

O cuidado de enfermagem a idosos com lesões de difícil cicatrização: uma cartografia das relações

Nursing care for elderly people with difficult-healing injuries: a cartography of relationships

Raiana Jacinto de Moura

Graduação em enfermagem; Instituto Federal do Paraná, Palmas, PR, Brasil;
E-mail: raianademoura25@gmail.com; ORCID: 0009-0000-2536-7624

Albimara Hey

Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná — UFPR;
Professora EBTT do Colegiado de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná — IFPR, Palmas, PR, Brasil;
E-mail: albimara.hey@ifpr.edu.br; ORCID: 0000-0003-1836-8252

Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina - UEL.
Docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil;
E-mail: mairuska@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7458-389X

Luiz Gustavo Duarte

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina — UEL.
Professor EBTT do Colegiado de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná — IFPR, Palmas, PR, Brasil;
E-mail: lgduarte@proton.me; ORCID: 0000-0003-3196-5174

Contribuição dos autores: RJM contribuiu com a elaboração do projeto de pesquisa, vivência no campo, processamento e discussão dos resultados e escrita do manuscrito. AH contribuiu com a escrita do manuscrito, análise e revisão crítica do texto. MSSB contribuiu com análise e revisão crítica do texto. LGD contribuiu com a elaboração do projeto de pesquisa, processamento e discussão dos resultados, escrita do manuscrito, análise e revisão crítica do texto. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento:
Próprio.

Recebido em: 05/03/2024

Aprovado em: 16/01/2025

Editor responsável: Stephany
Yolanda Ril

Resumo: Objetivo: O objetivo deste trabalho é cartografar a experiência de uma pesquisadora na prestação de cuidados de enfermagem a duas usuárias idosas portadoras de lesões de difícil cicatrização que diferem muito entre si.

Métodos: Esta pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa como proposta metodológica, construindo suas análises por meio de uma cartografia. A cartografia é uma proposta metodológica que identifica a pesquisadora como parte da pesquisa a ser realizada, não havendo uma separação formal entre o objeto de estudo e o pesquisador. Para a construção deste mapa, a pesquisadora partiu de sua vivência em um ambulatório-escola de lesões de difícil cicatrização, em um município de pequeno porte localizado no sudoeste do Paraná. **Resultados:** Durante a realização dessa cartografia, identificou-se que o serviço contempla de diferentes formas as usuárias foco, o que levou a pesquisadora a optar por incorporar nomes fantasiosos que fazem alusão à forma como o serviço as visualiza. Os termos escolhidos foram "Dona Açúcar" e "Dona Limão". Dona Limão é uma senhora idosa que busca ser ativa em seu tratamento, se impondo e até mesmo contrariando o serviço. Dona Açúcar é uma usuária com plena confiança no cuidado desenvolvido com ela. **Considerações finais:** É importante ressaltar que o tratamento de usuários de todas as faixas etárias deve ser construído e compartilhado em conjunto entre todas as partes. O profissional deve considerar os sentimentos, sentidos, experiências, medos e receios dos pacientes. Hostilizar o paciente meramente por ele desenvolver aquilo que se espera de um "protagonista do cuidado" enquanto foco da terapêutica não deve ser visto como uma conduta apropriada.

Palavras-chave: Cartografia; Idoso; Enfermagem; Humanização da Assistência.

Abstract: Objective: The objective of this study is to map the experience of a researcher in providing nursing care to two elderly patients with difficult-to-heal wounds that differ significantly from each other. **Methods:** This research employs a qualitative approach as its methodological framework, utilizing cartography. Cartography, as a methodological proposal, integrates the researcher into the research process without a formal separation between the object of study and the researcher. The creation of this map stems from the researcher's experience in an outpatient clinic for difficult-to-heal wounds, located in a small town in southwest Paraná. **Results:** During

the execution of this cartography, it was agreed that the service would be considered differently by each user, prompting the researcher to use imaginative names that reflect the visual aspect of the service. The terms “Mrs. Sugar” and “Mrs. Lemon” were chosen. Mrs. Lemon is an elderly woman who actively participates in her treatment, asserting herself and sometimes opposing the service. Mrs. Sugar is a patient who has complete confidence in the care provided to her. **Conclusion:** It is crucial to emphasize that treatment for patients of all age groups must be collaboratively constructed and shared among all parties. Healthcare professionals must consider the feelings, senses, experiences, fears, and preferences of the patients. Hostilizing a patient simply for exhibiting traits expected of a “protagonist of care” should not be considered appropriate conduct in therapeutic settings.

Keywords: Cartography; Aged; Nursing; Humanization of Assistance.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, observamos um crescimento nas doenças crônicas não transmissíveis (DANTs). Essas doenças, que incluem condições como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, afetam pessoas de todas as idades, embora a prevalência seja maior entre os idosos. Este cenário produz um aumento da busca pelos serviços de saúde pelo idoso¹.

Ao ser diagnosticado com DANT, o idoso passa a ter de se adaptar à sua nova condição, acarretando mudança contínua em sua interação com a sociedade e o ambiente à sua volta. Esse processo de reorganização no seu modo de se relacionar com os familiares, casa e comunidade resulta em um aumento gradativo do uso dos serviços de saúde².

Entre as doenças relacionadas ao sistema circulatório, a Insuficiência Venosa Crônica (IVC) assume um importante lugar de atenção do profissional de saúde. Ela é caracterizada pela presença de hipertensão venosa decorrente de deficiência vascular das veias e artérias superficiais e profundas e da obstrução venosa e arterial. Devido ao processo de perda da musculatura da panturrilha consequente do envelhecimento, há o surgimento de lesões de

origem venosa e arterial em membros inferiores, as quais são geralmente tratadas na atenção básica³.

Os idosos com lesões venosas e arteriais enfrentam várias dificuldades cotidianas. Devido às características dessas lesões, eles acabam, muitas vezes, perdendo a sua independência e autonomia de uma forma brusca, resultando em sentimentos de vulnerabilidade, frustração e impotência. Como resultado, eles passam a depender de outras pessoas para tarefas simples que antes realizavam por conta própria, o que contribui para um aumento no sentimento de impotência e baixa autoestima^{4,5}.

O enfermeiro, como profissional que, geralmente, está à frente no processo de cuidado ao usuário idoso, se torna, muitas vezes, o principal responsável por realizar o diagnóstico e tratamento dessas lesões. O relacionamento entre o idoso e o enfermeiro deve se basear principalmente na participação intencional mútua no desenvolvimento do cuidado, capacitando e equipando o idoso sobre seu tratamento, promovendo sua autonomia e respeitando seu direito de escolha e de atuação ativa no processo^{6,7}.

Nesta relação entre o profissional de saúde e o idoso, faz-se necessário que o foco de sua compreensão seja sempre integral, pautado em uma produção de cuidado em saúde, que seja exercida em ato, considerando o contexto no qual tanto o processo de trabalho, quanto o usuário idoso e o profissional estão. Deste modo, considerando tais processos de produção de cuidado, este estudo teve como objetivo cartografar a vivência de uma acadêmica de enfermagem na realização do cuidado de enfermagem a usuários idosos portadoras de lesões de difícil cicatrização em um ambulatório-escola.

METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou como proposta metodológica uma abordagem qualitativa, construindo suas análises por meio de uma cartografia realizada em um ambulatório-escola.

A cartografia é uma proposta metodológica, que se origina da geofilosofia de Deleuze e Guattari, onde os territórios existenciais são constantemente produzidos, compondo-se e decompondo-se conforme suas conexões. Tais conexões são formadas por linhas de desejo que se cruzam nas relações

micropolíticas, ou seja, as linhas de desejo se formam nos encontros entre corpos. Este é o território que o cartógrafo busca mapear: as relações que ocorrem nos encontros, em contextos micropolíticos, onde o mapa produzido não está dissociado daquele que o produz⁸.

São emaranhados de linhas de conexão nas quais o pesquisador não está excluído do processo; é um pesquisador *in-mundo*, que se suja do campo para que, por meio do reconhecimento de sua vivência implicada, possa produzir um mapa significativo com os próprios afetamentos produzidos dos encontros. O chamado pesquisador *in-mundo* é um termo que define a relação entre o pesquisador, o campo e a sua pesquisa, que estão intimamente ligados, de modo que o pesquisador é afetado e se mistura com sua própria pesquisa através da transversalidade desta implicação⁹.

A pesquisa cartográfica considera, então, a interferência como característica fundamental. Nesta atuação concomitante, provocando ruídos de interferência para conhecer o processo no qual se está inserido¹⁰. Diferente de outros métodos de pesquisa, que identificam o pesquisador como um elemento neutro, a cartografia considera essencial a relação entre o pesquisador e sua pesquisa, posicionando-o como um sujeito implicado nesta vivência¹¹.

Os processos, portanto, são vividos. A pesquisa não possui um *a priori* estabelecido do modo tradicional científico pautado em uma hipótese, mas se inicia ao explorar esses territórios, formulando questões e investigações. O método é o encontro; “o resto são ferramentas”¹². Na cartografia construída aqui, partiu-se de um problema, assumindo uma determinada posição para esse problema, para então encontrar uma solução que surge do encontro entre as partes ativas do pesquisador e da pesquisa⁹.

Enquanto mapeador da vivência do pesquisador *in-mundo*, a cartografia possibilita a compreensão dos acontecimentos nos contextos em que ocorrem, tendo como foco a relação entre o sujeito pesquisador e sua pesquisa, conferindo um processo de construção mútua compartilhada. O método cartográfico, deste modo, pode ser entendido como o encontro, na busca de compreender os acontecimentos nos contextos em que ocorrem, valorizando a relação do pesquisador com o campo, permitindo o

acompanhamento de processos e não somente a representação de objetos de pesquisa¹³.

O campo

Para a construção deste mapa, a pesquisadora partiu de uma vivência em um ambulatório-escola de lesões de difícil cicatrização, em um município de pequeno porte localizado no sudoeste do Paraná. O tempo de vivência transcorreu por sete semanas, indo de junho a agosto de 2023.

O espaço do ambulatório-escola está vinculado a um projeto de pesquisa denominado “Feridas Crônicas: Prevalência, Determinantes Sociais E Suscetibilidade Genética”, cujo objetivo é prestar assistência de enfermagem no tratamento especializado a usuários idosos portadores de lesões de difícil cicatrização, considerando fatores como prevalência, determinantes sociais e suscetibilidade genética. A pesquisadora fez parte como bolsista do Programa institucional de bolsas de iniciação em desenvolvimento tecnológico e inovação (Pibiti) CNPq em 2023, proposto pelo Instituto Federal do Paraná (IFPR), numa parceria com o município.

Devido à ausência de um serviço especializado em lesões de difícil cicatrização no município, muitos usuários que vivenciam esse tipo de agravo de saúde não possuem acompanhamento, em função da complexidade de suas condições. Soma-se a isto o atendimento oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devido a sua oferta de serviços e demanda, muitas vezes, não conseguem suprir todas as necessidades desses usuários, levando, eventualmente, a falta de acompanhamento contínuo e ao uso de serviços de urgência e emergência para a troca de curativos, resultando em um serviço congestionado e pouco resolutivo.

O encaminhamento do usuário para o ambulatório parte da UBS e visa atender três critérios de admissão: ser idoso, estar com doenças e/ou condições crônicas e apresentar uma lesão de difícil cicatrização. A admissão de novos usuários no serviço se dá somente mediante alta ou desistência de um usuário. Assim, quando admitido no projeto, o usuário possui dias específicos de atendimento conforme a gravidade e necessidade de assistência. Isto se reflete também no tempo, cronograma e número de atendimentos semanais.

O projeto é responsável por proporcionar aos portadores dessas lesões uma forma de receber um tratamento especializado segundo a sua necessidade, priorizando assim, a recuperação completa e o bem-estar do indivíduo seguramente e com cautela, utilizando de tratamentos seguros e cientificamente comprovados. Os responsáveis por realizar o atendimento no projeto são os docentes e discentes do curso de Enfermagem do IFPR — *campus* Palmas.

Ferramentas cartográficas

Para elaborar esta cartografia, a proposta de organização, registro e processamento das vivências que ocorreram no campo utiliza a concepção de caixa de ferramentas, trazida por Moebus, Merhy e Silva¹⁴ em sua concepção na elaboração de Deleuze¹⁵. Há um pragmatismo na escolha destas ferramentas, que podem ser de cunho teórico ou práticas na execução da pesquisa. Isto é refletido na sua funcionalidade diante do real, ou seja, para uma ferramenta ser adequada, ela deve servir ao contexto em que são utilizadas, não estando dissociada, portanto, da elaboração cartográfica em ato pautada no encontro.

Como ferramentas utilizadas para a elaboração do estudo, estão o Diário Cartográfico (DC) e o processamento do campo.

A pesquisadora adotou como ferramenta de registro da vivência o diário cartográfico (DC). Ele contém anotações e informações acerca dos atendimentos realizados no serviço às usuárias foco da pesquisa. O DC, como um diário de campo, possui anotações significativas acerca de acontecimentos, notas e informações, servindo como alicerce na construção das experiências vividas durante os diversos encontros, contudo, busca permitir uma abertura a diferentes saídas de afetos e sentidos. Esse é um material empírico que contempla multimeios, multilínguas, multivozes e multitempos^{16,17}.

No DC, durante todo o período da pesquisa, foram incluídas anotações e informações sobre as experiências vivenciadas nos atendimentos realizados no serviço. Ao final dos atendimentos era feita a gravação de um resumo dessas experiências. Em seguida, os áudios eram ouvidos e as informações

de maior relevância eram anotadas. As gravações eram realizadas com o celular da própria pesquisadora, não sendo realizadas gravações dos usuários ou entrevistas, contendo somente uma perspectiva pessoal da pesquisadora ao término de cada consulta.

A ferramenta de anotações em um DC foi essencial na análise das relações que afetaram a pesquisadora, sejam entre ela e os usuários, outros alunos e professores, ou com a rede de serviços. Sua utilização possibilitou a construção das relações entre a pesquisadora e sua pesquisa, viabilizando, assim, o mapeamento das relações de efeito e afeto; sentimentos e sentidos que intercalam a construção do cuidado, focando na perspectiva cartográfica proporcionada pela vivência e experiência diária da pesquisadora in-mundo⁹.

Paralelamente, uma vez por semana, era realizado o processamento do campo e das informações contidas no diário, por meio da problematização dos principais acontecimentos e sentimentos vivenciados naquele período¹⁸. Tal atividade era realizada com a pesquisadora que estava em campo, com o orientador, num momento de reflexão e problematização a respeito dos afetos vividos. A circulação de impressões gerava não apenas um processo de orientação, mas também uma autoanálise das relações, afetos, serviço e cuidado, onde a própria relação e a produção de cuidado eram colocadas em análise perante as vivências do campo.

A pesquisa seguiu todos os rigores éticos e recomendações contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer n. 6.544.486 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Paraná.

RESULTADOS

Como o pesquisador que propõe a realização de uma cartografia não apenas está no campo, mas sim, vive ele, seu envolvimento é produzido juntamente com a própria pesquisa. Deste modo, faz-se necessária uma breve exposição sobre a cartógrafa que vivenciou e construiu tal mapa. Ela é uma indígena da etnia Kaingang, residente em uma aldeia no oeste de Santa Catarina, discente do curso de Enfermagem do IFPR campus Palmas-PR desde 2019. Viveu durante toda a sua vida na terra indígena, saindo somente para cursar o ensino superior.

A experiência de vida e indígena possibilitou uma visão mais sensível acerca da formação do vínculo entre o profissional de saúde e os usuários. Isto, pois, de forma geral, os indígenas tendem a serem mais isolados do restante da sociedade, a sua organização sociocultural demanda que as ações de saúde destinadas a essa população partam primeiro da formação do vínculo e compreensão da singularidade cultural onde os mesmos vivenciam os processos de saúde e doença. A efetividade das condutas terapêuticas depende da confiança dos indígenas nos profissionais de saúde e da disposição destes em ouvi-los e reconhecê-los como atores ativos no cuidado¹⁹.

Durante a realização dessa pesquisa cartográfica, embora os atendimentos fossem destinados à troca de curativos, os usuários costumavam se abrir e compartilhar sobre sua rotina, lutas e dificuldades. Essas conversações não tinham um foco clínico específico e começavam com as próprias usuárias problematizando seu tratamento e outros desafios que enfrentavam. Esses momentos eram essenciais para a construção do diário.

No decorrer do tempo, foi percebido que muitos idosos portadores destas condições de saúde não desejavam somente receber um tratamento especializado, mas também desejavam ser ouvidos sobre seu cotidiano, rotinas, medos e incertezas. Isto desafiava a pesquisadora a desenvolver uma conduta que vai além da técnica ali proposta.

Durante a vivência no serviço e o atendimento aos diferentes usuários, a pesquisadora percebeu que os idosos que frequentam o turno da tarde no ambulatório se diferenciavam significativamente. Com alguns, houve uma construção de vínculo mais rápida em comparação a outros, em particular duas idosas que, ao mesmo tempo, em que eram semelhantes, se diferenciavam devido à extrema singularidade de cada uma.

Inicialmente, a abordagem do serviço em relação às duas usuárias era similar. Contudo, ao longo do tempo, um contraste marcante se tornou evidente: apesar de terem os mesmos direitos, a assistência oferecida a cada uma era diferente, o que causou estranhamento à cartógrafa. Considerando as diferentes experiências das usuárias idosas, a pesquisadora decidiu utilizar

nomes fictícios que simbolizam como o serviço as categoriza. Os termos escolhidos foram “Dona Açúcar” e “Dona Limão”.

D. Limão e D. Açúcar frequentavam o ambulatório no mesmo período, o que as leva a eventualmente se cruzarem e interagirem no decorrer dos atendimentos, tanto entre si quanto com os profissionais e alunos presentes no serviço. Ambas também demonstram extremo interesse acerca do seu tratamento. Contudo, as semelhanças costumavam parar por aí, com algumas pessoas utilizando até mesmo o comparativo “da água ao vinho” para definir as diferenças entre ambas.

LIMÃO: A PERSPECTIVA DO CUIDADO A UMA “USUÁRIA DIFÍCIL”

D. Limão, uma senhora de idosa de 73 anos, branca, viúva há quatro anos. É aposentada, trabalhando como balconista e professora por boa parte de sua vida. Foi diagnosticada com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 40 anos e diabetes mellitus (DM) há seis anos. Durante toda a sua vida, teve três gestações, das quais, dois filhos nasceram natimortos devido a complicações relacionadas à pré-eclâmpsia. O filho mais jovem foi adotado e é ele quem realiza boa parte dos cuidados a D. Limão.

Na época da vivência, a usuária apresentava alterações cognitivas que ainda não haviam sido investigadas a fundo. Durante a realização dos atendimentos, D. Limão se mostrava confusa com relação ao tempo e às pessoas, trocando eventualmente os dias da semana e confundindo os profissionais e estagiários que lhe prestam atendimento. Além disso, também demonstrava questões de irritabilidade, atitudes combativas e dias com choros constantes.

Com um histórico de lesões que não foram tratadas de modo eficaz ao longo dos anos, D. Limão é descrente com o atendimento do ambulatório. Ela comparece ao ambulatório todos os dias de funcionamento: segunda, quarta, quinta e sexta-feira. De todos os usuários que estavam sendo atendidos no período de vivência da pesquisadora, ela é a que mais buscava o serviço, considerada a “fiel” de todos que ali são atendidos.

D. Limão apresenta múltiplas lesões arteriais de formato irregular e extremamente dolorosas em ambos os membros inferiores. A primeira lesão

surgiu há aproximadamente seis meses do atendimento inicial e, desde então, impactou diretamente em seu bem-estar. Trata-se de uma lesão de etiologia arterial na extremidade do membro inferior direito, com cerca de 38 cm². A segunda lesão, surgiu há três meses, quando ela já estava realizando o acompanhamento no ambulatório, agravando condições e queixas de dores já existentes. Esta lesão também é de característica arterial, localizada na extremidade da perna esquerda, com cerca de aproximadamente 16 cm².

Devido à etiologia arterial, ambas são extremamente dolorosas e incapacitantes, resultando eventualmente em perda na qualidade de vida de D. Limão. As lesões arteriais costumam ocorrer nos dedos dos pés ou calcâneos, sendo, geralmente, profundas e envolvendo tendões e músculos, com as bordas bem definidas e desenvolvimento rápido e doloroso. A dor é variável e costuma ser sensível ao toque e movimentação em decorrência dos danos na musculatura e tendões. A pele apresenta características lustrosas, fria ao toque e cianose, geralmente, o edema perilesional é quase ausente²⁰. O dano extenso da lesão incapacitou a deambulação de D. Limão, o que a deixou restrita à cadeira de rodas.

Nos atendimentos, D. Limão refere sentir algia intensa nos membros afetados pela lesão, impactando diretamente na sua qualidade do sono e alimentação, sendo uma queixa recorrente. Ansiedade, aflição, irritabilidade e até mesmo agressividade são fatores constantemente presentes durante os atendimentos a essa usuária.

Foi percebido que D. Limão teve uma queda de autoestima muito grande devido ao surgimento dessas lesões. Isto ocorreu devido à incapacidade de realizar ações simples como, por exemplo, abrir a geladeira e pegar alimentos. Essa incapacidade a tornou dependente de outras pessoas para certas atividades, e devido à sua dificuldade em se relacionar com os familiares e cuidadores. Naturalmente, o envelhecimento é um processo marcado pela redução das capacidades funcionais, resultando em diversas limitações tanto físicas quanto psicológicas, interferindo negativamente na realização de atividades diárias e relações sociais⁶.

Com o passar dos anos, os idosos tendem a desenvolver um grau de dependência maior. A perda gradual da funcionalidade reflete-se na incapacidade total ou parcial do idoso em realizar atividades cotidianas, classificadas como atividades básicas de vida diária (ABVD), relacionadas ao autocuidado, e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Ambas geram impacto na vida do idoso em comunidade, entretanto, a diminuição da capacidade funcional desses indivíduos também está relacionada a fatores socioculturais e comportamentais²¹.

Esse sentimento de incapacidade e exclusão, aliado às consecutivas tentativas de tratamentos e acompanhamentos de suas lesões, contribuíram em um comportamento desconfiado de D. Limão, o que eventualmente converteu-se em uma desconfiança com o serviço e os profissionais que prestavam atendimento em saúde. Por vezes, sua personalidade é descrita pelos outros discentes que frequentam o ambulatório como a de uma “paciente difícil” que não contribui com o tratamento, mas que, contraditoriamente, está sempre dentro do serviço.

Ao comunicar-se com os profissionais, D. Limão costuma usar de tom alto, com palavras duras e grosseiras que podem ser até encaradas como desrespeitosas e ofensivas. Por passar por muitos profissionais e serviços e não ter obtido o fechamento das lesões ou mesmo diminuição das dores, ela acaba agindo grosseiramente sempre que alguém dá uma orientação acerca de algum tratamento, conduta, terapêutica ou cuidado que ela não conheça, trazendo à tona suas experiências passadas e constantemente referindo que o seu conhecimento é maior do que o do profissional ou discente acerca do assunto.

No primeiro atendimento, D. Limão permitiu que a cartógrafa trocasse seu curativo. Porém, sempre que via alguém novo, demonstrava insegurança por referir muita sensibilidade na pele perilesional. Isto eventualmente resulta em grande desconforto na hora da realização da troca de curativos.

Durante todo o percurso da cartógrafa e seu atendimento à D. Limão, esta descreveu sentir-se muito solitária desde que seu esposo faleceu e que, somando a isso, considerava-se deprimida, visto que sempre foi a pessoa responsável por realizar o cuidado a seus irmãos e filhos, e que agora estava

dependente e sem ninguém para auxiliá-la em tarefas simples que são essenciais, como, por exemplo, ir ao banheiro.

No decorrer dos atendimentos, a sensibilidade nas relações, que está intrincada no corpo experienciado de dor de D. Limão, acabou emergindo nas afirmações constantes que “sabia da dor que estava sentindo”. Também dizia que “sabia melhor que ninguém acerca da sua dor” ou afirmando conhecer o que “era bom e efetivo para as suas feridas”.

Durante a troca de curativos, D. Limão utiliza do tempo para expressar suas queixas, seja acerca da lesão ou dificuldades em seu cotidiano devido às suas comorbidades em saúde. Em todos os atendimentos realizados, sem exceção, ela queixou-se de: sentir dor; não poder comer; não poder andar; não poder dormir; não ter uma pessoa capacitada a realizar o curativo; por não ter quem lave corretamente suas roupas; pelo atendimento em outros serviços e, pela demora na evolução de sua lesão.

Esse comportamento dá a entender que há uma necessidade em D. Limão em ser ouvida. Não apenas como um modo de atendimento e um receio de encostar em suas feridas, mas um modo de expressar que seu corpo precisa ser considerado no processo do cuidado. Seu corpo, ao longo dos anos, experienciou procedimentos e intervenções que, para ela, resultaram em dor, incapacidades funcionais e reorganização de seu modo de vida. Isto era manifesto nos atendimentos quando, muitas vezes, verbalizava o que ela queria ou não para seu corpo.

Nesta regularização de corpos na qual o campo da saúde foi construído, com sua categorização e esquadrinamento do corpo biológico, até mesmo processos que, à primeira vista, podem situar-se no campo estrito da técnica, como o curativo a uma lesão dolorosa, não estão dissociados da valoração moral que implica para aqueles sujeitos que não confluem com o usuário docilizado²².

Dona Limão trazia em suas atitudes um tensionamento entre aqueles que iriam atendê-la, visto que ela não era contida, nem delicada. Muitas vezes, adotava atitudes grosseiras para as pessoas poderem ouvi-la e vê-la, num processo de reconhecimento do corpo, mas também da constante perda de

autonomia deste, não somente em sua casa, mas também nos serviços de saúde pelos quais passou.

Esta relação ambígua é constante, um paradoxo no atendimento que surge na presença constante de D. Limão no ambulatório-escola na mesma medida em que designava a este a causa de suas lesões não cicatrizarem. Isto era visto em suas afirmações de que “a causa principal da dificuldade na cicatrização de suas lesões” está no próprio ambulatório, por não funcionar no final de semana e feriados, por exemplo.

Diante da característica das lesões, na quarta semana de atendimento, a coordenadora do projeto sugeriu que fosse abordada uma nova alternativa terapêutica de D. Limão, trocando a cobertura que anteriormente era feita com Gel Cicatrizante com Alginato de Cálcio e Sódio, por um Curativo Aquacel® Ag+ Extra™. Inicialmente, a placa foi colocada sob a lesão menor, para avaliar os benefícios e posteriormente, aplicar sobre a maior. No entanto, dois dias após a colocação da placa, D. Limão retornou ao serviço, alegando medo do tratamento e duvidando de sua eficácia, apesar da melhora significativa.

Nesse cenário, foi preciso entrar em um acordo com D. Limão acerca do tratamento. Isto, pois ela se recusava a segui-lo, insistindo em manter apenas coberturas de placas usadas antigamente. Pensando em um caminho terapêutico pautado na relação, a cartógrafa negociou com D. Limão para a placa ser mantida por mais dois dias, e assim avaliar a possibilidade de uma melhora mais acentuada. Caso a melhora fosse alcançada, o tratamento seguiria para a outra lesão. D. Limão concordou e até mesmo disse que iria prestar atenção na presença de qualquer complicação.

Enquanto os atendimentos iam se dando e o vínculo entre a cartógrafa e a usuária se fortalecia, foi sendo notado que o tensionamento não se pautava numa não “aderência” de D. Limão à terapêutica proposta, mas sim na problematização da dificuldade de formação de um vínculo de cuidado efetivo entre D. Limão e a cartógrafa no ambulatório-escola.

Apesar de D. Limão comparecer às consultas de rotina quando agendadas e buscar o serviço quando necessário, não havia uma relação de confiança,

mas sim, a tensão paradoxal constante. Esta tensão está entre a busca de um cuidado para um corpo com lesões e condições que necessitam de técnicas e ações específicas, e a hostilidade de uma idosa que teve suas dores muitas vezes negligenciadas, aliadas a dificuldades e tristezas pouco reconhecidas pelos profissionais e pelos serviços.

Tal situação demonstra a complexidade que emerge num atendimento que convoca o profissional a agir sobre o corpo do outro, mas que se emaranha nas das condições históricas existenciais de vida da pessoa. Essas condições incluem questões nas relações familiares, que podem provocar adoecimento, e interações com os serviços de saúde.

Segundo alguns cartógrafos, sempre se está “no meio de um caminho, no meio de alguma coisa”²³. Dessa forma, sempre que o enfermeiro desenvolve o cuidado e tratamento de um usuário, ele eventualmente deve se colocar neste entre, este caminho relacional que, por vezes, vai de encontro com o próprio caminho que o usuário escolhe, resultando em um “choque” de ideais. Neste choque de propostas, considerar o usuário como “difícil”, retira o profissional deste entre e o situa apenas como o técnico que age sobre o corpo do outro. É na fuga para o entre que a abertura para a produção de cuidado se deu.

Este é o caso muitas vezes chamado de “complexo”, onde a equipe se vê de “mãos atadas” para a solução daquela situação. Baduy e colaboradores²⁴, apresentam uma cartografia onde um usuário “complexo” foi utilizado como um analisador das dificuldades e nós críticos do próprio processo de trabalho no serviço, onde o sofrimento, seja do usuário ou da equipe, permitiram abrir um debate sobre a normatização esperada dos usuários atendidos.

Ressalta-se que a enfermagem é uma profissão que deve desenvolver um cuidado humanizado e holístico em sua rotina. Assim, lidar com pacientes que buscam recuperação e bem-estar físico e mental é essencial. Ao desenvolver um atendimento humanizado, o enfermeiro compreende o usuário como um todo, transcendendo a esfera fisiológica para a biopsicossocial²⁵.

AÇÚCAR: A PERSPECTIVA CONTRÁRIA DO CUIDADO A UMA “USUÁRIA GENTIL”

D. Açúcar é uma idosa de 95 anos, branca, solteira, que está sempre acompanhada de sua cuidadora. Deambula com dificuldade, necessitando de auxílio. No geral, é sempre comunicativa e quem tem plena confiança no serviço prestado pelo ambulatório.

Durante grande parte de sua vida, D. Açúcar residiu no município. Ela nunca se casou nem teve filhos. Viveu um amor não correspondido, o que a fez desejar nunca se relacionar com outra pessoa. Sua cuidadora também é solteira e está com ela há quarenta anos. Ambas têm uma relação de amizade que às vezes se confunde com mãe e filha.

Durante sua juventude, D. Açúcar trabalhou como funcionária pública do estado do Paraná, sendo responsável pela organização das correspondências que chegaram ao governador do estado. Mais tarde, ela foi transferida para a secretaria da saúde, onde continuou a desenvolver a mesma função. Sendo a terceira filha de 10 irmãs, D. Açúcar sempre manteve uma boa relação com sua família, mencionando gostar muito de todas as irmãs. A única discordância que D. Açúcar demonstrou foi quando uma de suas irmãs sugeriu que ela realizasse o tratamento em outra cidade, pois a mesma referiu ter pela confiança no tratamento ofertado no ambulatório, se recusando a frequentar outro serviço que tivesse essa mesma finalidade.

D. Açúcar chegou ao ambulatório devido às suas múltiplas lesões venosas em MMII de formato irregular. Totalizando três lesões venosas, elas apresentam, respectivamente, $16,35 \text{ cm}^2$, $<16 \text{ cm}^2$ e $<4 \text{ cm}^2$. A lesão venosa possui um desenvolvimento lento, estando geralmente localizada no terço inferior da perna, comumente no maléolo medial, geralmente é indolor, a lesão venosa apresenta bordas irregulares e superficiais e o tecido profundo não é afetado. A lesão venosa apresenta manchas venosas castanhas, eczema e é quente ao toque, com um edema fortemente presente. Geralmente há melhora com a elevação do membro. Diferentemente da lesão arterial, onde o pulso é praticamente ausente, na lesão venosa ele está presente²⁰.

Apesar de gostar de sair de casa, dona Açúcar refere que, devido à presença das lesões nos membros inferiores, ela se sente muito limitada. Ela depende

totalmente de sua cuidadora para realizar suas atividades diárias, porém, em nenhum momento ela demonstrou desagrado por precisar de alguém. Ao contrário disso, ela demonstra gratidão por ter pessoas que cuidam de sua saúde^{6,21}.

Devido à idade avançada, ao diagnóstico de DM tipo 2 e à presença das lesões venosas, dona Açúcar acaba tendo restrições acerca da utilização de calçados e alimentação. Isso visivelmente a incomoda, pois a mesma refere gostar de alimentar-se de sobremesas muito doces. Alguns estudos apontam que o idoso que convive com DM tipo 2 pode apresentar sintomas de desesperança, medo e tristeza, o que, somado à dificuldade em seguir a dieta recomendada, pode, conseqüentemente, influenciar negativamente no convívio com a doença, prejudicando diretamente no tratamento²⁶.

Em contraste com D. Limão, D. Açúcar construiu um vínculo de cuidado muito potente com o ambulatório-escola. Em todos os atendimentos, D. Açúcar se mostra doce e gentil. Até mesmo durante o cuidado com suas lesões, quando sente dor, diferentemente de outros usuários que costumam emitir sons ou até mesmo retirar bruscamente o membro afetado, D. Açúcar apenas refere que naquele local é mais doloroso e sensível.

D. Açúcar, dentre todos os idosos que frequentam o ambulatório, é a com a idade mais avançada e a única que possui cuidadora formal, a qual é responsável por realizar o cuidado com as lesões em ambiente domiciliar. Com a cuidadora, são realizadas atividades de educação em saúde sobre o cuidado do diabetes mellitus tipo 2, os problemas circulatórios e a troca de curativos. A cada mudança na terapia, a cuidadora também recebe orientações específicas. Familiares também costumam acompanhá-la em alguns atendimentos, como sua irmã mais nova, que demonstrava interesse e abertura para acompanhar o cuidado com a lesão.

Esse momento de educação em saúde é importante no que tange o preparo e conhecimento para prestar um cuidado seguro e satisfatório²⁷. Sempre que uma nova orientação é realizada, ao retornar ao ambulatório para o atendimento subsequente, a cuidadora dá *feedback* sobre o progresso e se houve uma melhora aparente. Ela também costuma abordar questões relacionadas à alimentação e aos cuidados com a pele.

Outro contraste evidente entre D. Açúcar e Limão aparece em suas redes de apoio e como estas se relacionam com o serviço. D. Limão, por exemplo, tem na sua irmã um incentivo ao abandono dos curativos no ambulatório em favor de outros tratamentos caseiros, mas que, a princípio, são recusados por ela. Ela mantém a tensão entre uma expressão, muitas vezes, antipática, e sua persistência diária em comparecer ao serviço.

Assim como D. Limão, sempre que recebe um atendimento em outro serviço, D. Açúcar costuma dar um resumo do atendimento, medicações e condutas prescritas, e de quaisquer outras informações de saúde. Isso evidencia a formação de um vínculo muito forte entre o serviço e essas usuárias, pois a confiança delas acerca do cuidado recebido se sobrepõe àquelas oferecidas em outros serviços, inclusive privados.

Esse comportamento está relacionado com a formação do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários que frequentam o serviço. A escuta sensível de suas vivências possibilita estabelecer relações de confiança mútua, respeito e ética. A confiança possibilita elaborar alternativas terapêuticas que eventualmente serão mais efetivas²⁸.

Durante várias cenas registradas no diário, foi observado que tanto os profissionais quanto os alunos são muito mais receptivos com D. Açúcar em comparação a D. Limão, não as rotulando raramente com uma valoração de uma boa e outra ruim.

Com a dinâmica, que foi sendo estabelecida, pôde-se entender esta usuária doce e gentil, apresentava-se numa relação de contrário com D. Limão. O termo “contrário” utilizado aqui, remete ao uso realizado por Culp²⁹, no qual ele não é compreendido como um polo, já que estes são enclausurados em si mesmos, o que nos remeteria às usuárias numa oposição onde há aquela de identidade “má” e a de identidade “boa”.

O que ocorre é que ambas possuem similitudes e assumem contrários. Na vivência, a cartógrafa, pelo próprio fluxo de serviço, presenciou falas e momentos que faziam emergir tais polos totalizantes. Contudo, numa dobra, à medida que a vivência ia se desenvolvendo, ocorreu um questionamento

constante movido por tais encontros. O desafio da cartógrafa foi não recorrer a dualismos numa busca de um “meio-termo” do usuário ideal, mas sim tentar atuar considerando as singularidades de cada usuária. Suas diferenças e similitudes podem produzir rotas alternativas de produção de cuidado³⁰.

Na medida em que os atendimentos seguiram, a contraposição vista no serviço entre a disposição para realizar os atendimentos de D. Açúcar e os de D. Limão era clarificada. Especialmente porque esta última solidificava a concepção de que ser atendida era um castigo ou um “fardo” devido à sua “complexidade”.

Esta complexidade, distante de outras possíveis vias de análise, traz a abertura para a discussão do usuário docilizado que é esperado pelo serviço de saúde. Despessoalizando a questão da personalidade e relações possíveis de D. Açúcar, um elemento impessoal emerge na afetação da cartógrafa, quando o serviço de saúde vê na usuária a concepção do que seria um corpo docilizado, e isto a valora como uma usuária “boa” e de fácil atendimento.

O enquadramento que D. Açúcar ganhava, era de uma totalidade que imponha uma verdade sobre ela, excluindo a possibilidade da provisoriidade do próprio perfil elaborado para a usuária. Ora, quais seriam os potenciais desta rigidez de perfil em uma usuária que têm em si o enquadramento pautado em uma aderência e o julgamento moral do bem?

Esta concepção e reconhecimento rígido do outro, tanto da usuária vista como “boa” quando a vista como “difícil”, engessa as provisoriidades que fazem parte do próprio movimento singular da vida, e move o profissional a agir sobre representações criadas dos usuários, e, por conseguinte, excluindo, mesmo que não conscientemente, outras potencialidades e limitadores não percebidos²⁴.

A produção de cuidado realizada com D. Açúcar demonstra o processo de medicalização e normatizador que ocorre no serviço. Isto, pois, apesar de D. Açúcar receber um tratamento e cuidado singularizados de acordo com sua condição, a sua concepção como usuária “ideal”, com seu corpo dócil e que “adere” às rotinas prescritas, é vista como o modelo a ser seguido. Dessa forma, aqueles que divergem dessas normas são frequentemente

considerados “difíceis”, “complexos” ou até mesmo um fardo para os profissionais de saúde³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIMONADA, BUSCA DE UM CUIDADO COMPARTILHADO

D. Limão e D. Açúcar são duas usuárias que estão sempre dentro do serviço e, apesar de suas particularidades, tanto uma como a outra, tem um grande interesse e investimento em sua recuperação da forma mais rápida possível.

Para o profissional de enfermagem, não cabe atribuir um valor moral a cada uma das usuárias. Contudo, durante a vivência da cartógrafa, foi perceptível que os profissionais, incluindo a própria cartógrafa, muitas vezes, realizaram uma conduta pré-estabelecida baseada num usuário dócil idealizado e moralizado.

Na contínua reflexão sobre a própria ação e atendimento, realizando uma dobra na análise não apenas naquele usuário atendido, é gerada uma reflexão constante sobre a própria produção de cuidado realizada. Isto, pois, os encontros entre usuários e profissionais, pautam-se num roteiro de atendimento de uma clínica de órgãos que se contrapõe à própria horizontalidade do cuidado³¹.

A vivência de contraste entre duas usuárias tão próximas em um mesmo serviço revelou a importância de discutir a expectativa de “aderência” imposta de terapêutica e cuidado ao usuário. Isso reflete uma visão hierárquica de cuidado, onde o profissional age de maneira disciplinada sobre o corpo do outro, sem considerar a subjetividade do usuário.

Para a integralidade ser praticada como um princípio de saúde, é essencial que o profissional esteja apto a se adaptar e a compreender o sofrimento do usuário sob seus cuidados, promovendo a emancipação e a autonomia do sujeito enquanto foco do cuidado. Um atendimento que respeita a singularidade permite fornecer um cuidado mais resolutivo e integral.

Durante a cartografia, foi visto que o usuário “difícil” não é aquele que se impõe ao serviço e tenta participar ativamente da terapêutica sob o seu corpo. Em contraponto, tal usuário pode ser compreendido como aquele de

difícil acesso, que não está inserido no serviço, que não possui vínculo, não se sabe de onde vem e tampouco para onde vai. Esse tipo de usuário costuma buscar o serviço apenas quando já possui diversos problemas de saúde estabelecidos, geralmente em situações emergenciais, o que pode resultar em perdas irreversíveis para sua saúde⁶.

Da perspectiva do enfermeiro, desenvolver o cuidado a usuários idosos com uma lesão de difícil cicatrização requer uma melhor compreensão do significado do serviço para aquele usuário. Apesar de compreender-se que esses indivíduos vão até o serviço a fim de receber tratamento, eles também querem, e necessitam, serem ouvidos e ter suas opiniões, desejos e anseios considerados. Dessa forma, ao elaborar uma terapêutica e esperar um resultado específico para a sua intervenção, o enfermeiro deve atentar-se ao fato do idoso ser um indivíduo que possui uma história inteira gravada em seu corpo que não pode ser apagada, a qual irá exercer influência na resposta ao tratamento³².

O cuidado é uma construção compartilhada entre as partes. Mesmo nos casos de usuários “fáceis” ou difíceis”, deve-se priorizar inseri-los na estruturação da sua terapêutica. O cuidado a usuários idosos deve partir da humanização, atenção e diálogo qualificados, para assim, permitir um atendimento que possa ser vivenciado por ambos, garantindo um cuidado singular.

Considerando esta cozinha da pesquisa¹⁸ realizada aqui, destaca-se que, ao elaborar uma limonada, tanto o limão quanto o açúcar são ingredientes indispensáveis. Ambos estão interligados e, quando juntos, formam algo novo. Atribuir importância a apenas um dos ingredientes não é condizente com a receita. Portanto, é necessário que ambos sejam inseridos para que, assim, obtenha-se um resultado satisfatório.

Deste modo, esta cartografia permitiu elaborar um mapeamento sobre a formação das relações de construção de cuidado entre o idoso e o profissional de enfermagem. Faz-se necessário novos estudos para tal problemática ser discutida e analisada, de maneira que estes nós referentes ao processo de cuidado sejam trabalhados e superados na prática cotidiana dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. de Lima Filho AF, Regel BW, Pressinatte FM. A importância do enfermeiro para a eficiência da cicatrização de lesões ulcerativas de origem venosa, arterial e mista. *Braz J Dev* [Internet]. 2023 [citado 29 nov. 2024];9(05):18298–312. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/60162>
2. Minayo MCDS, Firmo JOA. Longevidade: bônus ou ônus? *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2019 [citado 29 nov. 2024];24(1):4–4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100004&tIng=pt
3. Bonfim AP, Souza GT, Pita MC, Araújo AJDS. Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente idoso portador de úlcera venosa. *Rev Eletr Acervo Saude* [Internet]. 2019 [citado 29 nov. 2024];(22):e682. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/682>
4. Aguiar EG, Salomé GM, Ferreira LM. Síndrome de fragilidade, sentimento de impotência e capacidade funcional em idosos portadores de úlcera venosa. *Rev Bras Cir Plástica RBCP* [Internet]. 2023 [citado 29 nov. 2024];38(1):e0681. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/3265/sindrome-de-fragilidade--sentimento-de-impotencia-e-capacidade-funcional-em-idosos-portadores-de-ulcera-venosa>
5. Aguiar ACDSA, Sadigursky D, Martins LA, Menezes TMDO, Santos ALDS, Reis LAD. Repercussões sociais vivenciadas pela pessoa idosa com úlcera venosa. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2016 [citado 29 nov. 2024];37(3):e55302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300417&lng=pt&tIng=pt
6. Dias KM, Herdman TH, Ferretti-Rebustini REDL, Lopes CT, Santos ERD. Relationships between nursing diagnoses and the level of dependence in activities of daily living of elderly residents. *Einstein São Paulo* [Internet]. 2020 [citado 29 nov. 2024];18:eAO5445. Disponível em: <https://journal.einstein.br/article/relationships-between-nursing-diagnoses-and-the-level-of-dependence-in-activities-of-daily-living-of-elderly-residents/>
7. Bernardes R, Baixinho CL. A physical resilience conceptual model – contributions to gerontological nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 29 nov. 2024];71(5):2589–93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502589&lng=en&tIng=en
8. Deleuze G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34; 2013.
9. Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemborg C, Chagas M de S, Rocha M, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Em: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Júnior HS, Almeida DE da S, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 22–30.
10. Figueiredo EBLD, Andrade EOD, Muniz MP, Abrahão AL. Research-interference: a nomad mode for researching in health. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 29 nov. 2024];72(2):571–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200571&tIng=en
11. Merhy EE. O Conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Em: Franco TB, Peres MA de A, Foschiera MMP,

organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 21–45.

12. Lima F, Merhy EE. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. Em: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Slomp Jr H, Almeida DE da S, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

13. Passos E, Kastrup V, da Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Vol. 1. Porto Alegre: Editora Sulina; 2015. 207 p.

14. Moebus RN, Merhy EE, Silva E. O Usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? Em: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DE da S, Slomp H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 43–53.

15. Deleuze G. A ilha deserta e outros textos: textos e entrevistas (1953-1974). 2ª ed. São Paulo: Iluminuras; 2008. 383 p.

16. Slomp Jr H, Merhy EE, Rocha MM, Baduy RS, Seixas CT, Bortoletto MSS, et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. Athenea Digit Rev Pensam Investig Soc [Internet]. 2020 [citado 29 nov. 2024];20(3):e2617. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>

17. Duarte LG, Araujo FM, Bortoletto MSS, Melchior R, González AD. From pregnancy to sterilization: a cartography of an orphan mother experienced in a clinic at the street. Interface Commun Health Educ [Internet]. 2021;25:e200063. [citado 29 nov. 2024] Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/icse/a/YQrbT3z6QL95nSJx6MwzSjh/?lang=pt>

18. da Cruz KT, Kulpa S, Baduy R, Seixas CT, Baduy RS, de Lima JVC, et al. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. Em: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 252–69.

19. Laroque LFDS, Silva JBSD. Ambiente e cultura Kaingang: saúde e educação na pauta das lutas e conquistas dos Kaingang de uma terra indígena. Educ Rev [Internet]. 2013 [citado 29 nov. 2024];29(2):253–75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982013000200011&lng=pt&tlng=pt

20. Ruiz PBO, Poletti NAA, Lima AFC. Perfil dos pacientes atendidos em uma Unidade de Tratamento Integral de Ferida. Cogitare Enferm [Internet]. 2022 [citado 29 nov. 2024];(27):1–11. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/82948>

21. Uchoa VS, Chaves LL, Botelho EP, Polaro SHI, Oliveira MDFVD. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. Cogitare Enferm [Internet]. 2019 [citado 29 nov. 2024];24:e60868. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60868>

22. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLDM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saude Debate [Internet]. 2019 [citado 29 nov. 2024];43(spe6):70–83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001100070&tlng=pt

23. Deleuze G, Parnet C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta; 1998.
24. Baduy RS, Kulpa S, Tallemberg C, Seixas CT, Cruz KT, Slomp Jr H, et al. “Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. Em: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Slomp Jr H, Almeida DE da S, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 220–7.
25. Rossés JV. Preparo dos profissionais de enfermagem no cuidado ao idoso: uma revisão integrativa. *RECIMA21 - Rev Científica Multidiscip* - ISSN 2675-6218 [Internet]. 2022 [citado 29 nov. 2024];3(10):e3101990. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1990>
26. Frazão MCLO, Viana LRDC, Ferreira GRS, Pimenta CJL, Silva CRRD, Madruga KMDA, et al. Correlação entre sintomas de depressão, atitude e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [citado 29 nov. 2024];76(3):e20220741. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672023000700205&tIlg=pt
27. Aires M, Fuhrmann AC, Mocellin D, Pizzol FLD, Sponchiado LF, Marchezan CR, et al. Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2020 [citado 29 nov. 2024];41(spe):e20190156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200419&tIlg=en
28. Freitas MA, Da Costa NP, Alvarez ÂM. O enfermeiro no cuidado à pessoa idosa: construção do vínculo na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2022 [citado 29 nov. 2024];21:e59911. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/59911>
29. Culp A. *Dark Deleuze: pela morte desse mundo*. São Paulo: GLAC Edições; 2020. 160 p.
30. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Cerqueira P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. Em: Franco TB, Ramos V do C, organizadores. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde* [Internet]. São Paulo: Editora Hucitec; 2010 [citado 29 de novembro de 2024]. p. 60–75. Disponível em: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.1850.0481>
31. Merhy E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum Estud Mídia Cult E Democr*. 2009;27:281–306.
32. Torres JP, Duarte RB, Vieira RP, Limeira CPDS, Nascimento CEMD, Brandão CB, et al. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso na Atenção Básica: revisão integrativa. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 [citado 29 nov. 2024];10(10):e395101019005. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19005>