senti-me útil, realizando um cuidado que parece ser básico, mas muito importante.

Sentimento de me sentir útil ao tratar da pessoa nessas situações, promovendo conforto e bem estar a ela.

De acordo com esses discursos, parece haver uma transformação, no tempo, da forma como os estudantes se percebem, percebem os clientes e percebem a importância de se prestar cuidados a quem precisa deles. Caso façamos uma analogia, parece haver um ritual dentro de outro. O ritual de passagem da condição de leigos a estudantes de enfermagem e desses a enfermeiros. Tanto assim que um dos estudantes disse que se orgulhava de ser enfermeira, mesmo que ainda não o fosse.

Talvez por isso o tempo se encarregue de fazer com o que o coração dos estudantes faça com que os outros sentidos sintam, até mesmo porque um dos significados de coração é coragem. Acerca do tempo na formação da enfermeiras, Stewart (1945, p.53) afirma:

Também precisa ser considerada a questão do tempo. Ao preparar estudantes para enfrentar seus diferentes deveres e responsabilidades, não se deve gastar tempo demasiado em coisas relativamente simples e familiares, deixando que a estudante adquira e aplique por si mesma os conhecimentos mais complicados e difíceis.

Pelo fato de estarem passando por um processo que implica em assistir aos clientes de acordo com os distintos graus de complexidade, e coragem para que o façam e transcendam às situações mais difíceis. Por isso o coração age, cor-

age(m). É um cor-ação, que não é controlado nem pelo intelecto nem pela vontade, é o símbolo das emoções – um coração-arquétipo, espécie de parte herdada da mente — que habita nosso inconsciente e influi na nossa maneira de ver os acontecimentos, principalmente as doenças que põem em risco nossa vida, posto que o coração está simbolicamente *no centro do desejo humano: o amor*, e o amor é *a única emoção que tem a capacidade de curar, unir e transformar*. (QUILICI, 2011)

Por isso a enfermagem não pode ser reduzida, como no imaginário coletivo, a uma profissão técnica. É necessário entender o seu lado humano, pois

Cada um de nós precisa exercitar habilidades específicas no plano da sensibilidade e resgatar a gentileza, a paciência que se perde a cada dia. Cada um de nós marca com um gesto, um estilo, uma ação, a nossa presença, que pode causar conforto ou desconforto, bem-estar ou mal-estar naquele que cuidamos. O mesmo deve acontecer quando ensinamos a cuidar – o tempo dos alunos, o tempo dos membros de nossa equipe é diferente do tempo dos docentes, dos enfermeiros e dos clientes. Eles serão o que nós queremos que eles sejam, se nós também mudarmos nosso modo de ensinar e de cuidar (FIGUEIREDO e MACHADO, 2009, p.446).

Docentes e discentes precisam somar esforços no processo ensino-aprendizado porque, de acordo com (Figueiredo et al, 2009, p.407), é *impossível cuidar adequadamente dos necessitados sem que se conheça e discuta o corpo de uma maneira precisa: sem preconceitos, sem medo, sem vergonha*. Afinal, como afirma Nightingale (1989, p. 163) em relação ao *abecê da educação de uma enfermeira*

O *a* de uma enfermeira deve ser o conhecimento do que significa um ser humano doente. O *b* é saber como comportar-se com uma pessoa doente. O *c* é saber que seu paciente é um ser humano enfermo, não um animal ... se ela não der assistência a seus pacientes para a sua própria satisfação, nenhuma *preleção* vai torná-la capaz de fazê-lo.

Essa satisfação nightingaleana possui, em analogia, uma relação direta com os princípios de desejo, de necessidade e de vontade de cuidar pela afeição. Pensamos, no que diz respeito à enfermagem como profissão, o desejo, a necessidade e a vontade são os pilares da construção de um conhecimento, ou ciência, no dizer de Hessen (2006).

Além do mais, a idéia de coração associada aos outros sentidos tem a ver com os princípios/pilares educacionais envolvidos na formação dos enfermeiros, tais como os apresentados por Stewart (1945, p.50-3), e sintetizados no esquema a seguir:



Figura 1 - DEMONSTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA MODERNA E O ALVO DE SUA RESPONSABILIDADES (Stewart, 1945, p.52)

Ainda que essa figura esquemática seja datada originalmente de 1934, ela representa a complexidade de significados do processo de formação das enfermeiras¹⁷. De acordo com a autora/organizadora Stewart (p.52) ela representa a associação da totalidade dos conhecimentos da enfermagem produzidos no passado, aqueles da ciência moderna e mais os da prática das enfermeiras, sem subordinação de uma classe à outra. Assim,

- a) os princípios, fatos, instrução são englobados na *Ciência da Enfermagem* (prática profissional digna de confiança e inteligente);
- b) as técnicas e habilidades especializadas são englobadas na *Arte da Enfermagem* (manuais, sociais, intelectuais, administrativas, além das tomadas de empréstimo/adaptadas – medica, sanitária, doméstica, educativa, etc.);
- c) os ideais – atitude social e padrão profissional de conduta englobados na *Ética de Enfermagem* ou *Espírito de Enfermagem*.

De acordo com a representação esquemática, o triângulo que contém esses três elementos é um triângulo isósceles, pois os elementos/fases devem estar em equilíbrio. A primeira classe (*Ciência da Enfermagem*) representa o *que as enfermeiras devem saber ou compreender sobre o seu trabalho*; a segunda (*Arte da*

¹⁷ À época em que o livro foi publicado não haviam homens engajados na aprendizagem da enfermagem. Por isso utilizamos o gênero feminino para referir os estudantes e profissionais.

Enfermagem) relativa ao que ela *deve estar preparada para fazer*, e a terceira (*Ética de Enfermagem* ou *Espírito de Enfermagem*), *que tipo de pessoa deve ser* (STEWART, p.51), sendo que esta última serve de base para as outras duas fases.

Além disso, a autora afirma que

Tal plano pressupõe o desenvolvimento harmonioso de todo indivíduo, o coração, o cérebro, e as mãos, representando respectivamente o lado emotivo, intelectual e prático de sua personalidade. Os círculos representam a ampliação constante do serviço de enfermagem e as setas dirigidas para a direita e para a esquerda indicam o equilíbrio necessário entre os aspectos preventivos e curativos de enfermagem.

Em vista da descrição desse esquema básico que fundamenta as diretrizes curriculares em nível mundial da época, é possível perceber o que está por detrás do processo de formação dos enfermeiros, até mesmo nos dias atuais. De acordo com nosso pensamento, esse esquema conceitual possui fundamentos que ainda não foram ultrapassados, pois contêm e contempla o ambiente, a cultura, a atmosfera da enfermagem, pois trata de aspectos relativos à profissão num plano mais geral. Cada uma de suas partes pode ser complementada/ampliada de acordo com um vir a ser da profissão, mas seus eixos fundamentais estão ali representados.

Por isso, e perante as falas dos estudantes, podemos afirmar que eles ultrapassaram a fase de se expressarem de maneira repulsiva às secreções e excreções que “brotavam” dos corpos dos clientes para uma fase em que passaram a agir de acordo com o *Espírito*, a *Arte* e a *Ciência* de *Enfermagem*, cuidando de si e cuidando do outro.

5. SOBRE O ESPÍRITO, A ARTE E A CIÊNCIA DE ENFERMAGEM INCLUÍDAS NO CUIDADO PRESTADO POR ESTUDANTES A CLIENTES COM SECREÇÕES E EXCREÇÕES – CONSIDERAÇÕES (FINAIS)

A enfermagem possui um objeto – o cuidado de enfermagem – que, por ser objeto, não se deixa apreender em sua completude e que, do ponto de vista do conhecimento, tem materialidade e formalidade. Cuidado que associado a dois outros planos distintos e complementares da profissão: o da pesquisa e o do ensino, consolidam a “Natureza da Enfermagem”. Essa *natureza* compreende ações e atos que se interpenetram e são significativos para a população (cuidar/cuidado de enfermagem) e para a profissão (cuidar, pesquisar e ensinar).

Essas características são essenciais à compreensão daquilo que está em jogo ao se exercer a profissão, pois as questões relativas à *natureza* da profissão têm a ver com um “modo de fazer” e de “se fazer enfermagem”, que culmina em identidade profissional e, em última instância, resulta numa certa uniformidade que caracteriza o grupo profissional como um pilar dos graus de parentesco.

Parentesco que é proveniente de uma cultura da enfermagem e se caracteriza pelo desempenho de atividades relativas ao ambiente cultural da profissão. Ambiente no qual estão presentes os atributos profissionais mais gerais, tais como os encontrados no Código de Ética do ICN e, também, nos códigos existentes nos diversos países. De acordo com o determinado internacionalmente, os elementos que sustentam uma forma de ser, de estar e de se comunicar com os clientes, comunidade, profissionais e outro são características do ambiente da enfermagem e não devem sofrer modificações em nível mundial. Dessa maneira, o Código contribui para determinar a cultura mundial da enfermagem, bem como reforça a identidade profissional na consolidação dos graus de parentesco profissional.

Quando consideramos essas razões, é porque elas fazem parte deste estudo na medida em que tratamos do assunto/objeto de nosso interesse e que diz respeito à *percepção de estudantes acerca das interdições relativas aos corpos dos clientes, e a ultrapassagem das mesmas na esfera do cuidado de enfermagem*. A principal razão de estudarmos essa temática foi a de que, de acordo com nossa observação, os estudantes de enfermagem têm dificuldades em lidar com secreções e excreções dos corpos dos clientes, pois as sensações provocadas por essas

substâncias nos corpos dos estudantes causam “*estranhezas*”, como repulsa, nojo, asco. Isto, porque no processo ensino-aprendizado entram em contato mais freqüente com cheiros/odores fortes das secreções e excreções; tocam em substâncias viscosas; vêem cores, formas, e tamanho de coisas às quais não estão acostumados; escutam os sons das eliminações vesicais e intestinais e de quando os clientes expelem substâncias como o vômito; sentem o gosto que as partículas das substâncias excretadas e secretadas pelos clientes, dispersas no ar, entram pelas narinas e deixam um gosto ruim em suas bocas.

Perante esses argumentos, consideramos que os momentos *aversivos* podem provocar um distanciamento entre os estudantes e os clientes, desdobrando-se em conflitos, porque a ajuda que deveria ser prestada à clientela, e implicada nos cuidados de enfermagem, talvez seja suplantada pela técnica, principalmente porque ela possibilitaria a eles se isolarem simbolicamente dos elementos contaminadores do mundo dos cuidados de enfermagem.

Acerca disso, observe-se que, de maneira geral, os estudantes de graduação em enfermagem encontram-se numa faixa etária que compreende a transição da adolescência à vida adulta, momento em que escolhem uma profissão. No caso da enfermagem, essa escolha certamente coloca os estudantes perante algumas das fragilidades da vida humana, situações que podem desdobrar-se em conflito, pois em curto espaço de tempo eles têm de se adaptar às contingências de cuidar de pessoas com problemas causados pelas doenças, e mais: com maturidade.

Sob a perspectiva da formação dos estudantes, para ingressar no curso de graduação, os estudantes prestam concurso de acesso e, caso sejam aprovados, mudam de *status* social e passam a ser estudantes universitários. Pensamos que essa passagem representa a primeira fase de um processo ritual de aculturação que tem de ser enfrentado pelos estudantes para que passem a ter um outro *status* social.

Como o curso se divide em cinco etapas, e cada uma delas apresenta um grau de complexidade crescente de aprendizagem, é somente na terceira etapa que os estudantes entram em contato mais freqüente com a clientela com problemas de saúde e que precisa de cuidados de enfermagem mais complexos. Essa etapa faz parte do Ciclo Profissional e engloba atividades institucionais em níveis ambulatoriais e de internação. É nela que eles trocam curativos diversos em

unidades ambulatoriais, entram em contato com a clientela hospitalizada que necessita de ajuda em relação aos aspectos mais gerais de enfermagem e da saúde. Essa etapa corresponde ao denominado “tronco profissional” e representa uma segunda passagem de *status* na vida “acadêmica” dos estudantes.

Ao longo do curso os estudantes devem adquirir perfil compatível com os fins e os valores da Profissão, da Escola, da Universidade e das Associações de Classe contemplados no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Além disso, no processo ensino-aprendizado da Escola, o papel dos estudantes é o de que eles são co-responsáveis pelo aprendizado e agentes do auto-aprendizado. Já os docentes têm o papel de facilitadores da aprendizagem.

Pela diversidade encontrada no ambiente cultural da enfermagem, talvez seja impossível para os estudantes (e profissionais) não ampliarem a cosmovisão – maneira de perceber, ser e de estar no mundo –, pois a lógica da profissão é singular. Enfermagem é: cuidar, compartilhar, sorrir, chorar, tocar, ajudar, acreditar nos outros, acreditar em si, aprender, respeitar, ouvir, fazer pelo outro, sentir, aceitar. Em vista desses desdobramentos de significados do que seja a enfermagem, no ambiente cultural da profissão não há, portanto, lugar para dúvidas no que se refere àquilo que se pode fazer pelos doentes e pelos sãos.

De maneira geral, em nossa sociedade, as secreções e excreções do corpo provocam um sentimento velado, um sentimento sobre o qual não se pode ou deve falar – um sentimento, portanto, interdito. Como parte da “educação dos corpos” (ou a criação e perpetuação da *cultura dos corpos*), na enfermagem é preciso considerar o fato de que os cuidados são dirigidos a pessoas, que os corpos dessas pessoas precisam ser amparados, sustentados, alimentados, até que as pessoas recuperem a saúde. Entretanto, nem sempre as atividades desenvolvidas para o restabelecimento da saúde das pessoas estarão isentas de exposição às secreções e excreções. Por isso é que as contingências do cuidado fazem com que os estudantes e os profissionais se deparem cotidianamente com algo que é rejeitado ou deve ser escondido socialmente na atualidade.

Pelo fato do hospital ser o cenário da prática relativa ao processo de se ensinar os estudantes de enfermagem a cuidar da clientela, é necessário um processo de *naturalização* deles para que essa nova situação (obrigatoriedade em lidar com excretas e outras) torne-se familiar – o que os antropólogos chamam de *especialização de ocupação*, ou seja, um processo ritual de passagem

compreendido pela formação profissional. Para tanto, espera-se dos estudantes um preparo para lidar com a clientela, não importando a condição na qual ela se encontre, e isto inclui o domínio do estudante sobre sua própria repulsa.

Entendemos que as fases desse ritual de passagem dos estudantes, ao contrário dos rituais das sociedades primitivas, não estão bem delimitadas e necessitem de estudos mais esclarecedores.

Por isso é que, mesmo durante a formação profissional dos estudantes, alguns professores esperam que eles tenham a capacidade de enfrentar as mais inusitadas intercorrências de “*fatores complicantes*” (contato com secreções e excreções dos corpos), talvez porque a demonstração de um comportamento mais contido dos estudantes evitasse que os clientes não sofressem *nenhum constrangimento ou dano*. Dessa maneira, caberia aos estudantes aceitar as situações, evitando expressões de nojo e repulsa.

No caso de nosso estudo, não queríamos buscar aprofundamentos em questões que fugissem ao foco de nosso objeto, como por exemplo a imersão nos estudos dos rituais ou nos da Educação. Nossa preocupação foi a de trazer elementos dessas e outras áreas do conhecimento que permitissem desenvolver o pensamento e compreensão que resultassem numa solução explicativa para o fenômeno que pretendíamos estudar.

Face à complexidade e à problemática relativas à prática dos estudantes junto à clientela com secreções e excreções foi que pensamos construir nosso estudo para defendermos a seguinte tese: **A transcendência das interdições que o corpo da clientela suscita na ação de cuidar dos estudantes de enfermagem, se dá pela ética profissional.**

Sobre a forma de como interpretamos a **Ética** profissional nesta tese, observe-se que não é somente àquela relativa aos preceitos contidos nos Códigos de Ética da profissão, retratados pela interpretação “*fria*” dos artigos, parágrafos, alíneas, etc., e contida nos manuais de regras a serem seguidas e obedecidas. Nossa preocupação com a Ética esteve mais ligada ao que diz respeito à ***maneira ou o modo de ser Enfermagem***.

Essa maneira, ou modo de interpretar a Enfermagem, esteve desde o início relacionada à observação dos fundamentos nightingaleanos de ser e de estar com os clientes; de atender às suas necessidades, através de uma relação de ajuda; de prover meios para garantir aos clientes que recebam cuidado de enfermagem de

qualidade, que permita aos clientes manterem ou recuperarem a saúde, ou para que tenham uma morte serena; de estabelecer relações interpessoais sensíveis para criar e firmar laços simpáticos e empáticos com a clientela; de usar a sua capacidade intelectual em prol dos indivíduos, famílias e comunidades; de ampliar sua capacidade de conhecer e compreender a si próprio e aos seus clientes (e parceiros); de saber qual a sua importância para a profissão e para o mundo, para garantir o contínuo crescimento pessoal e profissional, o que, em outras palavras, implica em ampliar a mundividência dos estudantes e dos profissionais. Com esse posicionamento, pensamos reforçar a idéia de que a profissão contém princípios éticos aceitos mundialmente e, também, que suas ações contêm elementos que precisam ser tratados, já que a profissão está presente nos países dos cinco continentes.

Entendemos, também, que os tabus profissionais devam estar inscritos num rol de intenções manifestas dos profissionais e, por isso, tratamos dos cuidados de enfermagem dispensados por estudantes à clientela com secreções e excreções com a intenção de trazer à tona os elementos de interdições que fazem parte do cotidiano de enfermeiros e suas equipes, e de docentes e discentes de enfermagem.

Talvez este e outros estudos ajudem a retirar a profissão do plano de sacralidade (idealizado?) que ainda perdura em algumas mentalidades dos profissionais, e trazê-la para o mundo da concretude da realidade assistencial. Essa passagem, um *rito de apropriação*, ratificaria o ambiente cultural/atmosfera próprios à Enfermagem e ao seu *êthos*, aqui interpretado como a passagem dos estudantes do domínio laico para o domínio profissional.

Além disso, essa passagem corresponde também ao sentido de constituição de identidade (pessoal, coletiva, social, profissional, etc.), já que para a construção do cuidado de enfermagem, o corpo do enfermeiro é um *instrumento do cuidado* que estabelece trocas sensíveis entre enfermeiros e clientes e está a serviço da aplicação dos fundamentos da profissão e dos conhecimentos disponíveis para que o cuidado possa ser instaurado e a saúde da pessoa restaurada. Corpo/instrumento que é uma representação concreta e simbólica da sociedade e do ambiente cultural do qual o estudante faz parte, e resulta na capacidade dele se reconhecer como parte daquele ambiente (parentesco), e se dar a conhecer – por creditar os mesmos valores e expressões culturais do grupo ao qual pertence desde o momento em que entra para as escolas e faculdades de enfermagem.

Dessa maneira, em vista da complexidade do objeto, julgamos ser preciso utilizar um enquadramento teórico que permitisse entendimento acerca do objeto e, para tanto, lançamos mão de quatro vertentes de pensamento relativos a: fundamentos dos cuidados de enfermagem; percepção e ética; estudos sobre corpo; educação e passagens rituais.

Essas decisões nos ajudou a clarear os mecanismos de percepção dos estudantes acerca da temática, principalmente quando teceram considerações sobre as expressões corporais que afetam ou maculam as ações de enfermagem praticadas por eles. Dessa forma, para construir o objeto, foi preciso identificar os códigos provenientes das percepções de estudantes de enfermagem relacionados à interdições dos corpos dos clientes, tanto no plano dos cuidados mais gerais, quanto dos específicos de enfermagem. Isto fez com que o estudo assumisse uma tendência de pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, pois o que estava em jogo era estabelecer a forma pela qual os estudantes percebiam as situações de interdições.

Para explorar a percepção dos estudantes, lançamos mão de diferentes estratégias, utilizando, como recursos de método, elementos que caracterizam as pesquisas qualitativas, tais como: a dinâmica de grupo como Técnica de vivência dos sentidos Sociocomunicantes do corpo (TVSSC), a aplicação da Escala Análoga Visual (EAV) e a entrevista gravada. Esses recursos possibilitaram esclarecer o *como* (a maneira) que os estudantes pensavam, agiam e cuidavam da clientela com secreções e excreções.

Assim, sem que se dessem conta do processo ritual no qual se encontravam, pudemos interpretar que a posição dos estudantes de enfermagem acerca do corpo dos clientes, representada nos discursos e registros, tem a ver com uma percepção construída a partir de dados selecionados que ocupam a essência das lembranças. Acerca das lembranças deles, e com a intenção de analisar de que forma suas percepções subsidiam a aprendizagem da experiência prática de cuidar de clientes com secreções e excreções, agrupamos as respostas/discursos em torno dos sentidos sociocomunicantes e da emoção.

Com isso, pudemos ver que os discursos sobre as percepções que tinham sobre as secreções e excreções demandava adaptações freqüentes às situações de cuidar, pois presenciar os atos excretórios e secretórios alheios não era muito comum na vida pregressa dele. Tanto que ver, sentir o odor, tocar, ouvir e ter

reações de paladar em relação ao corpo do outro, quando cuidam da clientela, gera nos estudantes um sentimento de ordem contrária à *natureza* mais imediatamente inteligível, o que os leva a experimentarem determinadas reações aversivas a essas expressões corporais da clientela.

Os sentidos dependem, dentre outras coisas, de uma “fisiologia de equilíbrio” modulada pelo cérebro e por isso a visão, o tato, o paladar, a audição e o olfato não são independentes uns dos outros. Se os separamos na descrição/análise dos dados obtidos dos estudantes, foi para que houvesse uma compreensão acerca da problemática que envolve cuidar e ultrapassar as interdições contidas no cuidado de enfermagem para eles. Os sentidos também funcionam para suscitar a comunicação e entendimento entre pessoas, acrescidos de associações simbólicas e concretas individuais, que contribuem para a produção de significados para quem percebe e para quem se expressa. Essas associações e significados dependem diretamente de experiências vividas, crenças, valores, expectativas, enfim, sentimentos e pensamentos.

Nesse sentido, pensamos que há muitas interdições no plano dos cuidados de enfermagem à pessoas cujos corpos vertem secreções e excreções, mas há, também, intenções concretas e simbólicas no plano do pensamento dos estudantes. Tanto assim, que alguns deles enfrentam essas situações aversivas e discursam sobre a forma como ultrapassam esses impedimentos, já que alguma coisa está em jogo como o enfrentamento da situação, a vontade de cuidar, a busca de uma suposta *postura* profissional, o pedido de ajuda para si, pois precisa ajudar alguém, ao acostumar-se com as secreções e excreções.

Quando se expressam dessas maneiras, os estudantes se colocam em um plano dos mistérios que fazem com que eles continuem a interessar-se por praticar os cuidados de enfermagem. Mesmo que alguns deles se esquivem de prestar cuidados à clientela ou experimentem o sentimento de repulsa, é com a vontade de seguir em frente da maioria, com o acostumar-se, com o enfrentamento dos desafios, é que são formados o sentimento de pertencimento, de espírito de corpo, de *êthos* profissional, de significações e graus de parentesco.

Por isso, quando os estudantes dizem que se sentem “forçados” a mudar o foco de atenção para o cliente e não mais para as secreções ou excreções deles, mudaram porque passaram a interpretar que a finalidade dos cuidados é o conforto dos clientes; mudaram porque para os clientes não é bom que vejam ou percebam

que eles ainda têm nojo; sentem-se na obrigação de ultrapassar as dificuldades impostas pelo ato de prestar cuidados de enfermagem aos clientes nessas condições; referem que “amadureceram” e que esse amadurecimento os levou a ter menos nojo e a encarar o outro com mais respeito; se sentem mais tranquilos em terem de lidar com as secreções e excreções dos clientes.

A soma dessas características nos permite notar que nos discursos acerca das mudanças operadas nos estudantes ao longo do curso, há uma linguagem quase uniforme com as falas anteriores sobre o como eles tinham receio de tocar porque pensavam estar causando dor aos clientes e outras questões que se colocam no plano do afeto e da empatia. Pelo fato da linguagem deles estar relacionada a uma forma específica de expressividade profissional, ela parece delimitar o **como** e o **por que** podemos considerar as experiências vivenciadas pelos estudantes como uma forma de ser e de estar na profissão de maneira específica, desde sua modernidade.

Além disso, a prática de ensino que caracteriza a profissão se dá *pelo exemplo, pelo aprender a fazer fazendo*, e visa desenvolver o intelecto dos estudantes, pois eles devem usar o tirocínio, a tomada de decisões, as suas habilidades individuais e outros predicados intelectuais, artísticos e ideais. Nessas atividades, associa-se fatos que interessam ao cliente, seus familiares, à sociedade, à profissão e, também, aos interesses dos enfermeiros docentes e assistenciais, e aos estudantes. A soma de todos esses, e outros fatores, é que contribue para a formação de uma “cultura da arte da enfermagem” e implica em conservar tradições e provocar mudanças.

Para mudar, e pelo fato de estarem passando por um processo que implica em assistir aos clientes de acordo com os distintos graus de complexidade, é preciso coragem para que o façam e transcendam às situações mais difíceis. Dessa maneira, quando aceitamos o coração como um novo sentido corporal, foi porque o coração entra em sinergia com os órgãos dos sentidos e age com eles. É um cor(ação), um cor que age – cor-age(m). É um cor-ação, que não é controlado nem pelo intelecto nem pela vontade. É o símbolo das emoções – um coração-arquétipo, espécie de parte herdada da mente — que habita nosso inconsciente e influi na nossa maneira de ver os acontecimentos, principalmente as doenças que põem em risco nossa vida, posto que o coração está simbolicamente *no centro do desejo*

humano: o amor, e o amor é a única emoção que tem a capacidade de curar, unir e transformar.

Em vista disso, e de toda a simbologia que o acompanha, pensamos que a emoção experimentada/sentida pelos estudantes é o que os levam, mesmo sem saber, ao encontro da cultura/ambiente/atmosfera da enfermagem, tal como o encontrado nos relatos deles, no qual pudemos distinguir três momentos: a) o de não alcançarem a compreensão da importância de cuidar de pessoas com secreções e excreções, b) o de estarem a caminho para a superação das dificuldades em lidar com as secreções e excreções dos clientes e, c) o da transcendência às interdições e fazerem parte da cultura/ambiente/atmosfera da enfermagem.

De acordo com os discursos, parece haver uma transformação, no tempo, da forma como os estudantes se percebem, percebem os clientes e percebem a importância de se prestar cuidados a quem precisa deles. Caso façamos uma analogia, parece haver um ritual dentro de outro. O ritual de passagem da condição de leigos a estudantes de enfermagem e, desses, a enfermeiros. Tanto assim que um dos estudantes disse que se orgulhava de ser enfermeira, mesmo que ainda não o fosse.

Por isso a enfermagem não pode ser reduzida, como no imaginário coletivo, a uma profissão técnica. É necessário entender o seu lado humano, exercitar habilidades específicas no plano da sensibilidade e resgatar a compreensão, a gentileza, a paciência. Precisamos mudar nosso modo de ensinar a cuidar para poder transformar o outro, respeitando o tempo de cada um.

Decerto os estudantes reagem às interdições, mas grande parte deles adquire, aos poucos, um comportamento compatível com o ambiente cultural relativo às atividades de cuidar na enfermagem, comportamento que se traduz no desenvolvimento de empatia e simpatia que modula a afetividade/afeição que sentem pela clientela. Além disso, os estudantes passam a sentir que eles e clientes estão co-implicados no cuidado e conseguem transcender, mesmo que os corpos dos clientes vertam secreções e excreções e estimulem os sentidos deles de maneira aversiva. Em decorrência dos contatos mais efetivos e constantes com a clientela, intermediados pelo cuidado de enfermagem, os estudantes passam a perceber-se e perceber os clientes de acordo com uma atmosfera que é inerente ao *ethos* da enfermagem.

Assim, se considera nesta tese que os objetivos foram alcançados, pois, face à complexidade e à problemática relativas à prática dos estudantes junto à clientela com secreções e excreções, e perante as falas deles, pode-se afirmar que eles ultrapassaram a fase de se expressarem verbal e não-verbalmente de maneira repulsiva às secreções e excreções que “brotavam” dos corpos dos clientes. Dessa maneira, defendemos a tese de que a *transcendência das interdições que o corpo da clientela suscita na ação de cuidar dos estudantes de enfermagem, se dá pela ética profissional*, pois os dados/achados confirmaram que os estudantes passaram para a fase de agir de acordo com princípios profissionais, relativos ao *Espírito*, a *Arte* e a *Ciência de Enfermagem*, cuidando de si e cuidando do outro. Com coração, cabeça e mão.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN, D. **Uma História Natural dos Sentidos**. São Paulo: Bertrand Brasil, 1992.

ABBGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ARAÚJO, A. C.; SPIER, M. E. S. Sentimento da equipe de enfermagem durante a aspiração de uma traqueostomia. In: **Anais do XVII Congresso de Iniciação Científica e X Encontro de Pós-Graduação**. Pelotas – RGS: Universidade Federal de Pelotas, 2007. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01221.pdf. Acesso em Nov 2011.

ARAÚJO, M. A. L. Os Sentidos da sensibilidade e sua fruição no fenômeno de educar. **Educação em Revista**, v.25, n.02, p.199-222, ago. 2009.

ARAÚJO, S. T. C. **Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não-verbal do cliente na recepção pré-operatória**: Uma semiologia da expressão através da sociopoética. Orientador: Jacques Henry Maurice Gauthier. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

BARBIER, R. A escuta sensível. **Cadernos de Pesquisa**. v.5, 187-216. 1993.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI M.; WOSNY, A. M., HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**. 16(2): 307-14, abr-jun, 2007.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BORSOI, I. C. F. & CODO, W. Enfermagem trabalho e cuidado. In: CODO, W & SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações Saúde mental e trabalho**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1995.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand-Brasil, 1989.

BURDETT-COUTTS, A.G. **Woman's Mission**. A series of congress papers on the philanthropic work of women: by eminent writers. [*facsimile* reprint of a 1893 edition

by Sampson Low, Marston & Company, London]. Boston – USA: Elibron Classic Series; 2005.

BURDETT-COUTTS, A. G. **Woman's Mission**. A series of congress papers on the philanthropic work of women: by eminent writers. London: Sampson Low, Marston & Company, 1893. [Digitalizada para Internet Archives, com recursos da Microsoft Corporation, 2007]. Disponível em:
<http://www.archive.org/details/womansmissionser00burdiala>.

CACCAVO, P.V. **A arte de Enfermagem: efêmera graciosa e perene**. Orientadora: Vilma de Carvalho. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **A arte da enfermagem – do lixo ao luxo**. Palestra Proferida no II MACAENF, UFRJ, Macaé, 10 jun 2011.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, V. **Currículo – Filosofia e documentos básicos**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery: s.d. Disponível em:
<http://www.eean.ufrj.br/graduacao/filosofia.htm>. Acesso em nov 2011.

_____. Dimensões do saber - fazer do enfermeiro que fundamentam o conteúdo do currículo de graduação: uma contribuição à identidade profissional. **Anais do Encontro Nacional de Escolas de Enfermagem**. São Paulo: ABEn - UNIFESP, 1996.

_____. A Enfermagem de Saúde Pública como Prática Social – um ponto de vista crítico sobre a formação da enfermeira em nível de graduação. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Ano I, número especial de lançamento, p. 25-41, julho 1997a.

_____. Dos Valores Ético-Profissionais da Enfermagem Contemporânea – considerações filosóficas. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v.1, n. 1, p. 33-47, set. 1997b.

_____. Cuidando, pesquisando e ensinando – acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Rev LatinoAmiraca de Enfermagem**, v.5, n. 12, p. 806-15, set-out, 2004.

_____. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem – do angulo de uma visão filosófica. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.2, n.13, p. 406-414, abri-

jun, 2009.

CARVALHO, V.; CASTRO, I. B.; PAIXÃO, S. S. Um Projeto de Mudança Curricular no Ensino de Enfermagem em Nível de Graduação que Favorece aos Propósitos Emergentes da Prática Profissional. **Anais do XXX CBen**. Brasília, DF: 1978, p. 117-139. (Trabalho apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belém – PA, de 16 a 22 de julho de 1978. Republicado em **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ-EEAN, 2006).

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003.

CLARK, J. [organizadora]. **Defining Nursing**. London: Royal College of Nursing, 2003.

CLASSEN, C.; HOWES, D.; SYNNOT, A. **Aroma a história cultural dos odores**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

Da MATTA, R. Prefácio. In: Van GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 2011.

DELL'ACQUA, MÇ.Q.; ARAÚJO, V. A.; SILVA M. J. P. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? **Rev. Latino Am Enfermagem**, v6, n.2, p. 1722, abr, 1998.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente 1300 – 1800: uma cidade sitiada**. São Paulo: Cia das Letras, 2009.

DIAS, H. Z. J.; RUBIN, R.; DIAS, A; GAUER, V. G. J. C. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. **Psic. Clin.**, v. 19, n. 2, p. 23-34, 2007.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2007. p 295.

FERREIRA, J. O Corpo sígnico. In: ALVES, PC; MINAYO, MCS (organizadores). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p 101-112.

FERREIRA, M. A. **O corpo no cuidado de enfermagem: representações de clientes hospitalizados**. Orientadora: Nélia Maria Almeida de Figueiredo. Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A. **O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado de enfermagem - um estudo sobre representações de enfermeiras**. Orientadora: Vilma de Carvalho. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; CARVALHO, V.; TAVARES, R.; SILVA, R. L. O. Corpo indutor de condutas de cuidar. In: **Corpo & saúde: condutas clínicas de cuidar**. FIGUEIREDO NMA, MACHADO WCA (Organizadores). Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009. p. 27-66.

FIRMINO, F.; ARAÚJO, D. F.; SOBREIRO, V. O controle do odor em feridas tumorais através do uso de metronidazol – um levantamento bibliográfico. In: **Primer Simpósio Virtual de Dolor, Medicina Paliativa y avances em Farmacologia del Dolor**. Noviembre-Diciembre, 2001. Disponível em: <http://www.simpósio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc016p.pdf>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. In: **Caderno de Pesquisa**, n.116, jul. 2002 p. 21-39

GALA, M F.; TELLES, S. C. R. SILVA, M. J. P. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e unidade semi intensiva cirúrgica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37(1), p. 52-61, 2003.

GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GAUTHIER, J; SANTOS, I. **A Sócio-poética: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa, vivências**. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1983.

GUITTON, B; FIGUEIREDO N. M. A.; PORTO, I. S. **A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira**. Niterói: Intertexto, 2002.

GUYTON A. C., HALL John E. **Textbook of medical physiology**. 11th Ed. Philadelphia-USA: 2006.

HARMER, B; HENDERSON, V. **Textbook of the Principles and Practice of Nursing**. New York - USA: The MacMillan Company, 1962.

HENDERSON, V. **The nature of nursing** – a definition and its implications for practice, research, and education. New York: The MacMillan Company, Ltd, 1966.

_____. **Princípios Básicos sobre cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico UFRJ - ABEn, 1981.

HERZLICH, C. **Malades d’hier, malades d’aujourd’hui**. Paris-France: Payot, 1984.

HESSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

HIGHET, G. **A Arte de Ensinar**. São Paulo: Melhoramentos, sem data.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 11ª reimpressão.

ICN. **The ICN code of ethics for nurses**. Switzerland: International Council of Nurses, 2006.

LEOPARDI, M.T. **Entre a moral e a técnica**: ambigüidades dos cuidados de enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

LEPARGNEUR, H. **Consciência, corpo e mente**. Campinas – São Paulo: Papirus, 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LIMA, T. A. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. In: **MANGUINHOS**, vol.II (3), nov. 1995 – fev. 1996. pp. 44-96

LOYOLA, C. M. D. **Os doce(i)s corpos do hospital** – as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro: UFRJ/PROED, 1987.

LOWEN, A. **Prazer**: uma abordagem criativa da vida. São Paulo: Summus, 1984.

LÜDKE, M. C.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R. N.; WINOGRAD, M. A importância das experiências táteis na organização psíquica. **Estud e Pesq em Psicol**, v. 7, n. 3, p. 462-476, dez. 2007.

MIRANDA, C. M. L. **O risco e o bordado** – um estudo sobre formação de identidade profissional. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery, 1996.

MOURA, S. M. **O cuidado de enfermagem como um processo ritual**. Orientador: Paulo Vaccari Caccavo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**. SP: Cortez, 1987.

NEGREIROS, R. V.; SILVA, K. L.; NOBREGA, M. M. L.; FONTE, W. D. Observação: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem. In: Nóbrega, MML; Silva, KL. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 2ª edição.

NÉRICI, I. G. **Educação e Metodologia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1973.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Notes on nursing** – What it is and what it is not. Philadelphia – USA: JB Lippincott Company, 1992. (Comerative Edition).

_____. Sick Nursing and Health Nursing. In: Burdett-Coutts AG. **Woman's Mission**. A series of congress papers on the philanthropic work of women: by eminent writers. [facsimile reprint of a 1893 edition by Sampson Low, Marston & Company, London]. Boston – USA: Elibron Classic Series; 2005. p.184-205.

_____. **Florence Nightingale to her Nurses** – a selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital. USA: Forgotten Books; 2010. (Digitalizado de Nightingale, F. Florence Nightingale to her Nurses – a selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital 1ª edição. London (UK): Macmillan & Co., Limited: 1915. Prefácio de Rosalind Nash).

OLIVEIRA, L. F. D. **Saberes e práticas das enfermeiras sobre o corpo do cliente ostomizado**. Orientadora: Isaura Setenta Porto. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PARSONS, E. A Enfermagem Moderna no Brasil. **Escola Anna Nery – Rev. de Enf.**, Ano I, n. esp. de lançamento, p. 10-24, julho, 1997.

PINTO, F. E. M. A dimensão afetiva do sujeito psicológico: algumas definições e principais características. **Revista de Educação**, v.10, n.10, p.9-15. 2007

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUILICI, M. L. **O Coração**. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=68> Arquivo consultado em 02 nov. 2011.

RODOLPHO, A. L. Rituais, ritos de passagem e de iniciação: uma revisão da bibliografia antropológica. **Estudos Teológicos**, v.44, n.2, p.138-146, 2004.

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1979.

_____. **O tabu da morte**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. (2ª reimpressão: 2008).

SANTOS V. L. C. G.; CESARETTI, I. U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SCHERER Z.A.P.; SCHERER E. A.; CARVALHO, A. M. P. **Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão**, Rev Latino Americana de Enfermagem v. 2, n. 14, p. 285-291, mar. / abr. 2006.

SEYMER, L. R. **Florence Nightingale** – pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina. São Paulo (SP): Melhoramentos, [s.d.].

SILVA, A. L. P.; SOARES, D. H. P. A orientação profissional como rito preliminar de passagem: sua importância clínica. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, p. 115-121, jul-dez, 2001.

SOUSA, L. S. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHIER, JHM et ali (Org.). **Pesquisa em enfermagem**. Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

STELZER, L. A propriedade do som [s.d.]. Disponível em: <http://luisstelzer.sites.uol.com.br/som.html>. Arquivo consultado em 02 nov. 2011.

STEWART, I. M. **Programa educativo de escolas de enfermagem**. (Tradução para o português da edição original de 1934, publicada em Genebra: ICN – Conselho Internacional de Enfermeiras). Brasil: Divisão de Enfermagem do Serviço Especial de Saúde Pública, 1945.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P. **Fundamentals of Nursing** – The art and science of nursing care. Philadelphia – USA: J.B.Lippincott Company, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 4.^a ed. São Paulo: Atlas, 1994.

ULMANN, R. A. **Antropologia: O Homem e a Cultura**. Petrópolis: Vozes, 1991.

Van GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 2011.

VÁZQUEZ, A. S. **Convite à estética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999 a.

_____ **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999 b.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano – o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra – Luzzatto, 1998.

WALDOW, V. R. A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M. J. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

WEIL, P. Prefácio. In: CREMA, R. **Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma**. SP: Summus, 1993. P 11-13.

WOSNY, A. M. **A estética dos odores: o sentido do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar**. Florianópolis: Série Tese de Enfermagem n.36 – Enfermagem/PEN/UFSC, 2002.

ANEXO 1

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---

Protocolo nº 083/2010

Título do Projeto: INTERDIÇÕES AO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES E SUPERAÇÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO

Pesquisadora Responsável: Lillian Felipe Duarte de Oliveira

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP 18/8/2010

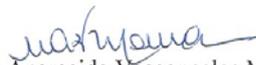
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 28 de setembro de 2010.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar **O RELATÓRIO DA PESQUISA DAQUI A 01 (HUM) ANO E/OU AO TÉRMINO DA MESMA, EM CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2010.



Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Por meio deste Termo, convidamos você a participar da pesquisa **intitulada: INTERDIÇÕES AO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES E SUPERAÇÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO** que tem como **objetivos**: a) identificar os códigos emergentes das percepções sensoriais dos estudantes de enfermagem durante o cuidado prestado ao cliente; b) descrever as atitudes e os comportamentos dos estudantes relativos às interdições do corpo do outro durante o cuidado, e c) analisar como a identificação das percepções emergentes da experiência prática pode subsidiar a aprendizagem sobre as interdições do corpo durante o cuidado.

Esta investigação, de cunho qualitativo, terá duração de três anos, com o término previsto para julho de 2012, e será desenvolvida em três etapas distintas. Na primeira delas haverá duas atividades: 1ª Atividade – Projeção de imagens, aplicação de Escala Análoga Visual; 2ª atividade – Adaptação da técnica de vivência dos sentidos sociocomunicantes do corpo, com projeção de imagens, uso de fichas e interpretação dos significados pelos estudantes. Na segunda etapa, será entregue aos estudantes a fotocópia do material produzido por eles no primeiro encontro para que interpretem aquilo que registraram no encontro anterior. Na terceira etapa, utilizaremos como estratégia, a entrevista gravada com roteiro semi-estruturado, com posterior confirmação dos dados e validação dos mesmos pelos próprios estudantes.

Sua participação é **voluntária** e consistirá em participar das dinâmicas e responder às perguntas a serem realizadas sob a forma entrevista gravada. A entrevista será gravada em fita magnética ou registro digital para posterior transcrição para o papel – que será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período. A qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Curso do qual faz parte.

A sua privacidade será assegurada, pois suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial** e em nenhum momento será divulgado o seu nome. Quando for

necessário exemplificar determinada situação, seu nome será substituído por pseudônimo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Participar desta pesquisa não implica em **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de promover a consolidação do conhecimento científico na área de enfermagem hospitalar.

Para a retirada de dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação, deste termo constam o numero de telefone celular e o endereço eletrônico dos pesquisadores responsáveis. Após a assinatura dos responsáveis e a sua, será dado a você uma cópia, que deverá ser guardada ate o final da pesquisa. agora ou a qualquer momento.

Desde já, agradecemos a sua participação!

Orientadora - Sílvia T. Carvalho de Araújo
Cel.: 87960014
E-mail: stcaraujo@gmail.com

Lilian Felipe Duarte de Oliveira
Cel.: 99595669
E-mail: lilianfelippe@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, de de 2010.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e de que estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em relação ao pesquisador ou ao Curso do qual faço parte.

Sujeito-objeto da Pesquisa: _____

(assinatura)

APÊNDICE C - PROJEÇÃO DE IMAGENS PARA APLICAÇÃO DA EAV

Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3



Imagem 4



Imagem 5



Imagem 6



Imagem 7



Imagem 8



Imagem 9



Imagem 10



**APÊNDICE D – FICHA DA TÉCNICA DE VIVÊNCIAS:
OS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO CORPO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CCS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Escreva as percepções vivenciadas durante o cuidado, por cada sentido do seu corpo

O que vi durante o cuidado ao cliente com secreções e excreções que mais me marcou?



Ao tocar o corpo do cliente com secreções e excreções que sensação tive?



O que ouvi durante a prestação do cuidado ao cliente com secreções e excreções que mais impressionou?



Que cheiro senti durante a prestação do cuidado ao cliente com secreções e excreções que mais me marcou?



Que tipo de gosto/sensação senti/tive na boca durante a prestação do cuidado ao cliente com secreções e excreções?



Que emoções ou sentimentos tive diante desses cuidados ao corpo?



APÊNDICE E - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Este roteiro tem como finalidade coletar dados com estudantes de enfermagem, por meio de entrevista, para a elaboração da Tese de Doutorado intitulada "*Interdições ao corpo no cuidado de enfermagem: percepções e superações de estudantes de graduação*". As informações obtidas serão gravadas magnética ou digitalmente, para posterior transcrição e uso dos dados.

PERGUNTAS:

- 1) Como você reage costumeiramente ao contato visual, olfativo, auditivo e tátil com as suas próprias secreções ou excreções? E em relação às de outras pessoas?
- 2) Após entrada na escola de enfermagem percebeu alguma mudança na forma de reagir à essas situações?
- 3) Fale sobre sua experiência de contato com secreções ou excreções de cliente (quando houver, ou ao longo do curso);
- 4) Durante a prestação de cuidados de enfermagem, são comuns os atos que requerem o contato com secreções ou excreções. Quais delas você acha que mais lhe desagradarão/desagradam? Por que?
- 5) Nem sempre entrar em contato com excreções e secreções para os seus sentidos (olfato, visão, audição, tato) é agradável. Caso sejam desagradáveis, como você acha que irá reagir a (ou se acostumar com) elas?
- 6) Em caso de reações aversivas, que tipo de estratégias utiliza(rá) para que ninguém perceba que você não está se sentindo muito confortável naquela situação?