

CRENÇAS DO PACIENTE COM FERIDA CRÔNICA: UMA ANÁLISE DISCURSIVA¹

BELIEFS OF PATIENTS WITH CHRONIC WOUND: DISCOURSE ANALYSIS

CREENCIAS DEL PACIENTE CON HERIDA CRÓNICA: UN ANÁLISIS DISCURSIVO

Elisângela Cerencovich Monteiro Oliveira²
Kátia Poles³

RESUMO

Considerando as questões histórico-sociais constituintes da linguagem, esta pesquisa objetivou conhecer as crenças presentes no discurso do paciente com ferida crônica. Utilizou-se como referencial teórico deste estudo qualitativo o Interacionismo Simbólico. Oito pessoas forneceram dados, por meio de entrevista semi-estruturada. Os relatos apreendidos, em forma de gravação, foram transcritos em sua íntegra e submetidos à teoria lingüística da Análise de Discurso de linha francesa, referencial metodológico deste trabalho. Dos discursos emergiram as seguintes crenças: estabelecendo limitações físicas, refletindo a própria imagem, alterando hábitos cotidianos, procurando atribuir culpa, descrendo e duvidando do tratamento e/ou cura e buscando adaptar-se: rejeitar versus resignar. Entre outras implicações para a enfermagem, destacamos a composição de modelos assistenciais focalizando as crenças do paciente, de forma a habilitar o profissional de saúde a compreendê-las por meio da interação dialógica com o paciente, dispondo de recursos mais eficazes durante o processo de tratamento.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Assistência Centrada no Paciente; Cicatrização de Feridas

ABSTRACT

This study intended to get to know the current beliefs in the discourse of patients with chronic wounds, considering the historical and social issues that make up language. The theoretical reference used in this qualitative study was symbolic interactionism. Eight people provided data through a semi-structured interview. The narratives collected by recordings were transcribed fully and submitted to the linguistic theory of discourse analysis of the French school, which was chosen for this work. The following beliefs emerged from the discourses: establishing physical limits, reflecting their own image, altering daily habits, seeking to attribute guilt, describing and doubting the treatment and/or healing and seeking to adapt: rejection versus resignation. Among other implications for nursing, we highlight the composition of care models focusing on the beliefs of the patient so as to enable the health worker to understand them through dialogue with the patient and having more effective resources during treatment.

Key words: Nursing Care; Patient- Centered Care; Wound Healing

RESUMEN

Considerando las cuestiones sociohistóricas que constituyen el lenguaje, esta investigación se propuso conocer las creencias implícitas en el discurso de pacientes con heridas crónicas. Como referente teórico de este estudio cualitativo se utilizó el Interacionismo Simbólico. Ocho personas dieron informaciones mediante entrevistas semiestructuradas. Los relatos fueron grabados, transcritos integralmente y sometidos a la teoría lingüística del Análisis del Discurso de línea francesa, referencia metodológica de este trabajo. Del discurso se obtienen las siguientes creencias: estableciendo limitaciones físicas, reflejando la propia imagen, alterando costumbres cotidianas, buscando atribuir culpa, dudando del tratamiento y/o de la cura y buscando adaptarse: rechazar versus resignarse. Destacamos algunas implicaciones para la enfermería: la concepción de modelos asistenciales que tengan en cuenta las creencias del paciente a fin de que el profesional de salud esté preparado para entenderlas mediante la interacción dialógica con el paciente y que disponga de recursos más eficaces durante el proceso de tratamiento.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Atención Dirigida al Paciente; Cicatrización de Heridas

¹ Pesquisa desenvolvida no Programa de Iniciação Científica e Prática Profissional (PICPP) do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS.

² Acadêmica do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS. E-mail: cerencovich_elisangela@yahoo.it

³ Enfermeira. Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS. E-mail: kpoles@unilavras.edu.br

Endereço para correspondência: Jair Guaraci, 1015, Centenário. Lavras Minas Gerais. CEP 372000-000.

INTRODUÇÃO

No exercício de um estágio extracurricular foram observados diversos tipos de feridas e as fases do processo de cicatrização. As formas de expressão, os gestos, as histórias e as queixas narradas pelos portadores de ferida crônica despertaram-nos interesse.

Durante os momentos de interação com os pacientes, pôde-se captar que suas inquietações ultrapassavam os limites da dor. Observamos que o paciente com ferida crônica “*além das dores que sente, está triste, desanimado, irritado...*”.⁽¹⁾

Diante dessa constatação, pudemos entrever que a experiência do portador de ferida crônica não se restringe à existência de uma ferida cuja cicatrização é demorada. Mas, dessa vivência emergem múltiplas situações que devem ser consideradas importantes para o desenvolvimento do plano de cuidados dessa pessoa.

Com intuito de compreender e interpretar o ser com ferida crônica, atribuir significados às suas ações, aos dizeres, às manifestações e aos comportamentos, optamos por conhecer as crenças desses pacientes. E, para atingirmos tal finalidade, recorreremos aos estudos lingüísticos, procurando observar os movimentos dos sentidos na linguagem do paciente, o qual se constitui em sujeito pela e na linguagem.⁽²⁾

As crenças são inferências feitas pelas pessoas a respeito das coisas, do eu, de outrem, enfim, do mundo. Por estas razões, as crenças não podem ser diretamente observadas, mas podem ser inferidas da melhor forma possível de todas as coisas que o crente diz ou faz. Os termos crenças e crente nesta pesquisa não sugerem necessariamente concepções religiosas ou espirituais, antes, como já definidos apontam para inferências feitas por um observador sobre suas ideologias acerca do mundo, das coisas, da vida, de outrem, etc.⁽³⁾

Mencionamos também que as crenças são as lentes através das quais vemos o mundo, são as bases do nosso comportamento e a essência do nosso afeto. São formadas e substancialmente modificadas pelas interações com outras pessoas, de acordo com o contexto e o ambiente no qual se vive.⁽⁴⁾ E é por meio da linguagem que as interações sociais são articuladas e organizadas.

As crenças são também determinantes do comportamento manifesto pelos pacientes com relação ao tratamento, às perspectivas, aos anseios e temores. As crenças são colaborativas para uma ação terapêutica eficaz ou ineficaz. São instrumentos que ajudam a compreender os interesses do paciente e, a partir daí, implementar uma assistência direcionada a suprir as necessidades individuais mediante uma visão holística.

No âmbito da enfermagem, conhecer as crenças acumuladas pelos pacientes é imprescindível para direcionar o cuidado. Essa compreensão possibilita ainda empregar um plano de cuidados eficiente e fornece subsídios para avaliar e reavaliar as estratégias utilizadas na assistência prestada. Em uma recente pesquisa da literatura nacional⁽⁵⁾, encontrou-se que as crenças podem ser boas ou más para a saúde de uma pessoa. As crenças podem facilitar ou desencorajar a atitude do paciente, e assim dificultar a solução do problema.

A conduta dos profissionais de saúde também reflete suas crenças pessoais e profissionais sobre a doença. Assim, levam para a prática clínica suas próprias crenças, as quais influenciam suas visões, avaliações e, sobretudo o cuidado com o paciente.⁽⁶⁾ Quando o enfermeiro mantém uma atitude negativa em relação à doença do paciente, os valores depositados nessa pessoa podem estar em um plano inferior. Logo, o enfermeiro é capaz de providenciar cuidados físicos, mas não emocionais.⁽⁷⁾

A presente pesquisa justifica-se em face da escassez de estudos a respeito das crenças do paciente com ferida crônica, tornando necessário aprofundar o conhecimento nessa área, visto o papel da crença e sua importância no processo de tratamento. Desse modo, a pesquisa tem o objetivo de **identificar as crenças dos pacientes portadores de ferida crônica** atendidos em um Centro de Saúde do município de Lavras, Minas Gerais.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo, de natureza qualitativa, foi realizado com pessoas portadoras de feridas crônicas que mantinham vínculos com enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde a fim de receberem acompanhamento profissional no tratamento.

Este estudo foi realizado com pacientes atendidos em um Centro de Saúde do município de Lavras, MG, onde o atendimento para realização de curativos é de demanda espontânea. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a outubro de 2004.

Para realizar a pesquisa, passou-se pela etapa de seleção dos sujeitos, que fornecessem inferências a respeito da ferida. Optou-se por eleger indivíduos com feridas crônicas, isto é, condição em que há resposta prolongada ao processo cicatricial, pois assim, acreditávamos haver maior interferência da ferida no cotidiano dessas pessoas.

Dessa forma, houve contato prévio com os participantes para agendar data e horário da entrevista, conforme a disponibilidade do mesmo. Foi considerada melhor opção a visita domiciliar visto que são muitas as dificuldades do paciente com ferida crônica em deslocar-se. Os entrevistados consentiram em realizar a entrevista em seu domicílio. Assim, fizemos uma visita para cada entrevista. A média de duração das entrevistas foi de uma hora sendo realizadas pelas pesquisadoras responsáveis.

Pelas características do método qualitativo de pesquisa, a amostra foi sendo definida pelo grau de saturação teórica das categorias estruturadas. Participaram do estudo oito pessoas.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS. Os participantes, após serem convidados e informados claramente do objetivo e justificativa desta pesquisa, assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formalizando sua participação no estudo.

As entrevistas se desenvolveram a partir de cinco questões norteadoras: *Como o(a) senhor(a) acredita que surgiu sua ferida? Como é para o(a) senhor(a) conviver com essa ferida? As pessoas que moram com o(a) senhor(a) dizem o quê a respeito da ferida? O(a) senhor(a) poderia me*

contar sobre uma situação difícil que o(a) senhor(a) passou por ter a ferida? O(a) senhor(a) acredita que sua ferida vai “sara” logo?

Dessa forma, coletamos densas narrativas sobre as crenças, as idéias que participam da vida do paciente, as dificuldades, os sentimentos e suas perspectivas quanto ao tratamento.

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas fielmente, respeitando as citações dos sujeitos, a fim de que as informações fossem analisadas de acordo com o que é preconizado pela Análise do Discurso.

Referencial Teórico-Methodológico

Pelos trabalhos de George Herbert Mead surge o Interacionismo Simbólico, mas foi seu seguidor, Herbert Blumer, que idealizou conceitos organizando suas premissas básicas. Esta teoria estuda o comportamento humano e procura compreender a maneira como as pessoas definem eventos ou a realidade e o modo como se comportam em relação às suas crenças.⁽⁸⁻⁹⁾

Portanto, elegeu-se como referencial teórico deste estudo o Interacionismo Simbólico. A postura do paciente com ferida crônica diante do processo de tratamento apresenta-se conforme os significados que, em diálogos consigo mesmo e com os outros, atribui à ferida. Como já visto, esses significados, por sua vez, são derivados das crenças construídas ao longo da vida.

Para orientação metodológica, selecionou-se a Análise do Discurso, por tratar-se de uma teoria lingüística de linha francesa que vê o texto sempre mantendo uma relação entre o seu enunciador e sua experiência de vida (sua história) e, conseqüentemente, suas crenças.⁽¹⁰⁾

A análise de discurso não trata da língua, nem da gramática, embora todas as coisas lhe interessem. Ela trata do discurso, que, etimologicamente, tem em si a idéia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é palavra em movimento, prática da linguagem e através de seu estudo observa-se o homem falando.⁽¹¹⁾ Lembra ainda Orlandi⁽¹¹⁾ que “*toda palavra é sempre parte de um discurso. E todo discurso se delinea na relação com outros dizeres presentes e dizeres que se alojam na memória*”.

Os enunciados são compreendidos como uma retomada do memorizado, isto é, como a cristalização de lembranças de um *já-dito* histórico-social. Serão apresentadas nestas análises as possibilidades de sentidos que apontem para as crenças que entremeiam as palavras (atribuindo-lhes sentidos) participando da vida do paciente. As vozes históricas de um *dito* estão sempre em diálogo com vozes de um *já-dito*, o que quer dizer que nenhuma voz está dissociada da história, da memória ou do contexto porque afinal:

[...], não são palavras o que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis, etc. A palavra está sempre carregada de um conteúdo ideológico ou vivencial. É assim que compreendemos as palavras e somente reagimos àquelas que despertam em nós ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida.⁽¹²⁾

RESULTADOS

Oito pessoas do sexo feminino participaram do estudo. A idade variou entre 52 e 90 anos. Cinquenta por cento eram casadas. Predominaram feridas de origem vasculogênicas com tempo mínimo de surgimento igual a um ano.

A análise minuciosa dos discursos permitiu a identificação das crenças do paciente portador de ferida crônica. Os resultados obtidos através da análise das entrevistas permitiram a apreensão de seis temas: **estabelecendo limitações físicas, refletindo a própria imagem, alterando hábitos cotidianos, procurando atribuir culpa, descrendo e duvidando do tratamento e/ou da cura e buscando adaptar-se: rejeitar ou resignar-se.**

O portador de feridas, a um olhar despercebido, é apenas uma pessoa que está com ferida(s) e sai de sua casa em busca da realização do curativo ou, simplesmente, recorre a uma troca de cobertura.

Na verdade, a ferida crônica é um processo complexo e patológico que causa alterações biológicas, emocionais, físicas, cotidianas, sociais entre outras, impondo severas limitações e necessidades peculiares à vida da pessoa.

Inicialmente, selecionamos fragmentos do material agrupando-os de acordo com a semelhança dos relatos dos entrevistados, e, a partir desses recortes, evidenciaram-se as crenças. As idéias preeminentes identificadas no discurso do portador de ferida crônica estão dispostas em forma de tópicos destacados em negrito. Para preservar o anonimato dos participantes, os recortes extraídos das entrevistas estão em itálico identificados no final pela letra E (Entrevistado) seguidos pelo número de ordem da entrevista.

A seguir, os temas serão descritos contendo sua respectiva explicação. Para ilustração dos significados serão apresentados trechos das entrevistas.

Estabelecendo limitações físicas

Percebe-se através do discurso do paciente que a ferida crônica impõe limitações de ordem física que variam de intensidade porque geralmente estão relacionadas com o tipo de ferida e sua localização, tempo de existência da lesão, além de outros fatores. Essas limitações impostas geram mudanças nas atividades realizadas pela pessoa. A interferência abrange todos os aspectos físicos possíveis, como andar, tomar banho, trabalhar, viajar e dormir. As limitações físicas tornam-se grandes empecilhos para manter o tratamento da ferida em um serviço especializado, devido à dificuldade que o paciente tem em deslocar-se:

“Eu comecei a fazer o tratamento outra vez em casa porque era difícil a gente lutar pra baixo e pra cima, sair de casa”. E1

“Eu deixei de trabalhar. Eu trabalhava fora. Tive que parar por causa da ferida. Não tem condição de trabalhar, de jeito nenhum, nem em casa mesmo”. E5

A dor é o sintoma predominante na enunciação dos pacientes, os quais atribuem a ela um dos maiores desconfortos físicos que interferem nas ações cotidianas.

Por tratar-se de uma característica subjetiva, individual, a dor deve ser devidamente avaliada, diagnosticada e tratada. Ressalta-se também que o paciente com ferida crônica sofre uma dor de caráter físico e emocional. Em um estudo⁽¹³⁾ sobre a experiência de conviver com a dor foi mostrado que, infelizmente, existe talvez despreparo por parte dos profissionais de saúde com relação à dor, visto que o doente é considerado como queixoso e impaciente.

É horrível quem tem ferida. Você não dorme, não come, é dor dia e noite. Você está dormindo e acorda com dor. Levanta, faz curativo naquilo, volta outra vez, deita... E1

E pra dormir eu ponho o pé no chão, fora da cama. Não tem jeito. Tem que ficar com o pé no chão. Mas de todo jeito dói... E5

Os verbos são as ações das frases, das falas, dos textos. Nada se diz fazer sem usar o verbo. O infinitivo é uma marca lingüística por demais importante haja vista sua posição neutra, nem presente, nem passado, nem futuro, o sujeito paciente está sempre usando os verbos para se remeter ao que foi, ao que podia fazer e ao que não pode mais. Observe-se a relação positiva entre os verbos dos pacientes: **sair de casa**, **parar de trabalhar**, **dificuldade para andar**. Não deve haver nada mais desejável, para um paciente com ferida crônica, do que voltar à vida normal. Esses verbos apontam não apenas para um desejo pessoal, mas para uma necessidade física, social e, por vezes, de efeito moral sobre si mesmo: **sair** de casa, **trabalhar** normalmente e **andar** sem dificuldades. No discurso interior, o sujeito em diálogo consigo mesmo, aponta para o infinitivo, a interdição do presente e a falta de esperança para com o futuro, como apresentado em discussões posteriores.

Refletindo a própria imagem

Convém, nesta categoria, analisar o aspecto emocional do portador de ferida crônica. A auto-avaliação é uma característica presente na experiência do ser humano. Referir-se à auto-imagem é uma forma encontrada pelo paciente de exprimir suas angústias e expectativas emocionais geradas a partir da ferida. Ele nota, vê, capta pelos sentidos, ouve dizeres de outrem sobre a ferida. A partir das descrições dele e da dos outros, o paciente elabora a própria imagem.

A ferida perturba a imagem corporal e emocional da pessoa. Comumente as lesões são descritas como algo peculiar, um símbolo de vergonha, de feiúra, de sujidade, algo que desperta a curiosidade dos outros, algo repugnante.

Os recortes a seguir ajudam a compreender como o portador de ferida crônica se importa com a própria imagem:

A gente não pode calçar direito. O tamanquinho que eu estou usando está até com um buraquinho do lado, mas tem que usar assim mesmo porque não dá para usar outro. (...) Os outros viam a ferida e falavam: - nossa senhora, que coisa medonha! Que buraco grande. E3

Eu tenho uma irmã que não olha pra ferida porque não agüenta ver. Ela sai de perto quando eu vou fazer curativo. (...) O mau cheiro que dá... é isso que acaba comigo. E5

Eu fico com vergonha de sair na rua porque tem que estar com as pernas enfaixadas. As pessoas ficam reparando... então, eu evito sair. E7

Do infinitivo para o presente os verbos passam a apresentar diálogos internos nada apreciáveis da auto-imagem do paciente. “A gente não **pode** calçar direito/ o tamanquinho que **estou** usando **está** até com um buraquinho do lado”. “Eu tenho uma irmã que não **olha** pra ferida porque não **agüenta** ver/ o mau cheiro que **dá** ...é isso que **acaba** comigo”. Os verbos no presente apontam para a realidade discursiva. É o tamanquinho que não pode ser calçado, como devia ou poderia ser, caso não estivesse com a ferida, os seus próprios familiares que não suportam ver o estado da ferida e sua própria imagem é desgastada diante de si mesmo quando discussões dialógicas se estabelecem no presente.

O discurso é essa imagem que se apresenta e se representa através de lugares. Fala-se em lugar de pai, de mãe, de filho, de esposo, de sogro, de médico, de enfermeiro, de paciente. E como o discurso é um lugar de conflitos dialógicos, entre mim e o outro, sempre representamos ser alguém para o outro e o outro conseqüentemente alguém para nós. Dessa forma, o interdiscurso com as vozes de outros torna o paciente portador de ferida crônica incorporador de uma imagem desfavorecida e que, pela voz do outro, acaba por se rejeitar.

Tome-se como exemplo a voz silenciada⁽¹⁴⁾ da irmã da paciente que não olha para a ferida porque não agüenta ver. Essa é uma voz da figura de si mesmo, memorizada e assumida pelo portador de feridas, que acaba assumindo esse lugar discursivo de doente, de incômodo e inábil.

Alterando hábitos cotidianos

O portador de ferida crônica, em primeira instância, depara-se com diversas situações novas no seu dia-a-dia. Em termos gerais, uma ferida pode acrescentar à vida de uma pessoa rotinas, como o recorrer diariamente às instituições e profissionais de saúde, enfrentar filas à espera de substituir o curativo, enfrentar dificuldades em deslocar-se, lutar contra a dor, vivenciar o medo de complicações e a ameaça constante de novos traumas, viver com uma parte do corpo constantemente envolta em uma atadura.

Tais situações podem expor o paciente a uma fragilidade ainda maior, visto que nem sempre as ações realizadas em prol da cura a desencadeiam, pois esta depende de diversos fatores. Por vezes esses novos hábitos causam o desânimo, a cristalização de discursos interiorizados que interferem na recuperação causando a descrença na cura, a interrupção do tratamento, mudanças constantes da terapia tópica e vicissitudes, como confirmam os trechos a seguir:

Eu lavei minha perna com permanganato porque falaram que era bom, mas queimou tudo! Quando

eu tirei a perna de dentro do balde, a pele saiu. Ai eu entrei em pânico. (...) Minha ferida tem quarenta anos: fechando, abrindo; fechando, abrindo; fechando abrindo. E1

Eu vivo com essa perna amarrada... com curativo de ferida; faço curativo, cura hoje, cura amanhã; cura hoje, cura amanhã. A gente cansa, né? É ruim... E1

Para além dos infinitivos verbais, que se apresentam como interdição, ruptura com o passado, os verbos no presente apontam não só para a auto-imagem, como visto anteriormente, mas também para memorização dessa auto-imagem negativa através de hábitos não comuns a pessoas sem ferida.

O discurso do paciente é sempre a cristalização de um diálogo de si mesmo com o seu passado e com os que o cercam. Os diversos discursos memorizados se apresentam de forma inadvertida ao paciente e com marcas discursivas contendo inúmeros caminhos de sentidos.

Os novos hábitos e a luta pela recuperação apresentam-se discursivamente em forma de antítese: *Minha ferida tem quarenta anos: fechando, abrindo; fechando, abrindo; fechando abrindo; faço curativo, cura hoje, cura amanhã; cura hoje, cura amanhã. A gente cansa, né?* A voz da auto-afirmação é uma luta entre abrir e fechar a ferida; entre a esperança de recuperação que se situa no tempo **hoje/amanhã**. Essa é a voz de uma rotina que dura quarenta anos para a paciente.

Procurando atribuir culpa

Retomar a história da ferida e relembrar o que aconteceu para que ela surgisse traduz uma das responsabilidades que a pessoa mantém com a ferida. É como se houvesse uma linha divisória: o antes (não ter a ferida) e o depois (surgimento da ferida e suas implicações). Uma determinada ação executada pela pessoa interpõe-se entre o período anterior e o posterior à ferida. Logo, culpa-se colocando alguma intervenção própria como desencadeadora da lesão. Lamenta ter feito algo que, conforme sua crença, ocasionou o processo patológico e todo sofrimento envolvido.

Destaca-se que culpar-se, neste caso, constituiu situação relevante por ser também uma forma de encontrar uma razão causadora da ferida, isto é, “aconteceu porque eu fiz isto” ou “piorou porque fiz isto”. Observe os recortes a seguir:

Começou arder naquele local. No outro dia já amanheceu bem vermelho. Ainda tem um outro porém que eu fiz: a espinha ficou com a pontinha amarela e eu fui e passei a agulha. Dali em diante surgiu a ferida e estou com ela até hoje, esse sofrimento. E1

A gente não pode é coçar e eu acho que eu cocei, sabe? Entendeu como é que foi? E2

O doutor falou pra mim que eu não podia parar de tomar o remédio. Ai eu parei, não tomei.. E3

O pensamento comum de que nada ocorre, nada acontece sem uma razão ou causa, o sujeito é não apenas o discurso de uma imagem afetada pelo contexto social,

como também imagina ser ele mesmo o causador de sua enfermidade. Nesse caso, o pronome da primeira pessoa do singular ganha espaço e relevância no discurso, passando a ser o eu o causador do discurso fundador: estou assim porque fiz isso. Enquanto para um paciente ele é o próprio causador da ferida, para outro, ele não tem certeza de haver sido ele mesmo o causador da enfermidade, pois afirma: “A gente não pode é coçar e **eu acho que eu cocei, sabe?**” O entrevistado 3 apresenta-se como desobediente diante do discurso do médico, que sustenta o discurso de detentor do saber.

A condição do *outro*, na voz dos familiares e especialmente dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, interfere na visão do eu, isto é, a compreensão que o paciente constrói de si, de sua condição e culpabilidade. O passado, negligente ou não, pertence a uma ciência chamada história.

Descrendo e duvidando do tratamento e da cura

Uma das crenças predominantes no discurso do portador de ferida crônica está relacionada com o processo de tratamento. A idéia de que a cura da ferida não aconteça permeia constantemente as crenças do paciente. Essa dúvida ou descrença na cura está fortemente ligada ao tempo de permanência da ferida, assim como aos métodos e tentativas terapêuticas aplicadas para alcançar o maior desejo desse sofredor: a cura da ferida.

Muitas vezes, o paciente não compreende, ou não é informado por parte dos profissionais que o curativo em si, ou os produtos tópicos utilizados no tratamento da lesão, não curam a ferida. Essa é uma evidência de que há necessidade de se planejar melhor a assistência ao portador de ferida crônica, incluindo orientações sobre todo o processo de cicatrização bem como dirimir eventuais dúvidas que o paciente venha a apresentar. Desorientado, desanimado, irritado e, por vezes revoltado, ele manifesta sua descrença e dúvidas quanto ao tratamento:

A ferida melhora, mas sarar pra nunca mais voltar, isso não vai acontecer não. Eu não acredito que ela vai sarar assim por completo não. A minha confiança manda pra mim que eu não vou ficar boa por completo. E1

Às vezes eu falo: - acho que morrer é melhor! A gente trata da perna mais não adianta nada. E6

O homem deseja viver. Não é natural que um homem mental e fisicamente saudável prenuncie sua morte ou deseje que ela chegue, a não ser que em sua análise subjetiva o problema se afigure sem solução, sem saída. Se as palavras são carregadas, ou melhor, constituídas de história, nenhum sentido interpretativo se pode dar a uma afirmação como esta: “*acho que morrer é melhor!*” a não ser a de que esta é uma visão de mundo construída por palavras, isto é, por diálogos incessantes. São muitas vozes de recalçamento, de desconforto, de mudanças, de hábitos cotidianos na contra-mão, de uma auto-imagem arruinada, de uma voz silenciada, de um lugar ocultado por limitações físicas e de uma consciência culpada e sujeita

às suas condições.

A voz subjetiva do paciente em diálogo, consigo mesmo, incomoda a esperança de recuperação: “*A minha confiança manda pra mim que eu não vou ficar boa por completo*” e demonstra inquietação com o sentimento da impossibilidade pregada pelo tempo, pela interdição discursiva, pela antítese melhora/piora. O ser *confiança* cede espaço discursivo ao ser cujas vozes, repetidas e memorizadas ao longo da história, acabam assujeitando-o ao dizer.

Observa-se que o sujeito é sempre sujeito do dizer e assujeitado ao dizer, que se constitui ideologicamente. O sujeito pode ser considerado como o lugar de produção da significação da linguagem.⁽¹⁵⁾

Buscando adaptar-se: rejeitar ou resignar-se

A problemática do portador de ferida, isto é, o cotidiano, o trabalho, as atividades sociais, o tratamento, a auto-imagem, enfim, tudo na vida ou todas as questões que lhe são pertinentes induzem-no a encontrar uma forma de adaptação. Os discursos dos pacientes explicitam duas tentativas antagônicas de adaptação. Elas são apresentadas e apontadas como caminhos através dos quais o paciente busca ajustar-se ou amoldar-se diante das incumbências impostas pela lesão.

Destaca-se nesse ponto a influência das crenças do portador de ferida crônica. Obviamente, a busca por um modelo de adaptação envolve, enfaticamente, todo o conjunto de crenças pessoais. Logo, o paciente delinea a melhor adaptação para si. As inferências do paciente sobre a ferida, sobre a terapia tópica empregada, sobre o tratamento, a percepção da auto-imagem, a influência de outrem, enfim, as crenças dele constroem as bases para escolher uma condição: o paciente rejeita a ferida, demonstrando dificuldades de aceitação, ou depara-se com uma condição de resignação, de conformidade com os sofrimentos impostos pela ferida, ao ponto de atribuí-los ao acaso do destino ou à vontade de Deus.

A seguir são apresentados os recortes ditados pelas crenças dos entrevistados que sugerem a busca de adaptação:

Eu não aceito a ferida na minha perna, sabe? Eu não aceito. Então fica difícil pra mim. Não é possível que eu vou viver com isso a vida inteira, né? Eu já tenho sessenta e seis anos! É difícil, né? Muito difícil. E I

No começo era só curativo pequenininho. Mais aí, cada um tem que passar um pedaço, né? Acho que o meu foi esse: ficar com essa perna desse jeito aí. E4

Pra tomar banho eu ponho um saco de plástico na perna (...) a gente fica nervosa. A gente fica nervosa, né? Mais fazer o quê? Jesus sofreu tanto, a gente também né...E6

A antítese morrer e viver aparece como efeito discursivo das idéias melhora/piora, analisado anteriormente. A morte nos discursos parece um caminho sem volta, por vezes reafirmado como desejado, enquanto a aceitação da ferida parece o caminho de quem quer viver, mesmo ideologicamente consciente de que a lesão não o deixará em paz. O sujeito não se nega à vida, mas é sujeito da história. Enquanto sujeito é incompleto e em sua incompletude

assume diferentes estatutos que se cristalizam através de seu discurso. Ora afirmando o que jamais gostaria de dizer, ora negando pra si mesmo a situação em que se encontra.

O conforto discursivo inclui o discurso religioso como ponto de apoio e suavização da desesperança. “*Tenho que viver assim como Deus quer*”. “*Jesus sofreu tanto, a gente também*”.

DISCUSSÃO

Neste trabalho, são apresentadas as crenças presentes no discurso do paciente portador de ferida crônica. Evidenciamos que a partir delas, o paciente constrói sua visão do mundo e das circunstâncias às quais está submetido. Assim, entendemos que a compreensão das crenças do paciente possibilita identificar fatores que interferem na adesão ou na relutância do paciente durante o processo de tratamento.

Sob a luz do Interacionismo Simbólico pudemos identificar a maneira pela qual o portador de ferida crônica interage com o seu cotidiano, com as suas dificuldades e, também, com as limitações físicas, emocionais e sociais advindas dessa circunstância crônica. As premissas do Interacionismo Simbólico mostram que o significado atribuído à ferida pelo paciente pode ser modificado por meio da interação profissional-paciente durante o processo de tratamento. Dessa forma, os significados emergem da interação do paciente com o meio social no qual estabelece suas relações. Eles são derivados das experiências, dos valores, das crenças e das interações sociais com outras pessoas. Como as possibilidades de interação humana não culminam em um sistema fechado, recorremos à faculdade humana das interações, isto é, à linguagem para análise dos resultados.

Estudos sobre enfermagem e dialogismo, envolvendo a teoria de Análise do Discurso, sugerem que as interações dialógicas são fundamentais ao considerar as narrativas na enfermagem, os discursos dos pacientes e a comunicação. E é por meio da interação dialógica que o paciente é apresentado ao enfermeiro e, a partir daí, torna-se possível devolver, responder ou interagir através de um cuidado apropriado.⁽¹⁶⁾

Durante a interação dialógica com o paciente portador de ferida crônica percebemos que ele é afligido por limitações físicas que o impedem de seguir seu curso normal de vida, como sair de casa, trabalhar, participar de atividades sociais entre outras. O paciente olha para si e percebe que, por ter limitações físicas, sua condição torna-se socialmente inadequada. Isso produz insatisfação pessoal e, então, ele parte para as reflexões sobre a própria imagem. As limitações físicas e as emocionais obrigam o paciente a alterar seus hábitos cotidianos e a estabelecer rotinas diferentes em sua vida, como, por exemplo, realizar a troca de curativo diariamente. O sentimento de culpa surge no discurso como uma necessidade de justificar o aparecimento da lesão, então, ele julga-se culpado. A inconstância entre melhora e piora da ferida é um fator que incentiva a descrença no tratamento e até mesmo na cura. Mais do que em outras circunstâncias o paciente que descrê na cura sente-se muito desanimado

para prosseguir o tratamento. Por fim, o paciente busca um caminho para adaptação: a rejeição da ferida e de sua condição (demonstrando muita dificuldade em aceitá-la) ou a conformidade com a situação enxergando-a como sendo o desígnio de Deus ou do destino.

Assim como sugere o Interacionismo Simbólico e a Análise do Discurso, propomos uma abordagem interativa com o paciente portador de ferida crônica, envolvendo a linguagem, o discurso e a criação de significados. Ambas as teorias buscam compreender e valorizar as interações humanas, além de estabelecerem que estas podem ser significadas e interpretadas a partir da experiência de vida de cada um. É através da interação que a realidade é construída, reconstruída e considerada. Obviamente, Bakhtin, um dos proeminentes precursores no pensamento da linguagem como discurso, nunca leu nenhuma teoria de enfermagem, mas seu amplo e aplicável senso de dialogismo sugere a linguagem como um processo chave na humanização.⁽¹⁶⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a compressão do sistema de crenças do portador de ferida crônica, explicitado através da linguagem, possibilitando a reflexão sobre um plano de cuidados dirigido para as necessidades individuais de cada paciente. Através dos discursos, constatamos que o domínio dos conhecimentos acerca da fisiopatologia da ferida e do processo cicatricial é insuficiente para direcionar a assistência, de forma a atender às necessidades que vão além das demandas físicas do paciente. Entender o significado que o indivíduo atribui ao seu problema de saúde, bem como as crenças que norteiam suas escolhas relacionadas ao tratamento pode contribuir para a adequação do que é possível oferecer ao paciente em relação ao que ele espera do cuidado.

Acreditamos que o estudo possui limitações, pois a população estudada tem peculiaridades decorrentes de seu nível socioeconômico, bem como do acesso a determinado serviço de saúde. Outros estudos poderão ampliar nossos achados, ao estudar a temática em diferentes contextos e situações.

AGRADECIMENTOS

Elisângela agradece ao Professor Josemar, co-orientador desta pesquisa, pelo braço amigo de todas as etapas deste trabalho e à Professora Kátia, orientadora deste estudo; Respeitosamente expressei minha gratidão e afeto: *“Bem-aventurados os que a si mesmos se estatuarão em atos memoráveis, e, sem deixarem os seus retratos à posteridade, esquecida ou desdenhada, vivem a sua vida póstuma desinteressadamente, pelos benefícios que lhe herdaram”* (Rui Barbosa).

REFERÊNCIAS

1. Jorge SA. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p.13.
2. Orlandi EP. Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Pontes; 2001.
3. Rokeach M. Crenças, atitudes e valores. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.
4. Wright LM, Watson WL, Bell JM. Beliefs: the heart of the healing in families and illness. New York: Basic Books; 1996.
5. Rossato-Abéde LM, Ângelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. Rev Latino-Am Enf 2002; 10(1): 48-54.
6. Pauli C, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev Latino-Am Enf 2003; 11(3):280-6.
7. Box V, Anderson Y. Cancer beliefs, attitudes and preventive behaviours of nurses working in the community. Eur J Cancer Care 1997; 6: 192-208.
8. Pedrosa GER. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
9. Haguette C. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1995.
10. Oliveira JM. O sermão do monte em Mateus: uma releitura bakhtiniana [dissertação]. Três Corações (MG): Universidade Vale do Rio Verde UNINCOR; 2004.
11. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios & procedimentos. Campinas: Pontes; 2002. 43p.
12. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec; 2002. 95p.
13. Sanches LM, Boemer MR. O convívio com a dor: um enfoque existencial. Rev Esc Enf USP 2002; 36(4):386-93.
14. Orlandi EP. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. Campinas: Editora Unicamp; 2002.
15. Charaudeau P. Uma teoria dos sujeitos da linguagem. In: Mari H, Machado IL, Mello R, organizadores. Análise do discurso: fundamentos e práticas. Belo Horizonte: Núcleo de Análise de Discurso, FALE/UFMG; 2001.
16. Bowers R, Moore KN. Bakhtin, nursing narratives, and dialogical consciousness. Adv Nurs Sci 1997; 19 (3): 70-7.

Recebido em: 03/08/2005

Aprovado em: 19/11/2006