

ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNY

**A ESTÉTICA DOS ODORES: O *SENTIDO* DO
OLFATO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS,
OUTUBRO DE 2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DA ENFERMAGEM**

**A ESTÉTICA DOS ODORES: O SENTIDO DO OLFATO NO
CUIDADO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR**

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem – Programa de Doutorado em
Enfermagem, Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial à obtenção do
título de doutor em Enfermagem: área de
concentração: Filosofia da Enfermagem.*

ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNY

**ORIENTADORA:
PROF.^A DR.^A ALACOQUE LORENZINI ERDMANN**

**FLORIANÓPOLIS,
OUTUBRO DE 2001**

19 de outubro de 2001

**A ESTÉTICA DOS ODORES: O SENTIDO DO OLFATO NO
CUIDADO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR**

ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNY

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para obtenção do título de:


DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 19 de outubro de 2001, atendendo às normas vigentes da legislação da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia de Enfermagem.



Prof. Denise Elvira Pires de Pires
- Coordenadora PEN/UFSC -

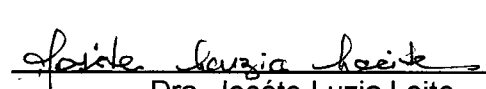
BANCA EXAMINADORA



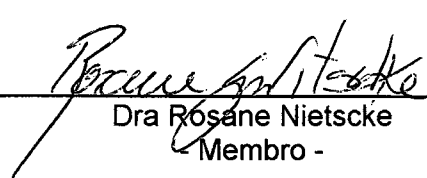
Dr.^a Alacogue Lorenzini Erdmann
- Presidente -



Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
- Membro -



Dra. Josete Luzia Leite
- Membro -



Dra. Rosane Nietsche
- Membro -



Dra. Cleusa Rios Martins
- Membro -



Dra. Marta Lenise do Prado
- Membro -

DEDICATÓRIA

A meu pai Mariano, in memoriam, que com seu modo carinhoso, amou cada um de seus nove filhos, como se fosse o único.

À minha mãe Laura, a quem devo minha existência, os primeiros cuidados recebidos neste mundo e o incentivo aos estudos.

Aos meus irmãos, companheiros e motivos de muitas alegrias, que me estimularam e apoiaram em todos os momentos de minha vida acadêmica.

À minha esposa Ori, meus filhos Ingrid e Guilherme, pelo encorajamento, tolerância e carinho em todos os momentos de minha vida, especialmente durante o período de doutorado.

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui minha profunda gratidão a todas as pessoas, com as quais compartilhei as idéias desta tese, pela paciência que me ouviram, pelo incentivo e apoio recebidos. Desejo manifestar meu reconhecimento em particular:

À Professora Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann, pela orientação competente, incentivo e apoio ao enfrentamento das dificuldades durante a construção desta tese.

Ao Professor Dr. Paulo Belli Filho, pelo apoio, contribuições e co-orientações técnicas iniciais ao estudo dos odores em geral, bem como pelo incentivo ao estudo dos fenômenos olfativos no ambiente hospitalar.

Aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, trabalhadores das instituições hospitalares de Florianópolis, que de alguma maneira participaram com contribuições ao nosso estudo, especialmente a todas as pessoas que colaboraram como sujeitos da pesquisa.

Aos trabalhadores de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, pela participação, incentivo e colaboração ao nosso estudo.

Aos integrantes da banca examinadora da tese, pela aceitação de nosso convite e pelas contribuições que enriqueceram esta tese.

Aos professores e amigos do Departamento de Enfermagem, pela paciência e estímulo ao compartilhar de nosso entusiasmo ao tema da tese.

Às professoras Astrid e Miriam, colegas de sala do Departamento de Enfermagem da UFSC, que comigo compartilharam a maioria dos momentos da construção desta tese, pela solidariedade e incentivo.

Aos professores do Curso de Doutorado em Enfermagem e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização e divulgação deste trabalho.

Às funcionárias dos Departamento de Enfermagem, tanto da Graduação como da Pós-Graduação, pela pronta atenção aos nossos requerimentos administrativos.

RESUMO

WOSNY, Antônio de Miranda. **A estética dos odores: o *sentido* do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar.** 2001, 174 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

O ser humano é olfativo por natureza, capaz de interagir com seu meio ambiente, percebendo e interpretando sensações odorantes de acordo com suas características estéticas. O ambiente hospitalar é muitas vezes caracterizado em decorrência de suas emanações odorantes e a atividade de Enfermagem desenrola-se num cenário permeado de sensações, no qual as percepções olfativas se apresentam de modo velado. Este trabalho pressupõe que o melhor juízo das emanações olfativas no hospital possibilitará maior atenção aos odores como fenômeno de Enfermagem. Objetiva refletir acerca das concepções, interpretar o significado e compreender a significância dos odores no cuidado ao cliente hospitalizado, bem como suas inferências ergonômicas. Identifica fontes de fenômenos odorantes, categorizando-os de acordo com a matéria de origem, e arrola procedimentos de enfrentamento. Defende a tese da maior apreensão estética dos odores hospitalares como essencial ao cuidado de Enfermagem, considerando que os fenômenos odorantes deste espaço têm sua manifestação restrita e seus significados carecem de maior entendimento. Emprega princípios das filosofias clássica e fenomenológica da percepção como referencial teórico, tratando das questões estéticas com suporte na filosofia kantiana. Aborda o tema qualitativamente, através da observação de ambientes e da prática assistencial. Utiliza entrevistas com profissionais de Enfermagem que atuam em unidades de cuidado hospitalar. Estuda documentação relativa aos cuidados de Enfermagem, identificando a quantidade e a qualidade dos registros de fenômenos odorantes, empregando a técnica de Análise de Conteúdo proposta por BARDIN. Infere que, de acordo com a opinião dos sujeitos da pesquisa, os odores hospitalares podem ser compreendidos segundo categorias, tais como: contribuições ao diagnóstico, procedimentos de enfrentamento, intercorrências afetivas e inferências ergonômicas. Interpreta-se que, conforme as categorias analisadas, os odores hospitalares são desagradáveis, entretanto suportados em razão de sua possibilidade de apoio diagnóstico ou por inerência profissional. Presume-se que no hospital se reproduz imaginário olfativo semelhante a outros espaços sociais, isto é, a negação, a ocultação ou o silêncio olfativo, características próprias da urbanidade em tempos modernos. Abstraída a singularidade do problema estudado, espera-se que a presente tese contribua na construção de novas idéias para a prática profissional, bem como subsidie estudos posteriores, constituindo uma oportunidade de reflexão e agregação de novos elementos ao conhecimento, pertinentes à prática e ao debate teórico/filosófico em Enfermagem. Presume, ainda, contribuir com eventuais adaptações metodológicas e tecnológicas, interessantes ao estudo dos odores no ambiente hospitalar, assim, também, cooperar na amplitude e complexidade do cuidado de Enfermagem.

Palavras Chave: odores; enfermagem; hospital; meio ambiente.

ABSTRACT

WOSNY, Antonio de Miranda. *The esthetics of odours: the sense of smell in hospital nursing care*. 2001, 174 pgs. Nursing Philosophy Master's Thesis. Nursing Graduate Studies Program, The Federal University of Santa Catarina in Florianópolis.

The human being, olfactive in his own nature, is capable of interacting with his environment, perceiving and interpreting odorous sensations, and esthetically characterizing these sensations. Hospital environment can be characterized according to odorous emanations. Nursing activities occur amidst a scenery loaded with sensations where olfactive perceptions exist in a veiled manner. The present work supposes a better judgment of olfactive emanations in the hospital will allow for greater attention given to odours as a Nursing phenomenon. The goal is to reflect about the conceptions, to interpret the meaning, and to understand the significance of hospital odours. An identification is made of the source of odorous phenomena, classifying them as to the original substance, and listing the facing procedures. A thesis is presented of greater esthetic capture of hospital odours as being essential to nursing care, considering odorous phenomena in this environment have their manifestation restricted, their meaning needing greater understanding. Classic philosophy principles and of perception phenomenology are employed as a theoretical reference basis, dealing with esthetic questions with support in Kantian philosophy. The theme is approached in a qualitative manner, through the observation of environments and assistance practices. Interviews are conducted with Nursing professionals who perform in hospital care units. Nursing care documents are studied, where the quantity and quality of the register of odorous phenomena are identified, using BARDIN's Contents Analysis technique. In the opinion of the research participants, hospital odours can be divided into categories such as: contributions to diagnostic, coping procedures, affective intercurrent facts, and ergonomic inferences. Hospital odours are interpreted, as per the analyzed categories, as unpleasant but tolerable on account of the diagnostic possibilities they offer, or due to professional inherence. It is assumed an olfactive imaginary is reproduced in the hospital, similar to other social spaces, that is, olfactive negation, hiding or silencing, characteristics which speak of modern times urbanity. The singularity of the studied problem duly abstracted, it is hoped this thesis will bring new ideas for the professional practice and ways and means for further studies, being also an opportunity for reflection and aggregation of new knowledge pertinent to Nursing practice and techno-philosophical debate. The study seeks also to contribute towards eventual methodological and technological adaptations which are of interest in the study of hospital environment odours, as a contribution to the amplitude and complexity of Nursing care.

Key Words: odors; nursing; hospital; environment.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	09
LISTA DE TABELAS.....	10
1 APRESENTANDO NOSSO ESTUDO.....	11
2 O SENTIDO, PENSADO E DITO: O OLFATO NO DEBATE FILOSÓFICO, CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO.....	17
2.1 Um sentido químico.....	28
2.2 O hospital: cenários, atores e papéis.....	34
2.3 Os cheiros também podem curar?.....	43
3 INDAGAÇÕES SOBRE O PROBLEMA DE PESQUISA.....	58
4 ALGUNS PRESSUPOSTOS.....	61
5 OBJETIVOS.....	63
6 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DO TEMA.....	64
7 INTERCORRÊNCIAS ÉTICAS DA PESQUISA.....	67
8 A ESTÉTICA DOS ODORES.....	69
8.1 Interrogações guias.....	72
8.2 Perfil dos respondentes.....	73
8.3 O mérito dos sentidos.....	75
8.4 Rastreamento dos cheiros no hospital.....	81
8.5 Uma interpretação aos cheiros?.....	90
8.6 Enfrentando os odores.....	99
8.7 Representações dos cheiros.....	102
8.8 Contribuições ao diagnóstico.....	107
8.9 Enfrentamento: procedimentos e intervenções.....	111
8.10 Expressando as emoções.....	117
8.11 Inferências ergonômicas e ambientais.....	123
8.12 - O oculto e o explícito.....	125
9 DEDUÇÕES E CONTRIBUIÇÕES.....	134
10 BIBLIOGRAFIA.....	141
11 ANEXOS.....	147

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** - Ordem de valores atribuídos, pelos respondentes, aos sentidos na atividade profissional de Enfermagem, numa escala de 01 a 05. (Resposta à questão 1.1: Enumere priorizando a ordem de valor dos sentidos na sua atividade profissional) 77
- Quadro 02** - Manifestações estimativas do grau de desconforto sentido pelos respondentes ante 10 situações do cotidiano profissional, numa escala de 01 a 10, sendo 01 o grau máximo e 10 o grau mínimo. (Resposta à questão 1.3 do questionário de pesquisa) 79
- Quadro 03** - Distribuição dos graus de desconfortos de acordo com o resultado da adição dos patamares da tabela 02. 80
- Quadro 04** - Quadro síntese da percepção dos respondentes, enumerando os odores mais freqüentes em determinados setores do hospital, de acordo com sua fonte de origem, matéria odorante, local de procedência e interpretação de seus significados. (Síntese das questões 2.2 e 2.5: "Dentre os cheiros percebidos, em sua atividade profissional, enumere em ordem, os de maior importância" e "Na sua percepção quais os locais e odores mais freqüentes em seu setor e/ou do hospital?") 84
- Quadro 05** - Categorização dos odores no cotidiano profissional dos respondentes. (Questão 2.3: Como você classifica ou categoriza (nomeia) os odores no seu cotidiano profissional?) 91
- Quadro 06** - Codificação dos procedimentos e atitudes de enfrentamento aos fenômenos odorantes no hospital (Questão 2.7: Como você administra estas sensações de desconforto?) 100
- Quadro 07** - Unidades de codificação (UC-B) da *representação* dos cheiros no cotidiano profissional. (Questão 2.8 - Comente sobre o que os cheiros representam no seu cotidiano profissional) 103
- Quadro 08** - Categoria 1 – Contribuições ao diagnóstico, respectivas subcategorias e unidades de codificação 109
- Quadro 09** - Categoria 2 – Procedimentos de Enfermagem, respectivas subcategorias e unidades de codificação 112
- Quadro 10** - Categoria 3: Expressões emocionais, respectivas subcategorias e unidades de codificação 120
- Quadro 11** - Categoria 4: Inferências ergonômicas, respectivas subcategorias e unidades de codificação 124

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** - Caracterização dos respondentes de acordo com a categoria profissional, gênero, faixa etária e tempo de profissão. Florianópolis, Maio/2001..... 74
- Tabela 02** - Perfil dos respondentes de acordo com o setor de trabalho e tempo de atividade. Florianópolis, Maio/2001 75
- Tabela 03** - Caracterização de *gosto* dos odores hospitalares, de acordo com a percepção dos respondentes da pesquisa. (Questão 2.4: Como você caracteriza, em termos gerais, os cheiros do hospital?)..... 93
- Tabela 04** - Desconfortos manifestados frente a determinados odores no hospital. 98
- Tabela 05** - Distribuição do número de clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC, cujas *Observações Complementares de Enfermagem – OCE* registram ou não fenômenos potencialmente odorantes. - Set./Out. 2000..... 128
- Tabela 06** - Distribuição do número de registros referentes às diversidade de fenômenos odorantes percebidos, em relação ao total de *Observações Complementares de Enfermagem - OCE* dos cuidados prestados a 160 clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC – Set./Out. 2000..... 129
- Tabela 07** - Distribuição do número de registros referentes aos fenômenos odorantes e suas respectivas caracterizações, em *Observações Complementares de Enfermagem* dos cuidados prestados a 160 clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC – Set./Out. 2000 131

1 APRESENTANDO NOSSO ESTUDO.

“Sensações presentes evocam sensações ausentes.”
Merleau-Ponty

Aduzir as razões da opção por determinado tema de pesquisa, especialmente para uma tese de doutorado, é uma tarefa de incontestável arduidade, sobretudo quando a matéria versada se apresenta com características singulares, distintas de nossas atividades habituais. Exigiria, obviamente, menor intensidade de empenho por nossa parte, optar por estudo de um tema de linhas de pesquisa já consolidadas e coincidentes com a trajetória de nossa atividade habitual por ofício. Todavia, o desafio de responder interrogações sobre um assunto, muitas vezes considerado de caráter axiomático, é o que nos incita a acolher como objeto de estudo tal tema. Para tanto, submeto à apreciação pública algumas reflexões relativas ao labor da Enfermagem, interativo com fenômenos odorantes, no espaço de cuidado hospitalar.

Esta proposta de reflexão sobre os cheiros, mesmo aparentando ser um tanto atípica, não imediatamente relacionada a qualquer das minhas tarefas cotidianas, é delas conseqüência, estando fortemente presente na prática de todo ser humano e peculiarmente no labor da Enfermagem.

Nossa existência é determinada pelo que sentimos, somos filhos das sensações. É possível que foram as experiências olfativas que mediaram nosso primeiro contato com o mundo, através do cheiro materno, afixando-nos à sobrevivência e constituindo-se como um dos marcos iniciais de nosso conhecimento. No decurso de nossa história no mundo, continuamos acumulando

experiências olfativas, que, de acordo com sua característica e intensidade, dependendo de contextos e estímulos aos quais estamos expostos, podem consolidar nosso imaginário olfativo relativo aos fenômenos odorantes que se nos apresentam.

Na atualidade, é inconteste que se reputa à visualidade a mais alta consideração, levando em conta que sua requisição acontece na maioria das atividades humanas. Ao elaborarmos uma indagação na qual uma sensação é o seu foco principal, dirigindo um estudo acadêmico sobre o sentido do olfato, corremos o risco de questionamentos sobre sua relevância. Contudo, o estudo dos odores é um assunto que consideramos marcante e fascinante, que nos oferece múltiplas possibilidades de abordagem em diversos segmentos do conhecimento. A história, a filosofia, a psicologia, a antropologia, a química, a neurofisiologia e a neurociência, entre outros campos de pesquisa, são espaços de freqüentes incursões de estudiosos da olfação, mesmo assim, apresenta-se como uma sensibilidade humana com conhecimento limitado, considerando-se as dificuldades técnicas para pesquisas desta sensação.

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

O que nos desperta o interesse para aventurarmo-nos num campo de conhecimento restritamente revelado, como o universo odorante, é a possibilidade de contribuir para descortinar algo mais deste fenômeno. Trata-se de um esforço no sentido de compreender um pouco mais de seu significado, bem como as atitudes significantes de alguns agentes que atuam no território do cuidado ao ser humano. Levamos em consideração que as discussões que abordam essa temática ainda são muito limitadas e desafiadoras. Imaginamos que seja relevante à Enfermagem empenhar-se nesta tarefa com o intuito de ampliar horizontes que contribuam com a qualidade de suas ações, das condições do ambiente de trabalho e do conforto às pessoas.

Possivelmente, como profissionais de Enfermagem, absorvemos o primeiro impacto odorante, típico desta atividade, ainda na vida acadêmica, em tempos de graduação. Isso pode ter ocorrido durante o desenvolvimento de atividades de ensino disciplinar prático, nas aulas de anatomia, ou em unidades de cuidado hospitalar, ambulatorial ou mesmo domiciliar. O ato de estréia de nosso sistema sensorial olfativo, com os primeiros odores nosocomiais característicos, certamente gravou em nossa memória percepções inesquecíveis. Para muitos de nós, pode ter sido marcante o cheiro todo especial da primeira solução de algum fármaco, associado ao odor etéreo, agradando uns, estonteando outros. É provável que poucos esqueceram as primeiras emanações nauseabundas dos resíduos de supurações orgânicas, ou da sua combinação com o cheiro de *benzina* nos resíduos de material de curativo. Da sala de despejos, talvez, ainda, recordemos de emanações indescritíveis, graças à combinação de tudo que cheira mal no hospital, impregnado em vestes pessoais, roupas de cama, e equipamentos tipo “papagaios e comadres” aguardando os cuidados higiênicos rotineiros.

Para muitos de nós, deve estar na memória o cheiro do café da manhã com leite morno, muitas vezes recusado pelo paciente e esquecido na mesa de cabeceira até perto das onze, somado aos odores característicos de vários alimentos mesclados numa única bandeja. Muitas vezes, ao abrirmos a porta de um armário de cabeceira, sentimos uma combinação de aromas: maçã, bergamota e bolacha “Maria”, com creme dental, desodorante axilar, sabonete e roupas íntimas. Na hora de visitas, outros cheiros adentravam ao recinto. Perfumes populares, frutas, flores e bombons, os quais se combinam ao universo odorífero hospitalar, determinando uma diversidade de sensações olfativas em cada um dos sujeitos presentes neste espaço social.

Na modernidade ambiental, o espaço destinado aos cheiros foi extremamente restringido. A prevalência é do inodoro, a cultura das fragrâncias cede lugar à nulidade odorífica nos espaços sociais. Esta modernidade desodorizada chegou também aos hospitais, controlando a freqüência da maioria dos odores acima referidos. Não obstante a tecnologia disponível para o

banimento de odores ambientais no hospital, a presença de diversos cheiros característicos ainda é constatada com significativa intensidade. A maioria destes cheiros são emanções que acompanham cada ser humano com sua respectiva particularidade odorante. Em algumas situações, apresentam-se desagradáveis ao sentido, determinando uma sensação de desconforto geral. Nestes casos, quando possível, as medidas para seu enfrentamento, normalmente, tendem a procedimentos para contenção, dispersão ou eliminação imediata dos mesmos. Entretanto, estas atitudes justificariam uma análise prévia mais criteriosa da parte de quem cuida, pois, os odores individuais podem conter mensagens carregadas de múltiplos significados, tais como sinais clínicos, caracteres étnicos e valores culturais importantes para quem cuida e para quem é cuidado.

À medida que se dirige atenção especial às percepções olfativas do ambiente hospitalar, pode-se constatar, então, que cada hospital, enfermaria, quarto, leito ou unidade ambiental pode ser reconhecido pelos seus odores dominantes. Clientes, profissionais ou visitantes são portadores de um universo de odores particulares. São os cheiros constantes do círculo da vida, cujas percepções são carregadas de significado próprio.

Provavelmente, para muitos profissionais de Enfermagem, ainda é vivo na memória o cheiro do primeiro cliente, sujeito e objeto dos passos iniciais no saber teórico-prático. Cheiro que pode ter sido agregado a algum estado patológico ou significativo de medo, paciência, resignação, apoio ou indiferença de alguém submetido aos cuidados de um *aprendiz*. Seus odores podem ter permanecido inesquecíveis, especialmente daqueles mais impossibilitados, com problemas de saúde de considerável gravidade, em algumas situações preso a um leito, emanando um combinado fétido de suor, urina, fezes e secreções malsãs. Algumas doenças podem ser caracterizadas por um odor específico, determinando que cada cliente se destaque por seu odor característico. Nestes casos, podemos afirmar que, mesmo após a era *miasmática*, as *doenças têm cheiro*. Sem dúvida, um interessante legado escrito à nossa profissão, nos foi brindado por Florence Nightingale (1820 – 1910), através do livro “*Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*”, publicado em 1859. Embora não elabore

considerações específicas a este *sentido*, destaca-o, implícita ou explicitamente, em diversos trechos de suas *anotações*. Florence nos inspira, apresentando muitas analogias interessantes sobre a relação da Enfermagem com sentido do olfato, doenças e investigações.

O ar está tão estagnado, mofado e contaminado quanto se possa imaginar. Está pronto para abrigar os germes da varíola, escarlatina, difteria ou de qualquer outra doença. (...) Há pouco tempo um homem entrou numa cozinha em "Queen's Square" e degolou uma tuberculosa que estava sentada perto do fogão. O assassino não negou o crime e disse apenas "tudo bem". Era certamente um doente mental.

Em nosso caso, porém, o mais espantoso é que a vítimas dizem "tudo bem", e nós não somos loucos! Ainda assim apesar de "farejarmos" os assassinos no quarto mofado, sem luz solar e sem ventilação, a escarlatina que está atrás da porta, ou a febre e a gangrena hospitalar estão rodando entre as apertadas camas de uma enfermaria hospitalar, ainda assim dizemos "está tudo bem. (Nightingale, F. 1989, p. 20).

Em nosso cotidiano profissional, encaramos com naturalidade o mundo dos odores. Absorvemos consciente ou imperceptivelmente seus efeitos em nosso corpo e mente, sem avaliarmos seu impacto ao ambiente, à nossa saúde e a de nosso cliente. Presume-se que os eventuais resultados de nossa reflexão poderão agregar contribuições ao planejamento do cuidado de Enfermagem, vigilância ao conforto do cliente, à saúde dos trabalhadores no espaço hospitalar, dentre outras. Entretanto, não se trata somente de agregação de conhecimento. Entendemos como uma oportunidade de *pensar*, não o *impensado*, mas refletir sobre um fenômeno óbvio e cotidiano, tantas vezes vivido, que é praticamente olvidado. Estudar o sentido do olfato, a multiplicidade, a multidimensionalidade odorífica e a gama de sensações decorrentes do impacto com os odores hospitalares nos pareceu meritório e motivador para arriscarmos nas reflexões deste fenômeno da Enfermagem, mesmo que óbvio e volátil.

A leitura precedente da temática abre inúmeras interrogações desafiadoras, as quais nos instigam à procura de respostas, possivelmente mais interrogadoras ainda. Arrisco-me a apresentar o tema pesquisado e suas características com uma breve análise histórico/filosófica do assunto. O foco principal do nosso estudo está centrado na maior interpretação e compreensão desta sensação no

ambiente de cuidado hospitalar, apoiado nas manifestações de trabalhadores de Enfermagem. Trataremos de perquirir maiores interpretações ao significado e relevância dos odores como elemento integrante do cotidiano dos profissionais do cuidado¹. A partir destas indagações, arriscamo-nos em algumas deduções resultantes da sua análise, as quais submetemos a maiores críticas. São abstrações da singularidade do problema estudado, que poderão contribuir com a Enfermagem, agregando alguma inovação na construção de novas elaborações intelectuais de interesse próprio. Caso contrário, considere-se um tributo aos que cuidam do ser humano, independentemente do carácter estético de seus fenômenos odorantes.

¹ De acordo com Ricoeur, "identificar alguma coisa é poder fazer que o outro conheça, no seio de uma gama de coisas particulares do mesmo tipo, aquela *sobre a qual* é nossa intenção discorrer". (RICOEUR, 1991)

2 O SENTIDO, PENSADO E DITO: O OLFATO NO DEBATE FILOSÓFICO, CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO.

“Só possuímos ciência, na medida em que armamos e aguçamos os sentidos” (Nietzsche)

A opção pelo tema gerador deste estudo é resultante de reflexões elaboradas sobre o *conhecimento sensível*, abrangendo fragmentos do que se tem escrito no âmbito do pensamento filosófico ocidental relativo ao sentir. Destacamos, em nosso trabalho, alguns dos pensadores cujo legado dedicou alguma deferência às sensações olfativas. O que designamos de *conhecimento sensível*, também entendido como experiência sensível, é apresentado freqüentemente em duas concepções distintas: a *sensação* e a *percepção*. Tradicionalmente, as reflexões filosóficas sobre o *conhecimento sensível* têm sido enfatizadas em três correntes principais: a empirista, a intelectualista ou racionalista e a fenomenológica. Para os empiristas, o *conhecimento sensível* depende de causas externas, ou seja, os sentidos reagem aos estímulos externos mediados pelo nosso sistema nervoso. Na corrente intelectualista, o sujeito do conhecimento é o centro das sensações e a percepção lhe é subordinada, isto é, o sujeito é ativo e o objeto percebido é passivo. Neste caso, a percepção é resultado de um ato intelectual do sujeito do conhecimento, conferindo organização e sentido às sensações. Aos defensores da teoria fenomenológica do

conhecimento, a percepção é considerada originária e parte principal do conhecimento humano, no entanto, com uma estrutura diferente à do pensamento abstrato, que opera com idéias. Na concepção empirista, as idéias são provenientes das percepções, contudo, para os intelectualistas, a sensação e a percepção são sempre confusas e devem ser abandonadas quando o pensamento formula alguma idéia considerada como pura, isto é, independente dos sentidos (CHAUI, 1998)

O objetivo fundamental de nosso estudo é contribuir para possíveis novas reflexões acerca do significado das sensações olfativas e sua pertinência como fenômeno constante da prática de Enfermagem. Refletir a respeito das percepções olfativas neste ambiente, possivelmente, contribuirá para ampliar a compreensão das ações de cuidado, determinando melhor entendimento das relações sentir/fazer (percepção/ação). Assim sendo, não entraremos no debate específico sobre a maior ou menor contribuição do sentido do olfato à evolução do conhecimento humano. As interrogações de nosso estudo estão prioritariamente centradas na possibilidade de entender um pouco mais (desvelar) a linguagem olfativa do ambiente hospitalar. Quais são e o que nos dizem seus odores? Como a Enfermagem interpreta esta linguagem? Quais as respostas, ou, qual e como se dá o possível diálogo neste campo perceptivo? Para tal, reputamos necessário o suporte de algumas reflexões filosóficas de caráter fenomenológico, considerando sua pertinência ao tema. De acordo com Chauí (1998), "o mundo percebido é um mundo intercorporal, ou seja, as relações se estabelecem entre nosso corpo, os corpos dos outros sujeitos e os corpos das coisas, de modo que a percepção é uma forma de comunicação que estabelecemos com os outros e com as coisas". (CHAUI, 1998. p 123.)

Por que o olfato? Um sentido que possivelmente, para quem não é especialista, passaria despercebido de sua importância no decorrer de sua vida. Talvez pela sua capacidade de lembrar fatos passados, marcantes na história de todos nós, alegres ou tristes. Ou pelo seu significado na área de saúde, como elemento da semiologia médica ou do diagnóstico de Enfermagem, se é que ainda dedica-se, nestes segmentos, alguma consideração por este sentido. Qual,

então, a curiosidade por um sentido *pobre*, misterioso e oprimido? É possível que a sua obscuridade e esse misterioso preconceito que o envolve tenha feito do sentido do olfato alvo de nossa curiosidade.

Com a intenção de encontrarmos reflexões abrangentes de debates mais contemporâneos sobre o sentido do olfato, independente de uma corrente filosófica específica, motivamos-nos também nos escritos de Corbin (1987), Ackermann (1992), Vigarello (1996), Classen, Howes e Synott (1996), autores que dedicaram estudos ao sentido do olfato e aos odores, preferencialmente, na sua dimensão histórica e sociocultural. Estes autores se arrojam em críticas positivas à sensibilidade odorante, desmistificando alguns legados históricos que desqualificaram a olfação humana, como se fosse um sentido em extinção no processo evolutivo da espécie e a natureza se encaminhasse para um mundo desodorizado.

Nos tempos modernos, a ciência e a tecnologia proporcionaram uma supremacia a alguns sentidos do ser humano, prioritariamente à visão e audição. No debate filosófico sensoperceptivo, sem dúvida, a visão apresenta-se como o sentido eleito para qualificar a maioria das reflexões de caráter sensorial, em diversas correntes do pensamento ocidental. Adotamos aqui a expressão *sensoperceptivo*, para não distinguir a sensação da percepção, pois uma não é considerada parte da outra e todo o conhecimento sensível pode ser considerado como percepção (do objeto). Assim sendo, para efeito de abstração, trataremos a *sensação* isoladamente, entretanto, de acordo com a maioria dos que pensaram o tema, tudo é *percepção*. Exceto em Kant, para quem a *sensação* como representação de um objeto é *impressão dos sentidos*, é diferenciada claramente da *sensação* como *representação subjetiva*, então tudo o que não pode constituir uma representação objetiva é tratado como *sentimento*. Com sustentação no raciocínio kantiano, podemos considerar a *sensação* como uma qualificação ou subjetividade do objeto percebido, ou então o *sentimento* que as coisas evocam (KANT, 1951).

Montaigne (1533-1592) escreveu um ensaio sobre os odores, no qual defende explicitamente um mundo *inodoro*. Relata que a melhor qualidade que o

ser humano pode ter é não cheirar, diz ele que o hálito mais puro é tanto mais doce quanto sem cheiro nenhum, como no caso das crianças saudáveis. Evocando Plutarco, Montaigne o referencia, lembrando que este poeta da antigüidade afirmou que *“o mais delicioso perfume de uma mulher está na ausência de qualquer odor”*. Quanto às emanações provenientes dos perfumes agregados ao corpo, há que se desconfiar delas, diz este filósofo, deixando margem de interpretação para quem os usa, que assim o faça para disfarçar algum defeito odorante natural, o que deu origem a aforismos poéticos de outrora, tais como os de Marcial e Horácio, sugerindo que *“é sinal de fedor um bom odor ou quem sempre cheira bem, póstumo, cheira mal.”* (MONTAIGNE, 1980, p. 148).

Hábitos desodorizantes encontram-se em diversos relatos da cultura ocidental, especialmente na greco-romana, e difundida em inúmeras culturas atuais, com destaque às de origem anglo-americanas. Importantes culturas adotaram hábitos amplamente desodorizantes (CLASSEN et al, 1996), promovendo uma verdadeira assepsia ambiental e corporal. Com isso, a olfação perdeu espaço em inúmeras atividades, mantendo ainda um certo nível de importância na química, manipulando essências para o mundo das mercadorias aromáticas. Precedente às reflexões específicas sobre o sentido, foco deste estudo, considero necessário elaborar uma rápida abordagem do tema à luz de alguns dos filósofos que se aventuraram mais na reflexão do mundo sensorial, destacando suas contribuições ao debate das sensações, inclusive, as olfativas.

Constantemente estamos transmitindo e recebendo sensações, as quais contribuem ao acervo de nosso conhecimento do mundo, de acordo com pensadores que afirmam que nosso conhecimento é constituído da interação dos sentidos com a natureza e que viver é transmitir e receber sensações. O conhecimento humano avança em direção à maior compreensão da sensibilidade e esta, sem dúvida, é importante contribuinte de sua evolução. Conhecemos porque sentimos e sentimos mais e melhor, porque conhecemos. Para isso, são criados e aperfeiçoados incontáveis instrumentos que testam e/ou expandem os

limites sensoriais. Inúmeros são os autores, de todas as eras e dos mais distintos campos do saber, que nos brindaram com ricos legados abordando o universo das sensações. São filósofos, artistas, leigos ou cientistas, todos tentando compreender e explicar um pouco mais das facetas da natureza, do ser humano e da impressão que as coisas do mundo produzem em sua alma. Os racionalistas intelectualistas defenderam a razão em si mesma como fonte do conhecimento, relegando a um segundo plano a experiência sensível. Neste caso, o sujeito é ativo e o objeto percebido é passivo, isto é, a sensação e a percepção dependem do sujeito do conhecimento e podem ser passíveis de erro. Outra concepção, sobre o conhecimento sensível, surge em nosso século com a Psicologia da Forma (*Gestalt*) e a Fenomenologia de Husserl, contrariando os conceitos empiristas e racionalistas, defendem a sensação indistinta da percepção, isto é sentimos e percebemos formas em sua totalidade estruturada, dotadas de sentido ou de significação (CHAUÍ, 1998). Para os empiristas todo o conhecimento vem dos sentidos, a sensação e a percepção dependem de estímulos externos. Das obras de Locke (1632-1704), o *Ensaio acerca do entendimento humano* (1690) a que é considerada a mais rica, nela o autor apresenta, no livro II, o conhecimento tendo como origem a experiência sensível, ou as sensações como fonte de *idéias*, ou seja: "*Todas as idéias derivam da sensação ou reflexão.*" (LOCKE, 1978, p. 161). Essa é a parte essencial da sua tese empirista na qual a origem de nossas idéias está na sensação, sua abstração e síntese. Nas suas reflexões sobre a natureza do nosso conhecimento, Locke caracteriza as *idéias* como *simples e complexas* e toma o sentido do olfato como exemplo de idéia de complexidade, no sentido da imensa variedade dos cheiros, os quais são reduzidos, em termos qualitativos, ao caráter de agradáveis ou desagradáveis:

Penso que será desnecessário enumerar todas as idéias simples particulares, objeto de cada sentido. Mesmo se quiséssemos não seria possível, pois a maior parte delas, pertencente à maioria dos sentidos, não pode ser denominada. A variedade de cheiros, quase tanta, se não mais que a espécie de corpos no mundo, em sua maioria necessita de denominação. Doce e fétido geralmente servem para a nossa interpretação dessas idéias, o que virtualmente é pouco mais que as denominar agradáveis ou desagradáveis; embora os perfumes de uma rosa e uma violeta, ambos doces, sejam certamente idéias bem distintas." (LOCKE, 1978, p. 166).

De acordo com Locke, o objeto da sensação é uma fonte de idéias, ou seja, num primeiro instante, nossos sentidos se familiarizam com os objetos sensíveis particulares, levam para a mente várias e distintas percepções das coisas, conforme os vários meios pelos quais aqueles objetos os impressionaram. Segundo Locke, é assim que percebemos idéias de estímulos visuais, táteis, auditivos, gustativos ou olfativos denominados de qualidades sensíveis. Quando ele diz que os sentidos levam para a mente, entende, com isso, que eles retiram dos objetos externos para a mente o que produziu estas percepções. Denomina então como *sensação*, o que ele considera como “a grande fonte da maioria de nossas idéias, bastante dependente de nossos sentidos, dos quais se encaminham para o entendimento” (Locke apud PAPAIS, 1996). Condillac (1973), especialmente no *Tratado das Sensações* e na *Lógica*, aprofunda as idéias de Locke, numa tentativa de explicar como a linguagem da ação analisa o pensamento. Esclarece que Locke distingue duas fontes para nossas idéias, os sentidos e a reflexão, para ele, seria mais exato não reconhecer uma, seja porque a reflexão em seu princípio não é mais do que a própria sensação, seja porque ela é menos a fonte das idéias do que o canal pelo qual elas emanam dos sentidos.

Na primeira parte do *Tratado das Sensações*, o mundo dos sentidos é percebido primeiramente como o mundo dos odores. A *estátua* de Condillac é reduzida a um único sentido, o olfato, só posteriormente são acrescentados os outros, sendo a visão o último sentido agregado. Na medida que a *estátua* recebe sensações, sem distinguir o acontecimento que a invade, ela é sua própria sensação:

“Se nos lhe apresentamos uma rosa, ela será em relação a nós uma *estátua* que sente o cheiro de uma rosa; mas em relação a ela, ela será apenas o próprio cheiro da flor. Ela será então cheiro de rosa.” (Condillac apud PAPAIS, 1996, p.98).

O sentido do olfato foi especialmente escolhido para estréia de um sentido no autômato considerando sua capacidade de percepção de *emanações* extremamente sutis. Condillac avança no debate das sensações, imaginando uma *estátua* de um robô humano, colocada em um espaço rarefeito, recoberta com

uma película de mármore e animada por um espírito privado de qualquer espécie de experiência. O filósofo objetiva demonstrar como a estátua, puro espírito vazio no início, poderá, de uma só vez, adquirir a consciência de si, tornar-se sujeito e organizar o fluxo das impressões num sistema, passar do choque sensível ao espetáculo do mundo (Condillac apud PAPAIS, 1996). *O Tratado das sensações despojou o homem de seus costumes*. “Na primeira parte, a estátua se reduz a um único sentido, o olfato, ao qual progressivamente são acrescentados o gosto, a audição e depois a visão”. É com esta experiência que ocorre um ganho filosófico imenso: percebe-se a formação do sistema da experiência, a intimidade do sujeito e a profundidade do mundo (Condillac apud PAPAIS, 1996).

A linguagem contribui com constantes inovações terminológicas na tentativa de auxílio à maior compreensão dos mistérios dos sentidos. Senso, sensação, sensismo, sensibilidade, sensitivo, sensível, sentimento, sensual, são as mais freqüentemente encontradas. Foucault escreve que a linguagem é representação do pensamento (FOUCAULT, 1985). Entretanto, é necessário ficar atento às armadilhas das múltiplas possibilidades semânticas das palavras, as quais podem confundir nosso intelecto. Chauí (1981) nos adverte que as palavras são parte da imaginação, isto é, como forjamos muitos conceitos na medida em que, vagamente, em virtude de uma disposição qualquer do corpo, elas se compõem na memória, não é de se duvidar que, assim como a imaginação, as palavras também possam ser causa de muitos e grandes erros, a não ser que com grande cuidado nos guardemos deles (CHAUÍ, 1981). É no sentido dado às palavras que deve estar nossa atenção, para podermos compreender a diversidade das idéias que um tema em debate pode aventar, neste caso, as sensações.

Para os percepcionistas, o debate sensual limita-se à percepção e suas derivações lingüísticas que o iluminam. O percepcionismo defendeu que os sensíveis próprios existem formalmente fora dos sentidos, isto é, existem nos próprios corpos ou entre os corpos e os sentidos ou, pelo menos, nos órgãos dos sentidos, tais como são apreendidos. Thomas Reid (1710-1796, filósofo escocês fundador da escola escocesa do senso comum) diferencia sensação de percepção. De acordo com esse filósofo, a “sensação” é algo completamente

subjetivo, enquanto a “percepção” não é somente a apreensão de um objeto externo, senão também a presença do objeto apreendido.” (ERNANES, 1994). Merleau-Ponty (1996) apresenta uma proposta que tenta melhor clarificar a relação do homem com o mundo, centrada na percepção como apreensão do sensível. Chama à baila o problema da relação entre consciência e pertencimento ao mundo, entre fato e sentido. No livro *Fenomenologia da Percepção*, iniciando o capítulo intitulado “A sensação”, Merleau-Ponty refere-se ao problema da linguagem na definição da sensação:

Iniciando o estudo da percepção, encontramos na linguagem a noção de sensação, que parece imediata e clara: eu sinto o vermelho, o azul, o quente, o frio. Todavia, vamos ver que ela é mais confusa que existe, e que por tê-la admitido, as análises clássicas deixaram escapar o fenômeno da percepção...ver é obter cores ou luzes, ouvir é obter sons sentir é obter qualidades e para saber o que é sentir, não basta ter visto o vermelho ou ouvido um lá?. (...) sensação é qualidade e qualidade não é elemento da consciência, é uma propriedade do objeto (MERLEAU-PONTY, 1996, p. 23-24)

Deixa, então de definir a sensação pela sua pura impressão, como pode ser percebido, pois não há pertinência para a distinção entre sensação e percepção, já que para a filosofia pontyana, só existem percepções. Há quem as tenha distinguido em dois grupos: sensação e percepção². Chauí (1998) afirma que a tradição filosófica, até o século XX, distinguia sensação de percepção pelo grau de complexidade. Diz a autora que o sentir é algo ambíguo, pois o sensível é, ao mesmo tempo, a qualidade que está no objeto e o sentimento interno que nosso corpo possui das qualidades sentidas; isto quer dizer que, na realidade, só temos sensações sob a forma de percepção, ou seja de síntese de sensações. Há quem defenda que tudo é pensamento, idéias, realidade racional, isto é: sensação, percepção e representação são tidas como fases de um mesmo processo. “A percepção, indissociada da noção de sensação, é já uma representação” (CANDIDO, 1991/92) Todavia, há quem defenda a dissociação percepção/sensação, distinguindo-as pelo caráter objetividade/subjetividade. De acordo com A. Burloud, a sensação é, sem dúvida, muito diferente da percepção,

mas ao passar de uma para outra não se vai da subjetividade para a objetividade, e sim bem mais da objetividade indeterminada da sensação à objetividade definida da percepção (ERNANDES, 1994).

Berkeley diz que “*existir é perceber ou ser percebido*” (DEGREMENT, 1996, p. 77); sendo o conhecimento a manifestação da percepção e a sensação a sua abstração, é possível afirmar que não existe filosofia que não seja sensista, e o que existe para ser estudado em torno da sensibilidade, apresenta-se de forma infinita. Se conhecer é perceber, filosofar é sentir. É claro que existiram os filósofos mais atentos à questão intrínseca do mecanismo das sensações, dedicando-lhes abstrações específicas, estes ficaram conhecidos como *sensistas*.

Na Antigüidade clássica, os filósofos que estudaram as sensações apresentaram também teorias e opiniões sobre o sentido do olfato. Platão escreveu sobre os odores e sua natureza “*semiformada*”, com uma estrutura “*mais tênue do que a água e mais densa do que o ar*” (CLASSEN, 1996, p. 142). Tanto Platão como Aristóteles já relatavam a complexidade do estudo dos odores e sua classificação por categoria, em virtude da sua dificuldade de diferenciação, limitando-os ao caráter de agradabilidade e desagradabilidade dos odores (CLASSEN, 1996). Lucrécio escreveu *Da Natureza*, poema científico filosófico que resgata o sistema de Epicuro, o livro IV mostra concretamente a sensação como contato do sentido, para o tato e o gosto, com o objeto; para os outros sentidos, com um eflúvio que se destaca do objeto. Nos escritos de Epicuro, na *Carta a Heródoto*, uma parte importante da carta é dedicada à exposição do mecanismo da sensação (BALAUDE, 1996).

Para Lucrécio, as impressões dos sentidos revelam-se exatas, pois os sentidos são infalíveis, se erros houverem, são do espírito, não dos sentidos (BALAUDE, 1996). “*existem erros do espírito, não dos sentidos*”³. Este filósofo relacionava formas a impressões sensoriais, imaginando tatilidade para as

³ Há grande controvérsia com a questão da falibilidade ou infalibilidade dos sentidos. AUSTIN elabora extensa reflexão sobre a questão dos erros (ilusões) dos sentidos na percepção de objetos, apresentando argumentação que expõe a falibilidade do sensível. Ver AUSTIN, J.L. *Sentido e Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

sensações. Também teorizou sobre os odores e sua classificação, estabelecendo uma relação tátil com o olfato. Para ele, existiriam partículas macias e planas para os odores agradáveis, irregulares e ásperas para os desagradáveis:

Pois todas as formas que encantam sempre os nossos sentidos não foram geradas sem alguma suavidade desde os seus primórdios, mas, por outro lado, toda forma que é áspera e repulsiva não foi criada sem alguma aspereza de substância. (Lucrecio apud CLASSEN, et al. 1996, p. 57)

Plotino,⁴ deixa sua marca de estudioso da sensibilidade, não só em seus escritos sobre o belo, o bem, o mal, também na tese em que o mundo inteligível é também sensível, e assim escreve:

Ele não é comparável a um sopro ou um calor, e sim melhor a uma qualidade única que possui e conserva todas as outras, a uma doçura que seria ao mesmo tempo um cheiro. (Plotino, apud Laurent, 1996, p. 417)⁵

O sensismo teve os seus defensores na Antigüidade, sobretudo no atomismo, no epicurismo e no estoicismo, mas só começou a receber a sua expressão sistemática com alguns empiristas modernos, especialmente Condillac.

Na *Crítica do Juízo*, Kant (1724-1804) aborda a questão da duplicidade terminológica da palavra *sensação*, propõe então uma diferenciação da sensação como manifestação de um sentimento, diferenciando assim da sensação, representação de um objeto percebido. A percepção refere-se somente ao objeto, enquanto a sensação tem a ver com o sujeito. Para evitar a diversidade de interpretações da palavra *sensação*, propõe substituí-la pela palavra *sentimento*, para referir-se a qualquer qualificação subjetiva de um objeto representado:

Quando una determinación del sentimiento de placer o de dolor es llamada sensación, significa esta expresión algo muy distinto de cuando llamo sensación a la representación de una cosa (por los sentidos, como una receptividad perteneciente ala facultad de conocer), pues eneste

⁴Plotino nasceu no Egito no ano 205 d.C.e aprendeu o pensamento grego na escola de Amônio Saccas, seus escritos transmitem vivamente o pensamento de Platão. Morreu em 270, deixando um conjunto de tratados, editados por seu discípulo Porfírio, chegando até a atualidade com o nome de *Eneidas* (*dogrego Enéias = novo*). (LAURENT, 1996)

⁵ O grifo é nosso.

último caso, la representación se refiere al objeto, pero en el primero, sólo al sujeto, sin servir a conocimiento alguno, ni siquiera a aquel por el cual el sujeto se conoce a sí mismo. Pero entendemos en la definición anterior, bajo la palabra sensación, una representación objetiva de los sentidos; y para no correr ya más el peligro de ser mal interpretado, vamos a dar el nombre, por lo demás, usual, de sentimiento a lo que tiene siempre que permanecer subjetivo y no puede de ninguna manera constituir una representación de un objeto." (Kant, 1951, p. 302-303).

Kant discute, ainda, a comunicabilidade das sensações, uma questão intrigante nas reflexões sobre o sensível, argumentando as múltiplas possibilidades de interpretação de uma percepção. Para tal, toma como exemplo a sensação olfativa de uma flor e a diversidade de manifestações subjetivas, relativas ao juízo de gosto desta sensação (KANT, 1951).

Quanto ao sentido do olfato, ao analisarmos o conteúdo da *Crítica do Julgamento* (1790), no capítulo sobre a *Dedução dos Juízos Estéticos Puros*, pode-se perceber uma certa ironia de Kant ao tratar deste sentido, comentando a *beleza*, como juízo de *gosto*. Deixa registrado que a visão é o sentido primeiro na análise estética, enquanto ironiza a sensação olfativa, percebida na exemplificação da flor como símbolo da beleza em si, enquanto o seu aroma agrada a uns; a outros causa dor de cabeça (KANT, 1951). Corbin não poupa crítica à *crítica* kantiana no trato ao sentido do olfato:

O olfato figura no mais baixo nível da hierarquia dos sentidos, em companhia do tato, e Kant se aplica em sua desqualificação estética. (CORBIN, 1987. p.13).

Nietzsche, no *Crepúsculo dos Ídolos*, esboça uma tênue defesa do olfato, descrevendo-o como um sentido de elevada sensibilidade, lembrando de sua relativa consideração pelo mundo filosófico:

O nariz, por exemplo, do qual nenhum filósofo nunca falou com veneração e reconhecimento, o nariz é mesmo, provisoriamente, o instrumento mais delicado que temos a nosso serviço; este instrumento é capaz de registrar diferenças mínimas no movimento, diferenças que nem mesmo o espectroscópio registra. (Nietzsche, apud MANN, 1961, p. 69).

Montaigne, apesar de sua ardorosa defesa do inodoro, escreve sobre sua sensibilidade olfativa, para determinados objetos e ambientes, dizendo que os

odores interferem em seus sentidos, determinando alternâncias em seu estado de bem estar, fato este que deveria ser melhor utilizado pelos médicos de sua época, sugerindo possibilidades aromaterapêuticas aos odores:

Os médicos, creio, poderiam tirar melhor partido de que tiram dos odores, pois verifiquei amiúde que atuam sobre mim, segundo sua natureza, e que impressionam meu espírito de diversas maneiras; o que induz a considerar exato o que dizem a respeito do incenso e dos perfumes usados nas igrejas, a saber, que esse costume tão antigo, e tão encontradiço nas diferentes nações e religiões, tem por objetivo acordar, purificar e tornar eufóricos os nossos sentidos, a fim de melhor predispor à contemplação. (MONTAIGNE, 1980. p. 149) ..

Percebe-se, então, pela leitura destes filósofos, que os mesmos, com raras exceções, não elaboraram debates com considerações exclusivas incluindo o sentido do olfato e sua representação no universo das sensações. Os fenômenos odorantes foram empregados unicamente como raros exemplos, às vezes com mérito restritivo, ao debate sobre o conhecimento sensível.

2.1 Um sentido químico.

"O olfato é o mais direto de nossos sentidos" Ackerman

O olfato é um órgão dos sentidos localizado na cavidade nasal. O nariz, além de conduto do aparelho respiratório, ainda auxilia na função de fonação dos seres humanos e é responsável pela qualidade do ar respirado. Na cavidade nasal, o ar é adequado às condições ideais de umidade, temperatura e pureza. Pelo nariz passa, diariamente, em torno de 12 a 14 m³ de ar (ACKERMAN, 1992) por ele aquecido, umidificado e filtrado para impedir a respiração de poeira e outras impurezas que possam provocar doenças respiratórias e outros desconfortos orgânicos (ALPERN, 1971).

Anatomicamente, a porção externa do nariz está constituída de uma estrutura óssea e cartilaginosa separada em duas cavidades pelo septo nasal, formado por uma cartilagem e pelos ossos vômer e etmóides. A parte superior do nariz é formada pelos ossos nasais e parte dos ossos etmóides, frontal, esfenóides, vômer e palatais. A base da cavidade nasal é constituída pelos

maxilares e palatais. Cada parede lateral tem projeções ósseas, denominadas cornetos nasais que subdividem a cavidade em passagens em forma de canais chamados meatos, os quais dão passagem para a drenagem dos seios paranasais e canal lácrimo-nasal. A cavidade nasal é revestida com epitélio cilíndrico ciliado, pseudoestratificado com células caliciformes.

Abaixo da membrana mucosa que reveste as cavidades nasais há uma ampla rede de vasos sangüíneos que transferem o calor corporal durante a passagem do ar. Este processo é favorecido pelos ossos denominados de cornetos que avançam nos dois lados do nariz, aumentando a superfície quente pela qual o ar tem que passar. No nariz, encontra-se ainda uma série de orifícios menores os quais comunicam internamente o nariz com os olhos (*condutos lacrimais*), com os ouvidos (*trompas de Eustáquio*) e com os seios nasais (BATLEY, 1973).

Os odores passam pelo nariz no estado gasoso ou em forma de partículas sólidas que são dissolvidas pelas secreções mucosas, visto que só é possível perceber sensações olfativas em estado líquido. Assim, as moléculas aromáticas, ao tocar os cílios das células sensoriais do olfato, provocam uma série de estímulos que se intensificam até alcançar as fibras nervosas e o cérebro onde são interpretados e respondidos. Estudos comprovam que apenas uma molécula aromática é suficiente para gerar impulso, que é reconhecido pelas fibras nervosas que permeiam a lâmina óssea e as fossas nasais e chegam ao bulbo olfatório.

É bem possível que a "invisibilidade" dos odores tenha contribuído ao interesse relativo da filosofia e da ciência pelo tema. Dificuldades de pesquisa como categorização, mensuração, recriação, manipulação mecânica e percepção de senso subjetivo podem ter elegido, na história da ciência moderna, a olfação como um estímulo de difícil manejo empírico. Estas dificuldades legaram ao sentido do olfato e estudo de suas sensações um reduzido interesse no desenvolvimento de pesquisas dessa temática. Contudo, com o avanço tecnológico e o empenho multiprofissional, na atualidade, a olfação ganha novos espaços em diversos campos do conhecimento. Nos laboratórios de neurociência,

multiplicam-se as pesquisas que objetivam dar um pouco mais de luz à obscuridade do sentido do olfato.

Desenvolvem-se metodologias para classificação e medidas de odores, as quais poderão adaptar-se a diversas circunstâncias. Os *Métodos de Avaliação Psicofísica da Qualidade Odorante (avaliação das emissões odorantes por júris populares, denominados painéis de odores: testes psicofísicos)*, desenvolvidos por psicólogos e adaptados por Egon Peter Köster (MARTIN, 1991), são exemplos que contribuem com o estudo dos odores em situações ambientais. Complementando a análise dos dados obtidos pela metodologia de Köster, pode-se contar com os estudos de Laffort referentes a aspectos qualitativos do código olfativo e da comunicação olfativa como linguagem (Martin e Laffort, 1991).

Outra contribuição metodológica ao estudo das emissões odorantes vem de pesquisadores como Cloirec e Perrin.⁶ Suas pesquisas envolvem metrologia e amostragem de odores através de métodos para análise olfatométrica. A olfatometria consta da análise físico-química para determinar a quantidade de moléculas odorantes em uma amostra de gás ou ar ambiente. São análises laboratoriais que se valem de múltiplas formulações para determinar algumas características de amostras de compostos odorantes, tais como gravitacionais, volumétricas, colorimétricas e cromatográficas de gases. (Cloirec e Perrin, 1991).

Uma outra abordagem das sensações olfativas que não podemos deixar de considerar está relacionada às reações de caráter afetivo e terapêutico (humor, depressão, euforia, irritação, repulsa ou sedução) de acordo com a percepção subjetiva, podendo o mesmo odor ser agradável ou desagradável, dependendo da interpretação da memória olfativa de cada indivíduo.

Na atualidade, já se pode contar com instrumental tecnológico para avaliar odores em diversos parâmetros, tais como concentração, intensidade e características. Para tal, apoia-se em equipamentos complexos para análise e medidas físico-químicas de emissões odorantes, quais sejam espectrômetros de

massa, cromatógrafos de gases, olfatômetros, narizes eletrônicos, dentre outros (GUILLOT, 1995). Entretanto, pode-se afirmar que, mesmo a mais complexa tecnologia para avaliação de odores, é dependente do sentido do olfato em alguma etapa de sua análise. As máquinas, em nenhum tempo, serão capazes de definir caracteres análogos aos subjetivos, tais como a tonalidade hedônica de um odor, ou seja, suas características estéticas, a exemplo da agradabilidade ou desagradabilidade olfativa. Em decorrência disso, considera-se o sentido do olfato como um aliado indispensável às avaliações das emissões odorantes, em múltiplas situações, especialmente no ambiente hospitalar.

A publicação organizada por Guy Martin e Paul Laffort,⁷ *Odeurs et désodorisation dans l'environnementa*, apresenta estudos de diversos autores, a maioria europeus, discutindo metodologias de avaliação ambiental a partir de dados olfativos de classificação subjetiva de odores ou determinações analíticas laboratoriais físico-químicas dos mesmos. Com base nestas práticas já consagradas, vislumbra-se a possibilidade da aplicação adaptada de alguns métodos na realidade das organizações de saúde, especificamente a hospitalar.

Os métodos de avaliação psicofísica da qualidade odorante utilizados por Köster podem contribuir com o estudo dos odores hospitalares, com atenção especial à metodologia centrada em emissões odorantes, reclamações e júris populares ou painéis de odores.

A agradabilidade ou desagradabilidade de um odor é dependente da sua interpretação estética, isto é, resultante de uma operação mental de caráter condicional de gosto subjetivo. Todavia, a aceitabilidade de um odor, particularmente em ambiente interno, é freqüentemente irrelevante. A percepção de odor baseia-se na combinação da freqüência de ocorrência, caractere de odor e intensidade de odor. Mesmo os odores muito agradáveis, tal como perfume ou

⁶ Pierre Le Cloirec e Marie-Line Perrin são pesquisadores na área de análise olfatométrica e química de odores, ele é professor da Ecole des Mines d'Áles; ela é Chefe do Laboratório de Olfatometria do Instituto de Proteção e Segurança Nuclear, ambos na França.

⁷ Guy Martin: Professor e pesquisador de Química de Odores e Engenharia Ambiental na Universidade de Rennes - França. Paul Laffort é Diretor de pesquisa do Laboratório de Fisiologia a Quimiorecepção do CNRS - França.

café fresco, podem ser considerados incômodos, se persistentes. Além disso, a exposição prolongada a certos odores causa uma capacidade reduzida para percebê-los, conhecida como "fadiga de odor".

Segundo o que foi apontado anteriormente, a maior parte dos problemas de odores ambientais é causada por misturas complexas de vapores e compostos orgânicos gasosos. Isto é especialmente importante, considerando ambientes interiores, onde as pessoas estão expostas aos odores gerados no próprio ambiente, tais como fumaça de cigarro, dejetos humanos, materiais de construção e mobiliário, cheiro de comida, e uma grande variedade de material de consumo. Mesmo não estando na pauta de nosso estudo pesquisar odores empiricamente, é possível coletar compostos orgânicos odorantes, por diversos métodos de concentração, tais como adsorção ou criogênico. A análise destes materiais é demorada e de alto custo, e o resultado é freqüentemente difícil de ser interpretado devido ao alto número de matérias envolvidas e à larga amplitude do limiar de detectabilidade de alguns odores. Portanto, a medição de odores, geralmente, envolve a coleta de amostras representativas de ar, que são então submetidas à análise sensorial subjetiva por um painel de odores treinado. Normalmente, a intensidade de um odor é medida em função da sua relação diluição/limiar (D/L) para determinar o número de unidades odorantes por amostras. Tais medições são realizadas com a ajuda indispensável de olfâmetros. Neste sistema, o painalista de odor testa uma série de amostras. Cada teste consiste de três amostras, das quais duas são ar filtrado por carvão ativado e a terceira é uma amostra do odor contendo ar numa diluição conhecida. Portanto, o painalista é intimado a fazer uma escolha de uma das três amostras que têm um odor detectável (Yocom & Mccarthy, 1993).

Conforme Corbin (1987), foram os maus odores que despertaram maior interesse da ciência dirigida ao sentido do olfato. Já as substâncias aromáticas, com a evolução da química, foram desqualificadas cientificamente no final do século XIX, consideradas apenas como máscara para os maus cheiros. Sustentados nas descobertas de Pasteur, os cientistas concluíram que os maus cheiros eram apenas subprodutos de agentes patológicos. Este fato redirecionou

a medicina ao mundo dos micróbios, relegando a análise dos odores (miasmas) a um segundo plano no paradigma científico.

Contudo, nos dois últimos séculos, juntamente com o folclore e a alquimia, os odores ainda mereceram algum espaço de investigação e debate científico, principalmente, aqueles constantes do ciclo vital humano: os odores corporais. Este fato deve-se à transformação de alguns odores da fisiologia humana em problemas médicos. Surge, então, uma nova terminologia medicalizando estes odores, exemplificados na halitose, como representando algum odor da boca; bromidroses, como secreção de suor fétido; hiper-hidroses, como suor excessivo, dentre outros. Nesta época foram apresentadas diversas classificações dos odores humanos, desde a questão de gênero até a cor dos cabelos. Esta cultura de corpo desodorizado, motiva deste modo, a produção de imensurável quantidade e variedade de produtos mascaradores de odores corporais na forma de desodorantes, cremes, pomadas, sabões e pós. (CLASSEN et al., 1996). Surge então uma nova apropriação do sentido do olfato pelo mercado, através da comercialização dos cheiros, na forma de produtos médicos e sanitários. Acompanhando o controle dos odores corporais, promove-se também o diagnóstico, o tratamento e a vigilância dos odores ambientais em todos os espaços da atividade humana, públicos ou privados. Há uma ordem de desodorização na cidade e no campo, especialmente nas ruas, nas praças, nas fábricas, nas escolas, nas igrejas, nas prisões e nos hospitais. Destacamos aqui, o espaço hospitalar, como palco principal do objeto de nosso estudo, abrangendo a relação de atores que atuam neste cenário. Deste elenco, elegemos os trabalhadores de Enfermagem para o papel de intérpretes da linguagem olfativa.

2.2 O hospital: cenários, atores e papéis.

..fazia desfalecer e sufocava o mais caridoso e o mais intrépido dos visitantes (Mercier)

O cuidado de si e de seus pares é uma preocupação que acompanha o homem em toda sua história. Pode-se considerar a doença, os traumas e a morte

como os principais alvos de resistência da espécie humana. Para tanto, o homem vem desenvolvendo a maior diversidade possível de conhecimento e instrumentais de enfrentamento ou resistência aos agravos da vida. O desenvolvimento do conhecimento médico e de instituições de cuidado a doentes faz parte do acervo de resistência que chega a nossos dias com importância ímpar.

A história relata que os templos da antigüidade foram os primeiros locais voltados para o cuidado aos doentes, física ou espiritualmente. As considerações religiosas e sociais marcaram sobremaneira o serviço hospitalar em grande parte de sua existência. A religião, a guerra e o cuidado aos feridos caminharam muito próximos na história do homem. Tanto os relatos de origem religiosa como os da ciência, que acompanham e descreveram a trajetória humana, estão permeados de passagens que constatarem indícios dessa relação, prioritariamente no mundo ocidental. É possível que os *valetudinaria* da Roma Antiga, os *hospitium* de Cartago ou os mosteiros de Constantinopla tenham sido palco onde sacerdotes e sacerdotisas, padres, madres, monges, imperadores e generais foram os atores mais freqüentes. (ROSEN, 1994). O espetáculo era dirigido à uma platéia representada por escravos, soldados, mendigos, velhos e pobreza em geral. Este cenário é mantido durante longo tempo, somente vindo a sofrer mudanças a partir do século XVII, com o avanço da indústria bélica, afilhada dileta da revolução industrial, esteio mestre do capitalismo moderno. É a partir deste momento histórico que mudam alguns atores do elenco hospitalar e uma nova direção de cena é contratada: o médico, até o momento, elemento de figuração eventual nessa representação, de repente, diretor e um dos principais atores.

Em sua história, a organização do espaço hospitalar, como ambiente terapêutico, é relativamente recente. De acordo com Foucault, medicina e hospitais caminharam paralelos até a reorganização destes, no final do século XVIII. Neste período acontece a gênese *disciplinadora* deste espaço, o qual passa por mudanças de caráter organizacional e determinantes de sua *medicalização*. É nesta época que ocorrem importantes transformações no ambiente hospitalar, que passa a receber influências de caráter *sócio-médico* e não mais

arquitetônico-espiritual. O hospital torna-se um espaço político de atendimento e cura ao doente pobre em lugar de apenas um ambiente de exclusão, destinado ao conforto do espírito em tempo de transição para peregrinos, inválidos, doentes ou não (FOUCAULT, 1985).

Neste período, predomina no meio médico o modelo interpretativo da doença centrado na observação sistemática, compreendida como um fenômeno natural em consequência da ação do meio sobre o indivíduo. A cura é, então, direcionada não à doença propriamente, mas ao meio ambiente, especialmente a água, a temperatura, o ar e os odores (FOUCAULT, 1985).

Em decorrência da concepção predominante que relaciona doença ao meio ambiente, pode-se inferir que surgiu a necessidade de uma nova visão disciplinadora também do espaço hospitalar. Agora o enfoque passa a ser na gestão ambiental, por profissionais do setor médico. As condições ambientais do hospital transformam-se em questões médicas. Conforme Foucault (1985), a nova organização médica passou a avaliar a qualidade ambiental desde as dimensões do espaço físico das unidades hospitalares até a *quantidade* do ar ambiente em termos de *cubagem* por paciente internado e as relações entre fenômenos patológicos e espaciais (FOUCAULT, 1985).

De acordo com a análise histórica de Foucault sobre a reorganização disciplinar do hospital, é plausível afirmar que este fato foi um condicionante importante para a concepção da enfermagem moderna. Os médicos da época, apesar de entenderem a doença como consequência de ambientes insalubres, priorizaram continuar sua prática, agora hospitalar, no modelo clínico anátomo-patológico (LACERDA, 1996), delegando algumas funções de intervenção sobre o meio. Destas delegações, está a de gestão da qualidade ambiental no espaço hospitalar, como elemento de conforto e coadjuvante da cura do paciente hospitalizado.

Meados do século XIX, novos tempos, nova ordem, nova personagem no elenco hospitalar. Uma dama, com uma lâmpada! Prestígio social, religiosidade, disciplina militar e organização administrativa tornam Florence Nightingale (1820-1910) a *principal* atriz no cenário hospitalar de sua época, no ocidente. Recebe

como incumbência, no *novo* hospital, organizar e disciplinar a assistência aos internos. Ao cuidado hospitalar não mais bastava a compaixão e a piedade. Seria necessário disciplinar a caridade e transformar o hospital em um ambiente de menor transição doença/morte e maior doença/cura. Seria preciso ir além da administração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Deveria se usar apropriadamente o ar puro, o aquecimento, a iluminação, a limpeza, o silêncio e a dieta como auxílio à cura. Por falta de outra palavra, chamou estas ações de Enfermagem (NIGHTINGALE, 1989). Qualidade do ar, ventilação, luminosidade, temperatura e especialmente higiene ambiental hospitalar tornam-se questões de importância médica no processo de cuidado ao doente internado. Desta forma, com a adoção destes preceitos pela Enfermagem Nightingaleana, visualiza-se a possível contribuição do setor à medicalização dos componentes ambientais no hospital.

Florence percebia o ambiente como componente relevante ao processo de cura, não somente um elemento de conforto ou agente de contágios:

Na observação da doença, quer seja nos domicílios ou em hospitais públicos, o que mais chama a atenção do observador é que os sintomas ou os sofrimentos considerados inevitáveis e próprios da enfermidade são, muitas vezes, não sintomas da doença, mas algo bem diferente, isto é, a falta de um ou de todos os seguintes fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, ou de pontualidade na ministração da dieta (NIGHTINGALE, 1989, p. 13).

Os escritos de Florence Nightingale, ratificam, então, esta adoção de funções medicalizantes da Enfermagem. Descrevem um novo modelo de cuidado, com prioridade à atenção nas intercorrências ambientais, caracterizando uma nova dimensão às ações da Enfermagem praticadas até então. A tônica é prevenir e recuperar as doenças com atenção especial às condições do meio ambiente.

Há quem diga que o legado de Florence esboça componentes importantes de uma teoria que sustentaria uma base ambientalista ao cuidado de Enfermagem. Alguns estudos atuais avaliam o assunto como primeiras abstrações de suporte a um paradigma de escopo ambiental, como componente relevante à teorização em Enfermagem (Torres, 1985; George, 1993). Isso pode

justificar-se, tomando-se em consideração que a tônica dos escritos legados por Florence são as questões ambientais como fatores importantes no cuidado e recuperação do doente internado em hospitais da sua época.

O enfoque ambiental em Enfermagem, tradicionalmente, tem sido relacionado ao cuidado restrito ao cliente, à família e comunidade, inclusive com a avaliação do macroambiente, como determinante de saúde. Na atualidade, teorizadores como Rogers, Neuman, Watson e Parse destacam a dimensão ambiental no cuidado de Enfermagem. Estas autoras elaboram estudos teóricos que abordam amplamente o cuidado ao cliente centrado em proposta de paradigma ambiental ecocêntrico e holístico. Neles, o homem é apresentado numa dimensão horizontal, integrante da natureza, e com ela tem responsabilidade (KLEFFEL, 1996). A dimensão ética e a responsabilidade ambiental também têm sido foco de atenção da Enfermagem, abordando questões de vida, em cenários onde o enfermeiro representa papel de ator principal, especialmente como agente educador, formador de opinião ou participante na construção de políticas de saúde e meio ambiente (SCHUSTER, 1994).

A enfermagem profissional brasileira é organizada no início deste século com atribuições de caráter, prioritariamente, ambientais. Destaca-se no cenário *sanitarista* e contribui, significativamente, para a consolidação do modelo assistencial à saúde da população da época. No Brasil, atualmente, adota-se o conceito de saúde/doença como processo amplo no qual homem e meio ambiente são apresentados numa visualização indistinta. Decorrentes da implementação prática deste conceito, surgem diversas iniciativas com preocupação ambiental exigentes da participação do enfermeiro. Nelas estão as ações em saúde comunitária, educação em saúde ambiental, participação em movimentos ambientalistas. Destaca-se, ainda, a participação em pesquisas ambientais no âmbito disciplinar, multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.

Nossa pretensão não é retratar aqui questões que detalhem uma possível relação da Enfermagem com a medicalização do meio ambiente hospitalar. A idéia foi encadeada no sentido de elaborar algumas reflexões sobre o

engajamento da Enfermagem nas interações ambientais, como elementos básicos no processo que disciplinou o cuidado hospitalar. Para tal, tomamos também, como referência, alguns conteúdos históricos escritos por Florence Nightingale (1989) e Michel Foucault (1985). Os relatos de Florence são relativos às suas observações ambientais, agora Foucault, Corbin(1987) e Vigarello(1996) rastrearam as condições ambientais dos hospitais baseadas em relatos de J. R. Tenon(1788)⁸ e John Howard(1790)⁹. Estes relatos descrevem condições ambientais impressionantes nos hospitais da época, sobretudo na França, Alemanha e Áustria. Sugerem mudanças na sua estrutura organizacional e física, contribuindo na transformação dos hospitais em “*máquinas de curar*”, agora sob o olhar médico de Tenon.

Howard e Tenon elaboram cifras de doentes por hospital, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a extensão e altura das salas, a cubagem de ar que cada doente dispõe e a taxa de mortalidade e de cura. Encontra-se, também, uma pesquisa das relações entre fenômenos patológicos e espaciais. Tenon, por exemplo, investiga em que condições espaciais os doentes hospitalizados por ferimentos são melhores curados e quais as vizinhanças mais perigosas para eles; estuda o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, particularmente as trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos, etc. (FOUCAULT, 1985).

Sendo médico, as observações de Tenon são de escopo médico, determinando uma nova tutela sobre o hospital. Assim, as condições do ambiente de cuidado tais como a temperatura ambiental, a qualidade do ar, os odores, as águas, a sujeira e a limpeza dos hospitais são os principais motivos de seus

⁸ J. R. Tenon era médico ligado à Academia de Ciências de Paris, publicou em 1788 *Memórias dos Hospitais de Paris*. (FOUCAULT, 1985; CORBIN, 1987; VIGARELLO (1996).

⁹ Segundo Rosen, John Howard (1726-1790) foi um juiz supremo de Bedfordshire que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa, entre os anos 1775 e 1780. Em 1777, publicou o famoso relato *Estados das Prisões*, onde ofereceu uma visão completa de suas sindicâncias e propôs remédios para os males relevados. Sob muitos aspectos, suas investigações antecipam a obra dos reformistas sanitários do século XIX. Howard estudou também os hospitais e propôs melhorias na ventilação, instalações sanitárias e maiores padrões de limpeza (ROSEN, 1994; FOUCAULT,

relatos. Relatos que não poupam aos leitores nem ao *Hôtel-Dieu de Paris*, referência histórica do cuidado hospitalizado, no qual, para 583 doentes repartidos em três salas, havia apenas cinco *assentos higiênicos* (CORBIN, 1987). “Os fluxos de ar nauseabundo e os miasmas circulam aspirados pelas escadarias. Derramam-se pelos terraços, refluem e estagnam nos cantos e salas. O fedor tem seu nome acme: a hora do curativo; tem seus pólos conhecidos por toda a Europa: a sala São Gerônimo e a enfermaria das parturientes – a primeira, destinada às operações está instalada acima do depósito dos mortos e se acha exposta aos *vapores fétidos que se elevam dali*. Do mesmo lado fica um cano de onde emana um cheiro muito ruim: ao lado desse cano, em escavações nos terraços, caem as urinas, sangue e outras imundices das rachaduras e, sobretudo, da sala de parto. Aqui reina um mau cheiro pesado. Quando se entreabrem os leitos das parturientes, saem deles, como de um abismo, vapores úmidos que se elevam, se expandem, adensam o ar, dão-lhe um corpo tão sensível que, no inverno, pela manhã, se pode vê-lo entreabrir-se à medida que atravessa e não se pode atravessá-lo sem um nojo que é impossível superar” (Tenon apud CORBIN, 1987). As observações de Tenon são importantes contribuições para a reforma dos hospitais com amplo domínio em princípios de ventilação, destino adequado dos dejetos, leitos individuais e princípios de limpeza com uso da roupa branca.

Howard, um especialista em prisões, preocupava-se mais com a análise higiênica dos ambientes prisionais e, posteriormente, os hospitais. Utilizava, como parâmetro principal de avaliação, as emanções olfativas das masmorras. Entretanto, para os observadores da época, o hospital caracterizava-se como o ambiente olfativo de maior complexidade com seus odores pútridos. A respiração acelerada e os suores infectos dos doentes, seus catarros purulentos, a variedade de sânie que escorrem das feridas, o produto das comadres e das latrinas, as fragrâncias dos medicamentos, os eflúvios dos emplastos amalgamam-se e compõem um fedor que os práticos se esforçam em destrinchar para detectar suficientemente cedo o risco de uma epidemia. O sexo, a idade, a profissão e o temperamento dos doentes modulam a fetidez global, de que emergem os

eflúvios do mal dominante. O pior mesmo é o odor de cadáver que precede a morte, que se eleva de membros gangrenados e dos leitos impregnados de suor destinados aos agonizantes. A visita e a descrição do hospital fazem as vezes de provações iniciáticas a todos aqueles que se preocupam com a higiene pública; o odor sufocante fica promovido à vedete da narração. O infatigável Howard, insensível aos ruídos, pouco importando-se com a iluminação, multiplica as análises olfativas. As descrições dos hospitais de Lyon e de Malta são, nesse sentido, reveladoras... a parte de Bicêtre reservada aos doentes, notadamente a sala dita São Francisco, verdadeira "sentina da espécie parisiense", cujo ar fedorento "fazia desfalecer e sufocava o mais caridoso e o mais intrépido dos visitantes" (CORBIN, 1987).

Observando-se o período histórico dos relatos de Tenon e Howard, temos que considerar que na sua origem estão as transformações econômicas e políticas que ocorrem na Europa nessa época. O hospital passa a ser um fato médico, mas além de fato médico, passa a ser uma questão política com raciocínio bélico e econômico e um local onde administradores e médicos tornam-se os principais atores. É justamente neste cenário que Florence assume papéis e media *disciplinarmente* o desenvolvimento de uma nova abordagem ao cuidado hospitalar. Passa a elaborar registros sistemáticos das ocorrências de Enfermagem, propõe inovações no cuidado aos doentes e investe no preparo técnico de pessoal para atuar profissionalmente no ambiente hospitalar, neste instante, já sob o olhar médico. Para Foucault, o hospital não foi reorganizado a partir de técnicas médicas, mas a partir de uma política de disciplina, como técnica de exercício do poder, com princípios melhor elaborados no final do século XVIII (FOUCAULT, 1985). Pelos seus escritos, é possível perceber em Florence a adoção dos princípios disciplinares enumerados por Foucault, tomando como exemplo o exército e a escola nesta época: "Arte de distribuição espacial dos indivíduos... Controle sobre o desenvolvimento da ação, não sobre o seu resultado... Vigilância perpétua e constante dos indivíduos...Registro contínuo"(FOUCAULT, 1977, p. 105-107).

Para Foucault, a medicalização do espaço hospitalar deve-se aos mecanismos disciplinares confiados ao médico. Fica uma interrogação sobre a origem destes mecanismos disciplinadores, também confiados à Enfermagem. Pode ter sido em função das necessidades surgidas no espaço hospitalar, decorrentes das transformações políticas e econômicas ocorrentes na época, exigindo delegação de funções disciplinadoras à Enfermagem.

Na atualidade, o hospital pode ser considerado uma instituição de importância similar a outras organizações consideradas de necessidade social, tais como as escolas, as igrejas, os presídios e os asilos. É um ambiente que pode ser avaliado dentro de parâmetros especiais, levando-se em conta a característica e preciosidade de suas atividades, a maioria destinada ao cuidado do ser humano em situações de transição e fragilidade: o nascer, o adoecer e o morrer.

O cuidado ao ser humano hospitalizado, além de possibilidade de ação, deve ser também objeto de estudo em outra face do hospital, estabelecido como uma de suas funções primordiais como a de ensino e pesquisa. Na atualidade, apresenta-se como exigência a esta instituição caminhar no compasso da modernidade preparando novos fundamentos que atendam às expectativas do cuidado ao ser humano no futuro. Para tal atenção, o hospital consta da agenda de pesquisadores em saúde, especialmente de grupos constituídos para investigações de temas como a qualidade, a segurança e o conforto no ambiente hospitalar.

Nos escritos legados por Florence Nightingale, encontram-se também importantes referências que denotam as transformações no ambiente de cuidado. São proposições de cuidado ambiental, visando ao conforto e maior qualidade da assistência no espaço hospitalar. Suas *notas* mostram referências a fatos que demonstram sua preocupação com a qualidade do ar hospitalar e, por dedução, com os odores ali presentes (NIGHTINGALE, 1989). Além da preocupação com procedimentos administrativos institucionais que interferiam diretamente na qualidade da assistência ao paciente internado, Florence invoca a necessidade do saneamento domiciliar e questões de saúde ambiental no contexto urbano da

época, precedendo importantes temas que hoje norteiam estudos de abrangência global, constituintes dos debates que se apresentam como referencial para a construção de ambientes confortáveis e saudáveis.

Como síntese, retomamos os relatos ambientais históricos de Tenon e Howard, citados por Foucault, destacando as condições ambientais extremamente precárias e impressionantes dos hospitais da época, principalmente na França, Alemanha e Áustria. Estes relatos estabelecem uma cifra de doentes por hospital, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a extensão e altura das salas, a cubagem de ar que cada doente dispõe e a taxa de mortalidade e de cura. Também apresentam uma pesquisa das relações entre fenômenos patológicos e espaciais. Especialmente Tenon investiga em que condições espaciais os doentes hospitalizados por ferimentos são melhor curados e quais as vizinhanças mais perigosas para eles, estuda o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, particularmente as trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos. Os relatos levam a entender os hospitais e as prisões como os mais indesejáveis lugares à condição humana. Para inverter esta situação, sugerem mudanças drásticas na sua estrutura organizacional e física, contribuindo na transformação dos hospitais em "*máquinas de curar*" (FOUCAULT, 1985).

É bem possível que, na atualidade, não se encontrem situações (mal) odorantes como as apresentadas nos relatos de Howard. Estas transparecem parcela do drama cotidiano e a precariedade dos hospitais da época, comunicando uma realidade que nos parece inconcebível ao ser humano, como um ser pensante. Porém, é interessante observar que muita coisa mudou em termos de qualidade do cuidado e conforto ambiental nos hospitais atuais, mas, dependendo da situação política e sócio/econômica do país ou região, encontram-se ainda condições similares aos relatos de Tenon ou mesmo de Howard. No Brasil, em muitas situações, essa realidade é atual, não se apresentando muito distanciada dos relatos acima, sendo constante no cotidiano de nossas prisões, bem como, instituições hospitalares psiquiátricas, especialmente públicas.

2.3 Os cheiros também podem curar?

No universo das sensações olfativas, nem tudo é desagradável, desconfortante ou mau odorante. A percepção de um determinado odor estimula nossa "memória olfativa", de forma que, tanto em nível consciente quanto inconsciente, elaboramos associações mentais que delimitam a propriedade de uma sensação olfativa. Esta pode ser concebida como agradável ou não, dependendo do que está registrado em nossa memória. Esse fenômeno sugere que os odores podem exercer influências determinantes no comportamento humano, ocasionando reações diversas, tais como incremento à atenção, diminuição de situações estressantes ou estado de conforto ou desconforto físico. Estas e outras afirmações são resultantes de inúmeras investigações concernentes ao universo odorante. Não obstante a isso, o sentido do olfato humano é ainda pleno de interrogações. O conhecimento com maior profundidade de sua fisiologia é limitado e propagado somente em meios restritos aos especialistas do assunto, contudo, mesmo assim, no mundo do conhecimento mais especializado, ainda pergunta-se qual a significância do sentido do olfato para a espécie humana? Que papéis desempenham na sustentação da vida?

É possível que o olfato seja um sentido altamente especializado e ignorado em muitos detalhes funcionais. Tem sido considerado pela generalidade humana mais como um sentido estético importante para outros animais que o utilizam para comunicar-se com o seu meio ambiente, identificando alimentos, predadores ou parceiros da espécie. Pergunta-se então, para que serve esta habilidade humana capaz de distinguir aproximadamente dez mil odores? Cada indivíduo é detentor de um sistema olfativo único, geneticamente determinado, com sensibilidade capaz de identificar conscientemente essa imensa diversidade de odores. Ainda que não seja considerado na mesma escala de valores de outras formas do sentir, o olfato é um sentido poderoso. Os odores têm a capacidade de nos afetar nas dimensões fisiológica, psicológica e social. Em alguns momentos aspiramos fragrâncias que nos tocam intimamente, sem atinarmos, nestas ocasiões, para o significado destas mensagens. Pesquisas atuais apresentam hipóteses de detecção de odores e suas respostas de forma subconsciente. Deste modo, o

sentido do olfato é estudado como componente da sexualidade e reprodução humana, acreditando-se que alguns genes determinam uma identidade odorífica pessoal capaz de desencadear respostas comportamentais de atração ao sexo oposto (BICALHO, 1998). Pesquisadores da sexualidade humana interrogam sobre a possibilidade dos odores corporais transmitirem alguma mensagem química. Seriam sinais ocultos capazes de interferir no sistema hormonal humano, ocasionando mudanças físicas e de comportamento mútuo¹⁰.

Há um imenso espectro olfativo através do qual os seres humanos podem detectar conscientemente, além dos possíveis inconscientes, odores com aptidão para ocasionar respostas cognitivas e emocionais distintas, previsíveis ou imprevisíveis. A percepção de cheiros não consiste só na sensação gerada pelos próprios odores, e sim também nas experiências e emoções que lhes estão associadas (ENGEN, 1991). Seria possível, então, obter-se alguma resposta com capacidade terapêutica, ocasionada por estímulos odorantes? Ainda há espaço para atividades terapêuticas aromáticas numa sociedade moderna, na qual os processos de cuidado hegemônicos são predominantemente tendentes à desodorização geral, silenciando a linguagem dos cheiros? Estas são interrogações, às quais um número não muito expressivo de pesquisadores do assunto, vem dedicando estudos que possam cooperar para suas respostas. Com intento de agregar algum debate ao tema, elaboramos aqui uma breve reflexão, à luz da trajetória de alguns destes pesquisadores, que em remotos tempos e distantes lugares, ocuparam-se com a prática e/ou estudos dos aromas e seus efeitos sobre o processo de saúde/doença do ser humano.

Atividades terapêuticas apoiadas em aspirações de aromas são práticas históricas encontradas em toda diversidade cultural humana. Algumas com larga utilização, como no caso das orientais e as ditas primitivas, ou mesmo, na cultura ocidental, apoiadas ou não em experimentos da ciência dominante neste espaço

¹⁰ Artigo publicado na Revista Time em março de 1998, no qual os psicólogos da Universidade de Chicago Stern Kathleen e Martha McClintock, procuram demonstrar que os odores *indetectáveis* de uma mulher podem influenciar o ciclo menstrual de outra, ocasionando uma possível convergência de atividade fisiológica em mulheres que convivem num espaço geograficamente delimitado, sugerindo uma comunicação *feromonal* em potencial (HAWRES, 1998)

cultural. Entenda-se terapêutica, nestes casos, como práticas utilizadas pela população ou *especialistas* em curas, alívio de sintomas, conforto físico/emocional ou ambiental.

A história cultural dos odores como terapia pode ser considerada como acompanhante da história do homem no planeta. Nossos ancestrais devem ter aprendido como e o que comer, antes do domínio do fogo para o preparo dos alimentos. Pela experiência, descobriram que algumas plantas, usadas como alimentos ou não, poderiam ajudar no cuidado de ferimentos, aliviar alguma dor, provocar vômitos ou diarreia e que seus cheiros causavam alguma sensação especial.

É muito difícil apontar a data em que as plantas foram usadas para fins médicos pela primeira vez. Com o domínio do fogo, é possível que, ao queimar plantas aromáticas, observaram os seus primeiros efeitos medicinais, ao descobrir que a aspiração de algumas fumaças poderiam provocar sensações de sonolência ou eram estimulantes ou produziam algum vigor. Arqueologistas encontraram no Iraque, junto a um esqueleto humano de sessenta mil anos, pólenes fossilizados de oito tipos de plantas medicinais, usadas naquele país até hoje. Durante o período neolítico, no mundo oriental, o homem descobriu que plantas, tais como a oliva, o linho e o gergelim, quando pressionadas, liberavam substância oleosa e nela deve ter adicionado partes de plantas com aroma agradável. No Egito Antigo, considerado o berço da farmácia e perfumaria, praticava-se há mais de quatro mil anos a terapia dos aromas. As fragrâncias eram consideradas materializações divinas, um símbolo de união entre deuses e homens (LARIVIERE, s/d).

Registros históricos datados de três mil anos Antes de Cristo, relacionados tanto à medicina greco-romana como à indo-chinesa, descrevem que a maioria dos tratamentos da época utilizava uma conjunção de cuidados apoiados no uso de plantas aromáticas. É desta época (2.000 AC) o Livro de Medicina Interna do Imperador Amarelo, listando 8.160 fórmulas diferentes de medicamentos, a maior parte contendo compostos de ervas medicinais aromáticas. Na Índia, durante muito tempo a medicina foi baseada exclusivamente em plantas medicinais. O

livro dos Vedas codificou os usos de produtos aromáticos em rituais litúrgicos, terapêuticos e estéticos. Os templos da época eram construídos de sândalo, uma madeira que liberava uma essência aromática agradável constantemente. A medicina chinesa (3000 AC) associava massagens com ervas aromáticas à acupuntura.

O Papiro de Ebers, descoberto em 1872, menciona a existência de *herboristas* no Antigo Egito. Estes elaboravam óleos aromáticos que eram usados em medicamentos, cerimônias litúrgicas e de embalsamamento. Há referência de dançarinas com uma espécie de cone perfumado sobre o cabelo aromatizando ambientes de banquetes da nobreza egípcia. Relata-se que os sacerdotes egípcios, além de usarem substâncias aromáticas em cerimoniais religiosos, foram os primeiros a utilizá-las para tratar desordens mentais de indivíduos com casos de ansiedade ou depressão (LARIVIERE, s/d). Costumavam atribuir a eficácia de remédios aromáticos à crença de que teriam sido originalmente formulados ou usados por deuses. O povo egípcio não era o único a usar produtos aromáticos nos tempos antigos. Templos babilônicos constavam de uma área especial para o uso freqüente de essências aromáticas em rituais sagrados. Uma tábula babilônica datada de 1800 a.C. apresenta uma relação de óleos medicinais de cedro, mirra e cipreste, sugerindo o uso primitivo de alguma forma de destilação. Estes óleos eram muito apreciados na Babilônia e no Egito, usados como cosméticos e unguentos para o corpo e cabelo, para proteger e dar resistência aos papiros e no processo de mumificação (TISSERAND, 1993).

Nos escritos bíblicos sobre o êxodo do povo judeu do Egito, ocorrido 1240 a.C., menciona-se que Moisés recebeu do Senhor, além dos *Dez Mandamentos*, instruções para o preparo de óleo e incenso sagrado. O Senhor instruiu Moisés para utilizar aromas de qualidade, misturando mirra, cinamomo aromático, cana aromática, cássia e azeite de olivas (BÍBLIA SAGRADA) Óleos aromáticos e perfumes só deveriam ser empregados com finalidades sagradas e não poderiam ser usados por pessoas comuns. Eram destinados às cerimônias de consagração de profetas, reis e sacerdotes. Entretanto, as mulheres hebréias que trilhavam no deserto criaram o hábito de usar um saquinho de linho contendo mirra e

aromáticos, pendurado no pescoço e alojado entre os seios, constituindo-se numa espécie de desodorante de longa duração (TISSERAND, 1993)..

Os gregos herdaram muitos de seus conhecimentos sobre óleos essenciais dos egípcios, adaptando-os para a cosmética e medicina, utilizavam o óleo de oliva para absorver partículas odorantes de flores (TISSERAND, 1993). Heródoto e Demócrites, viajantes gregos, visitaram o Egito no século quarto a. C. e relataram a maestria dos egípcios na arte da perfumaria.

Na tradição da Grécia, segundo descrições de Homero na *Ilíada*, os deuses antigos deleitavam-se em substâncias aromáticas e eram eles próprios aromáticos. Os gregos atribuíam uma origem divina a todas as plantas aromáticas. Homero descreve Zeus envolto em uma nuvem de fragrâncias e suscetível a um suave aroma (HOMERO, 1958) Assim, “quando a deusa Hera desejou seduzi-lo com ambrosia¹¹ limpou primeiro seu encantador corpo de todas as manchas e ungiu-o depois copiosamente com óleo ambrosíaco macio de magnífica fragrância” (TISSERAND, 1993). Ambrosia e néctar eram parte do doce aroma dos antigos deuses gregos, usado como unguento e também comido. Ambrosia e néctar são descritos como essências vivificantes. Na *Ilíada*, a deusa Tétis fomenta as narinas de um guerreiro caído com ambrosia para impedir que seu corpo se decomponha (HOMERO, 1958) Os deuses eram usualmente presenteados com a fragrante fumaça do incenso, que podia constituir também a totalidade de uma oferenda sagrada (CLASSEN, et al, 1996).

A deusa Deméter espalhava perfume de suas roupas. Todavia a mais cheirosa de todas as divindades gregas era a deusa do amor, Afrodite. Homero fala que onde Afrodite passava deixava atrás de si um rastro de doces fragrâncias. Captar o perfume da divindade podia resultar em diversos efeitos da fragrância sobre os seres humanos, desde a cura de ferimentos de guerra, até a reanimação de corpos. (CLASSEN, et al, 1996). Os relatos sobre aromas na antigüidade mitificam também a origem das plantas aromáticas. Ovídio, nas

¹¹Na antigüidade grega, as fragrâncias eram feitas de óleos com essências de flores, principalmente de rosas. Homero designou de *elaion* (óleo), ao qual poderia ser o epíteto de *rosa*, então *ambrósia*. (TISSERAND, 1993, p. 34).

Metamorfoses, conta a história de como a filha de um rei é seduzida pelo Sol e depois morta por seu pai. Quando o Sol descobre a jovem morta, tenta ressuscitá-la, banhando-a com néctar e aquecendo-a com seus raios. Entretanto, o corpo derreteu-se, encheu a terra em volta com doce fragrância. Em seguida, neste local, a terra rompe-se e nasce um arbusto de olíbano¹². Muitas das plantas fragrantas conhecidas na antigüidade tinham sua origem atribuída a histórias mitológicas. A mirra teria sido originada de uma mulher que se apaixonou pelo seu próprio pai, a menta foi amante rejeitada de Hades e o loureiro nasceu de uma ninfa amada por Apoio. É interessante observar que os relatos da origem destas plantas estavam associados a uma história de amor, mesmo que contrariado, com um desejo implícito de união com o divino.

De acordo com o que apresentamos anteriormente, filósofos, poetas e historiadores da antigüidade apresentaram suas opiniões sobre os odores e seus efeitos sobre o corpo e a alma. Platão escreveu que os odores participam de uma natureza *semiformada*, sendo ela mais tênue que a água e mais densa que o ar, caracterizando o olfato como de natureza ambígua, por isso, difícil de classificar. Aristóteles assinalou também a dificuldade de definir odores devido não serem facilmente diferenciados uns dos outros (CLASSEN, et al, 1996).

De um modo geral, os gregos acreditavam, segundo a teoria humoral, que as qualidades quente, frio, seco e úmido constituíam os pilares sensoriais básicos do cosmo. Conforme esse sistema, os cheiros doces e aromáticos estavam associados às características de quente e seco; e os fétidos às de frio e úmido. Pode ser por isso que terras quentes e secas como a Arábia fossem consideradas a origem de finas substâncias aromáticas. De outra maneira, o mar, frio e úmido, era fonte de odores repugnantes. Os odores não eram entendidos apenas como diferentes sensações estéticas de agradabilidade ou desagradabilidade, e sim,

¹² Designação comum a árvores e arbustos da família das burseráceas (*Boswellia thurifera* e outros), que vivem nos desertos da África e da Arábia, e que, mediante incisão, deixam escorrer a goma-resina conhecida como incenso, que se recolhe depois de seca. São plantas muito citadas nas Escrituras Sagradas, e hoje quase sem importância. No caso da lenda, a essência divina devolveu a vida, em forma de uma planta aromática, a qual retribui o favor oferecendo o seu odor aos deuses como incenso.(CLASSEN et al., 1996).

como parte de toda uma ordem cósmica. Os atos de emitir e inalar odores não eram simplesmente pensados como processos sensoriais, eram também modelos para a expressão, aquisição de conhecimento, representações do mundo. A palavra latina *sagax* (sagaz, sagacidade) significa ter um apurado sentido do olfato e também ser inteligente, arguto. *Sapientia*, por sua vez, significa sabor e sabedoria (Detienne apud CLASSEN et al., 1996)

Como no mundo grego, os romanos também seguiram ritos culturais que utilizavam essências aromáticas, tanto nos religiosos como na culinária, cosmética e medicina. No relato dos escritores do mundo romano antigo, especialmente sobre a nobreza, nota-se claramente uma expressiva valorização das fragrâncias, tanto de uso ambiental como corporal e alimentar. Juntamente com a Grécia e o Egito, Roma fazia parte das civilizações perfumadas da antigüidade. Pode-se comparar a exibição das fragrâncias naquela época aos quadros e esculturas da idade média e moderna, bem como, contemporaneamente, aos automóveis de luxo. Além do cuidado ambiental com aromas, usavam-nos também para o corpo e para o *ego*. Os perfumes (do latim *per* (através) *fumum* (fumaça)) tinham fora o do uso estético, também o uso medicinal por suas propriedades antissépticas, especialmente em afecções da pele. A medicina romana utilizava óleos essenciais no cuidado de soldados e gladiadores. Relata-se que Galeno, médico de marco Aurélio, não teve nenhum caso de morte entre os gladiadores que tratou (LARIVIERE, (s/d)). Deduz-se que a medicina, farmácia, perfumaria e cosmética desde aqueles tempos têm caminhado praticamente inseparáveis, destacando a importância dos aromáticos em todos estes campos. Os aromas sobressaem pelo seu efeito estético modificando o gosto dos medicamentos, ou por sua ação antisséptica nos cosméticos, como seu uso medicinal em incontáveis situações de saúde/doença, relatados por autores diversos através da história do cuidado humano.

Os estudos de Classen et al, 1995 e 1996¹³, destacam uma panorâmica do imaginário olfativo na Europa medieval. Estes autores garimpam escritos interessantes que nos mostram como era presente uma simbologia do processo de saúde/doença relacionando-o fortemente aos odores. Desta maneira, os maus cheiros representavam a origem das patologias e, na maioria dos casos, as fragrâncias agradáveis, o seu antídoto. Acreditava-se que o flagelo das epidemias de peste tinha sua origem e era transmitido por odores patogênicos, reforçada pelo fato de que suas vítimas emitiam um cheiro muito forte. As medidas contra a peste eram dirigidas, em grande parte, no empenho para controlar as emanações de *mau ar*. Com o propósito de purificar a atmosfera e impedir a doença, queimavam-se fogueiras de madeiras e ervas aromáticas. Era de uso popular as chamadas "simpatias", confeccionadas a partir de costumes tais como o de rechear uma laranja com dentes de alho, carregar um buquê de flores aromáticas ou um lenço perfumado. Recomendava-se que o quarto de um doente tivesse ervas medicinais nas janelas, fogo aromático na lareira e o assoalho borrifado com água-de-rosas e vinagre, quando iam receber visitas. As substâncias aromáticas eram consideradas úteis não só para impedir a doença, mas também para tratá-la. Medicações inaladas eram consideradas de ação mais direta sobre a mente ou a alma, pois a teoria médica da época dizia que o nariz era o órgão de acesso mais direto ao cérebro e o olfato considerado como o meio mais eficiente de tratamento (HOWES, et al., 1995).

É interessante observar que a terapia aromática era predominantemente caracterizada por cheiros agradáveis, entretanto, alho, arruda, tabaco, vinagre, pólvora, inclusive fezes e urina, em muitas ocasiões, eram considerados protetores contra infecção, em virtude de sua potência odorífera. Queimar sapatos velhos ou manter um bode dentro de casa era tido em conta como eficientes profiláticos olfativos.

¹³ Constance Classen é pesquisadora do Centro de Estudos das Religiões Mundiais, na Universidade de Harvard, Cambridge, Massachusetts e David Howes e Anthony Synnot, do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade de Concórdia, Montreal, Canadá.

Estudos antropológicos elaborados por Classen et al (1995) e Hall (1977), sobre rituais do odor, verificaram que as culturas diferem no significado e importância dos sentidos. A cultura olfativa está presente em distintas civilizações, nos lugares mais remotos da terra. O princípio que parece justificar o uso dos odores pelos povos baseia-se na proposição de que os cheiros nocivos geram doenças e os odores saudáveis as combatem. Os chás, as vaporizações e fumigações com ervas fragrantes são as formas mais encontradas de administração deste tipo de cuidado. Esta crença é encontrada em culturas da África, Oceania e América Latina. Na Venezuela, os xamãs *auraus* acreditam que a doença é causada por odores pútridos que atingem as pessoas debilitadas e as tratam com perfumes das ervas que penetram no corpo do paciente e expulsam estes odores nocivos. O indivíduo está curado quando os maus cheiros não são mais percebidos (HOWES, 1995). A teoria do cheiro na saúde destas culturas tem como princípio que o estar saudável é estar num estado equilibrado de odor corporal e a doença, um declínio ou excesso de odores do corpo. Na América Latina, o emprego dos odores para curar de forma simbólica ou real é muito intenso. Chás, banhos, incensos, dentre diversas formas de uso das plantas medicinais, são utilizados para enfrentar inúmeros problemas de saúde, desde depressão até má sorte afetiva ou nos (HOWES, 1995) negócios¹⁴.

Na Tanzânia, acredita-se que um mau cheiro, denominado *nuksi*, é a causa de muitos infortúnios, desde doenças até perda do emprego. O tratamento para esse mal é feito com plantas aromáticas fervidas em água. A maioria destas culturas sustentam que espíritos maléficos dão origem aos maus odores e doenças e, da mesma forma, as aromaterapias são orientadas ao combate desses espíritos. Em algumas regiões da Nigéria, diz-se que bruxas entram pelo nariz das pessoas e causam distúrbios mentais. Os indivíduos, então, são tratados com inalações de plantas apimentadas que causam espirros, expelindo assim o malefício. (Classen, et al, (1994:159/161).

¹⁴ A Arruda (*ruta graveolens*), é uma das plantas utilizadas em rituais de cura na América do Sul.

O processo da ação química e fisiológica das partículas odorantes determinando reações psicossomáticas positivas ou negativas ainda é desconhecido. No entanto, para alguns campos do conhecimento, sobretudo para a psicologia sensorial e neurolingüística, é fato indiscutível. Os odores exercem influência sobre a conduta humana, determinando reações comportamentais específicas. Estas reações podem proporcionar o controle de estados ansiosos, o estímulo sexual, o aumento da autoconfiança, as manifestações de raiva ou medo, dentre outras. De acordo com os estudiosos desta área, ao estimularmos o sentido do olfato entramos em contato com nosso canal cinestésico, de modo que todas as sensações a ele relacionadas, tipo emoções, desejos, sonhos e lembranças, se tornam mais ativas. Ao sentirmos um determinado odor, nossa *memória olfativa* é estimulada, de maneira que, consciente ou inconscientemente, elaboramos associações com registros olfativos capazes de culminar em alguma sensação agradável ou não, dependendo do fato ocorrido em nossa vida (MERENNA, s/d).

O termo aromaterapia surgiu há quinze anos, quando os primeiros frascos de óleos essenciais de plantas aromáticas apareceram no mercado europeu. Este termo foi caracterizado por René-Maurice Gattefosse e Jean Valnet (TISSERAND, 1993), farmacêuticos que estudavam a aplicação de óleos essenciais naturais, como medicamentos orais, aplicados na pele ou aspirados. A Gattefossé é atribuída a primeira menção à palavra "*aromaterapia*". Ele era um químico interessado no estudo das propriedades antissépticas dos óleos essenciais e publicou seu primeiro livro, *Aromaterapia*, em 1928, seguido de uma série de textos sobre o assunto. Valnet, médico, seguidor de Gattefossé, também publicou um livro *Aromaterapia* (1964) e diversos artigos científicos sobre a potencialidade do tratamento com essências aromáticas. Nele relata suas experiências de tratamento de ferimentos durante a Segunda Guerra Mundial, tornando-se um dos marcos para a ampliação e aceitação da terapêutica dos aromas na Europa. Gerhard Buchbauer, professor da Universidade de Viena, definiu aromaterapia como:

aplicação de odores voláteis como cicatrizantes, controle ou prevenção de moléstias ou indisposições inalando substâncias aromáticas originadas de óleos essenciais naturais ou de fragrâncias sintetizadas quimicamente, sob a orientação de um médico ou profissional da área médica (TISSERAND, 1993, p.55).

Há uma variação da aromaterapia denominada *osmoterapia*, compreendida como a aspiração de uma determinada ordem de odores voláteis com o objetivo de aliviar problemas de saúde mental. É realizada por um psicoterapeuta especializado em aromaterapia. O termo *aromamedicina* também está relacionado às terapias a partir de substâncias aromáticas. Estas práticas mais usuais no continente Europeu recebem alguma crítica de pesquisadores americanos, os quais consideram que estudos e atividades exercidas por médicos, psicoterapeutas e outros profissionais de saúde deveriam estar ligadas preferencialmente à atividade do químico farmacêutico.

Com o objetivo de uma maior sistematização dos conhecimentos relacionados ao uso de aromas terapêuticos, os americanos criaram o termo *aromacologia*, como o estudo associado à psicologia e fragrâncias, numa abordagem multidisciplinar, envolvendo aspectos anatômicos, comportamentais, psicológicos e fisiológicos do efeito das fragrâncias, com o propósito de mudar a atitude interna e psicológica de um indivíduo, resultando em modificações somáticas positivas. A *aromacologia* explica que o resultado deste tratamento tende a um efeito estimulante ou relaxante. Segundo a *aromacologia*, os tratamentos com emanações odorantes podem ocasionar uma alteração no íntimo do indivíduo, proporcionando um estado de harmonia interior a qual poderá elevar a quantidade de imunoglobulinas no sangue, contribuindo, assim, para aliviar sintomas ou eliminar doenças ou infecções. A aplicação de óleos essenciais associados com algum outro produto, com o objetivo de cuidados preventivos e curativos do corpo, denomina-se *aromacosmética*, cuja ação é idêntica aos produtos cosméticos comuns. Pesquisadores do Olfactory Research Fund. Ltd.(1995) sugerem que todas as atividades que usam óleos essenciais aromáticos em cuidados holísticos poderiam abrigar-se sob o termo *aromacultura*, sendo, então os outros termos considerados dele derivados.

Atualmente, a aromaterapia amplia espaços dentre as diversas alternativas terapêuticas e ganha popularidade em todo o mundo. Seus benefícios começam a ser reconhecidos não só no seio das práticas terapêuticas tradicionais e complementares, bem como dentro da medicina ortodoxa. A Enfermagem também avança na aquisição de maior conhecimento do emprego dos aromas no cuidado à clientela. Para tanto, muitos profissionais de Enfermagem, em todo o mundo, vêm se especializando como Aromaterapeutas, atuando em diversos campos do cuidado, particularmente, em unidades geriátricas, de terapia intensiva, psiquiatria e deficiências físicas, tanto em nível hospitalar como domiciliar (Zanatta, 1998, p. 4). Este cuidado é baseado, principalmente, na utilização de óleos essenciais aromáticos ou deles derivados, associados às diversas técnicas, tais como banhos, massagens, compressas, unguentos, inalações e aromatização ambiental com incenso, velas perfumadas e outros aparelhos congêneres.

Os óleos essenciais são compostos orgânicos voláteis extraídos das plantas, especialmente por métodos de destilação e uso de solventes. Em princípio, praticamente, a maioria das famílias de plantas constituem matéria-prima para algum óleo essencial, basta que este possua, em sua estrutura química, algum núcleo aromático. Algumas com grande capacidade, outras mínimas, como no caso das rosas, que, para produzir um litro, é necessário mais de uma tonelada de pétalas.

No Brasil, algumas essências são de grande importância econômica, como a do Sassafrás, Hortelã, Laranja e Limão, devido ao seu múltiplo uso. A maioria dos óleos essenciais utilizados pelos Aromaterapeutas brasileiros são importados de outros países. Das 21 famílias botânicas que produzem óleos considerados medicinais, a aromaterapia clássica emprega normalmente oito delas. Artemísia, Camomila, Estragão e Perpétua, da família das plantas *Compostas*¹⁵. Afirma-se que as propriedades medicinais destes óleos são anti-sépticas, calmantes, anti-inflamatórias da pele e sistema digestivo. Da família das *Coníferas*, utilizam-se

sobretudo os óleos de Cedro, Cipreste, Junípero e Pinho, considerados altamente anti-sépticos e descongestionantes respiratórios. Considerados altamente fragrantes, os óleos de Citronela, Erva-príncipe, Palmarosa e Vetiver são pertencentes à família das *Gramíneas*. A família das *Burseráceas*, óleo de Elemi, Olíbano e Mirra, utilizados em aromaterapia na forma de destilados, para o tratamento de bronquites e curativos de feridas, reduzindo sinais de cicatrizes. *Mirtácea* é a família dos Eucaliptos, do Cravo e da Nóz-moscada. O Eucalipto é considerado anti-fúngico e anti-inflamatório.

Os óleos cítricos são produzidos a partir de plantas da família das *Rutáceas*, às quais pertencem o Limão, a Laranja e a Bergamota, utilizados como digestivos, e benéficos para a pele, mas com certas precauções, neste caso, pois estes óleos contêm partículas fotosintetizadoras e não devem ser usados em pré-exposições ao sol. A família das *Labiadas* é caracterizada por grande número de plantas herbáceas; têm forte concentração de óleos essenciais nas suas folhas possuidoras de odor penetrante e de fácil liberação. São exemplos o Alecrim, a Hortelã-pimenta, Lavanda, Manjeriço, Melissa, Orégano, Patchouli e Tomilho. Uma última família de plantas que agrega muitas espécies aromáticas são as *Umbelíferas*, representadas especialmente pelo Anis, Funcho, Angélica, Cominho, Coentro e Cenoura. Muitos óleos desta família contêm *cetonas* e *fenóis*, devendo ser usadas com algum cuidado às intoxicações, especialmente no caso de gestantes e crianças. (Zanatta, 1998; Tisserand, 1993; Oliveira et al, 1991 e Craveito et al, 1981).

A ciência biomédica *positiva* duvida dos resultados da aromaterapia como alternativa de cura¹⁵, considerando-os, na generalidade, como respostas psicológicas fundamentadas na lembrança de estímulos agradáveis ou desagradáveis, contidos em nossa *memória olfativa*. Dependendo da característica do aroma, este pode estimular o organismo e reagir de acordo com o estímulo percebido, e, se a lembrança deste estímulo for agradável, sua

¹⁵ A família das plantas Compostas é a maior do reino botânico, agregando 800 gêneros e 13 mil espécies conhecidas.

¹⁶ **Aromatherapy:** experimental studies of the beneficial effects of odors on health.

resposta pode caracterizar-se por um estado de bem estar, tanto psicológico, como somático. Isso tem sido constatado através de práticas para diminuir estados de ansiedade de clientes submetidos a exames diagnósticos e tratamentos que podem causar situação de estresse, tais como tomografias computadorizadas, ressonância magnética, aplicações de quimioterápicos de longa duração, hemodiálises e outros congêneres. Na generalidade, são cuidados ambientais com aromas, capazes de produzir um estado de conforto ao cliente.

Na atualidade, constata-se que estas práticas não estão limitadas às situações clínicas. A aromatização, sobretudo ambiental, vem sendo utilizada para melhorar o nível de produção no trabalho empresarial, proporcionar conforto aos viajantes em aviões, metrô, ônibus e outros transportes individuais ou coletivos.

Em outra perspectiva, a aromaterapia amplia-se como prática de cuidados numa perspectiva holística, conseguindo a adesão de profissionais de saúde e clientela de muitos países, especialmente naqueles de maior desenvolvimento econômico e tecnológico. Na Grã-Bretanha ocorre um crescente uso dos aromas em ambientes hospitalares gerais e psiquiátricos, nos quais atuam enfermeiros aromaterapeutas, preferentemente em unidades geriátricas. Todavia, ainda trata-se de uma atividade terapêutica com restrito número como experiência institucional, limitada a alguns setores e dependente de iniciativas individuais em sua maioria.

Na nossa avaliação, de acordo com aquilo que conseguimos encontrar na literatura e pela nossa experiência na prática profissional, ainda ocorrem muitos equívocos confundindo aromaterapia com medicina herbária ou fitoterapia. Ocorre, na generalidade, uma simultaneidade na utilização de técnicas aromaterapêuticas com produtos e outras tecnologias de cuidados não *biomédicos*, associando diversas práticas *alternativas*, as quais podem ser complementares.

Afora o cuidado aromaterapêutico em casos de patologias, é necessário atentarmos para o imenso universo odorante presente em nosso cotidiano, graças à valorização dos aromas pelas atividades humanas relativas ao seu segmento

mercadológico. A transformação em mercadoria, dos aromas naturais ou manipulados quimicamente, desenvolveu um poderoso nicho de mercado que, de certo modo, contribui ao conforto pessoal e coletivo. Dentre o desmedido número de produtos e técnicas envolvendo odores aromáticos, muitos nos confortam em diversas situações, a maioria rotineiramente e possivelmente despercebida. Sabões, cremes, talcos, desodorantes corporais e ambientais, desinfetantes e antissépticos em geral fazem parte do elenco de aromas, os quais, rotineiramente, contribuem em terapias convencionais e outras alternativas de conforto individual e coletivo.

Independente de hora e lugar, os aromas estão presentes em nosso cotidiano; dependendo da maneira como os percebemos e interpretamos, eles proporcionam respostas capazes de confortar, estimular ou relaxar, bastando que nos apropriemos com sabedoria dos benefícios dessa prática, principalmente para a Enfermagem, como um instrumento a mais de apoio ao cuidado humano.

3 INDAGAÇÕES SOBRE O PROBLEMA DE PESQUISA.

*Curiosidade, coragem e sensacionalismo
motivaram a condução desta tese!*

Descrevemos, até aqui, algumas situações nas quais as sensações olfativas foram alvo de estudos pela ciência e também abstrações filosóficas que contribuíram para maior conhecimento deste sentido. Destacamos também sua dimensão como percepção de uma realidade concreta, numa relação prioritariamente coletiva, voltada para questões ambientais envolvendo o espaço hospitalar. Todavia, nossa principal interrogação refere-se às questões mais intrigantes que abarcam esta sensação em situações subjetivas, resultantes da interação dos atores que desempenham papéis no cenário hospitalar. É possível elaborar uma gama significativa de interrogantes destas relações e conseguir respostas que poderiam contribuir no desenlace de muitos dramas encenados neste palco.

Nosso estudo tem intenção de dedicar atenção aos odores do espaço hospitalar, com prioridade aos de origem corporal, procurando interpretar seu significado e responder a significância desta abordagem no ato do cuidado ao cliente hospitalizado. O cotidiano da Enfermagem é permeado de emanações odorantes, as quais, percebidas, são alvo de atenção, especialmente aquelas de caráter considerado desagradável. Nossa questão centra-se na percepção da Enfermagem e tomada de decisões no cuidado do cliente e ambiente, resultante

do impacto com os odores. A reflexão desta temática nos instiga na direção de alguns interrogantes e pressupostos ao nosso objetivo.

Todo odor comunica algo. Aquilo que alguns indivíduos interpretam como desagradável pode ser considerado agradável para outros, pois o juízo de gosto é subjetivo e também cultural. Agradáveis ou desagradáveis, os odores enviam alguma mensagem, óbvias em diversas situações, em outras, requerendo descodificação, podendo significar algum perigo iminente presente no ambiente, causa ou resultado de algum dano ou desconforto ao indivíduo, ou ainda, ao contrário, propiciar conforto ambiental e possibilidade terapêutica individual e/ou coletiva. A interpretação destas mensagens olfativas pela Enfermagem, dependendo da sua resposta, pode ser decisiva na condução e desenlace do ato de cuidar mediado pela relação *percepção olfativa/ação de Enfermagem*. Pode ser sugestiva de emissão fisiológica resultante da ação de determinada patologia portada pelo cliente internado? Ou é indicadora da presença, no meio ambiente, de algum resíduo orgânico ou químico industrial em excesso ou mal manejado? Como se desenvolve a ação de Enfermagem após uma percepção olfativa?

A exposição com determinada frequência a determinados produtos fortemente odorantes, comuns no ambiente hospitalar, pode produzir um *mascaramento* do olfato, determinando uma diminuição da intensidade de percepção olfativa (hiposmia por estresse olfativo) nos indivíduos que atuam nestes espaços, especialmente no manejo de produtos com formaldeído?

Se há diminuição da percepção olfativa (máscara olfativa) para os odores hospitalares, o mesmo ocorre em relação a outros odores? Ou a exposição constante a odores senso agressivos leva á diminuição da percepção olfativa em geral (aumento do limiar de percepção)?

Se ocorre uma diminuição da capacidade olfativa para odores em geral, pode haver recuperação do limiar de sensibilidade após determinado tempo de ausência de exposição a odores senso agressivos?

Como avaliar a acuidade olfativa do cliente como elemento diagnóstico de Enfermagem e qual o instrumental tecnológico disponível ou a ser desenvolvido?

É possível pesquisar a relação odores e conforto/desconforto no espaço hospitalar, tanto para os clientes como para os profissionais?

Um ambiente isento de odores ou aromatizado artificialmente pode favorecer o processo terapêutico do paciente?

Um ambiente com presença constante de odores incômodos é determinante de algum tipo de estresse?

As interrogações acima se delinearam como múltiplas alternativas de estudo, num campo ainda pouco explorado pela Enfermagem, tanto na dimensão do cuidado direto ao cliente, como na dimensão de conforto individual ou ambiental e, ainda, em situações especiais, como a opção terapêutica. Procuramos, então, buscar possíveis respostas às inúmeras interrogações que se apresentaram quando nos enveredamos neste *sentido*, refletindo sobre o significado dos fenômenos odorantes no espaço hospitalar e sua contribuição ao cuidado de Enfermagem.

4 ALGUNS PRESSUPOSTOS

A eleição de um tema relativo à percepção e interpretação de fenômenos odorantes por trabalhadores de Enfermagem no espaço hospitalar, foi resultante de reflexão teórica e da experiência prática assistencial, as quais nos conduziram na elaboração das interrogações precedentes, bem como dos seguintes pressupostos:

O sentido do olfato é vital ao ser humano, proporcionando sua interação com a natureza, favorecendo-lhe a nutrição em seus primeiros instantes, garantindo-lhe segurança e elemento de inclinação essencial à vida, à reprodução da espécie compelindo-lhe prazer no viver.

O ser humano é olfativo por natureza, capaz de interagir com seu meio ambiente, percebendo e interpretando sensações odorantes de acordo com suas características estéticas, as quais, dependendo da sua composição química, poderão ser subjetivamente agradáveis, desagradáveis, confortáveis ou desconfortáveis.

As sensações olfativas, independentes das suas possíveis interpretações estéticas subjetivas, possibilitam a expressão de sentimentos. Apresentam-se também como motivo de desconforto tanto físico como psicológico.

A consideração meritória às sensações olfativas e ao sentido do olfato no ato do cuidado de Enfermagem ainda se apresentam restrita.

A maior compreensão estético/filosófica e técnico/científica das emanações odorantes, poderá favorecer diversos campos do cuidado humano, especialmente

no diagnóstico de Enfermagem e planejamento da assistência, vigilância da qualidade ambiental e terapêutica.

O ambiente hospitalar é caracterizado em decorrência de suas emanações odorantes, que podem designar múltiplos significados, desde a presença de determinado fenômeno odorante relativo a um agente biológico, como indicativo de condições de risco ou ainda higiene ambiental.

Estudos relacionados à interpretação do possível significado das percepções olfativas presentes no ambiente do cuidado, suas origens e fatores desencadeantes, poderão contribuir para a qualidade da assistência de Enfermagem e maior conforto ao cliente.

Estes pressupostos nos encaminham à formulação de tese:

A maior apreensão estética dos odores hospitalares é essencial ao cuidado de Enfermagem, todavia, os fenômenos odorantes deste espaço têm sua manifestação restrita, cujos significados carecem de maior compreensão.

5 OBJETIVOS

Este estudo teve como principal objetivo refletir acerca do significado dos fenômenos odorantes no espaço de cuidado hospitalar e sua possível contribuição à Assistência de Enfermagem.

Além deste objetivo principal, nosso estudo propõe novas idéias que poderiam contribuir diretamente no contexto da pesquisa em Enfermagem.

Visa também conhecer as ações e reações subjetivas e objetivas da Enfermagem frente a fenômenos odorantes no espaço de cuidado hospitalar.

Identifica, ainda, as fontes de fenômenos odorantes, categorizando-os de acordo com suas fontes de origem, interpretação de seus significados e procedimentos de enfrentamento.

6 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DO TEMA.

Nosso estudo investigou situações nas quais os odores se apresentaram com significância à assistência de Enfermagem em uma instituição hospitalar. Considerando as características do problema, foi adotada a modalidade da pesquisa de caráter *qualitativo*, embora, sustente-se em dados quantitativos em algumas situações. A constante reflexão sobre o tema, apoiada em consulta da literatura, diálogo com estudiosos dos assuntos, enquete com profissionais de Enfermagem, além de observações de campo, possibilitou evidenciar novos conhecimentos numa realidade repleta de interrogantes.

Elegemos como cenário inicial da investigação as Unidades de Internação Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nestas unidades, de acordo com nossas observações, constatou-se a ocorrência freqüente de situações odorantes de múltiplas origens, representando diversos significados ao cuidado de Enfermagem. Entretanto, o contexto da pesquisa foi expandido para outros setores do hospital, pois as informações locais apresentarem-se limitadas para uma análise conclusiva e exigiram informações de contextos mais diversos. Para tal, convidamos profissionais de outras unidades para contribuir com respostas ao questionário de pesquisa. Colaboraram com nossa pesquisa profissionais de Enfermagem, representados por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do HU/UFSC, atuantes nos seguintes setores: Clínicas de Internação Cirúrgicas, Clínica Médica Mista, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Comissão de Controle da Infecção Hospitalar.

Para recolher e registrar as informações, contamos com três procedimentos básicos. Elaboramos um diário de campo, no qual anotamos as observações realizadas nos espaços previstos para a pesquisa. Utilizamos um questionário com perguntas fechadas e abertas, objetivando obter, junto aos trabalhadores de Enfermagem, qual a sua interpretação sobre os fenômenos odorantes do ambiente de cuidado hospitalar. Realizamos, ainda, estudo em documentos relativos ao conteúdo das Observações Complementares de Enfermagem, referentes à percepção da equipe de Enfermagem frente às situações odorantes, sua interpretação e procedimentos de enfrentamento aos mesmos.

O questionário de pesquisa teve sua validação prévia para corrigir eventuais desvios, através de teste piloto aplicado antecipadamente com a colaboração de 15 profissionais de Enfermagem, trabalhadores em hospitais de Florianópolis.

Previmos registros de observação do cuidado de Enfermagem com profissionais que atuam na atenção direta ao cliente internado. A intenção foi registrar dados sobre a percepção e ação dos atores deste espaço em relação às possíveis fontes odorantes na unidade de cuidado, categorizando-os de acordo com sua especificidade. Se naturais, tipo ambientais, em decorrência do espaço ecológico ao qual está inserido o hospital ou conseqüente da atividade humana sobre o meio local, ou ainda resultante das emanações dos odores corporais dos indivíduos sob cuidado e seus prováveis determinantes. Outras categorias de odorantes foram observadas, arroladas conforme sua fonte causal. Foram categorizadas segundo sua característica físico/química, como por exemplo, as de origem corporal, alimentos, medicamentos, produtos de limpeza, antissépticos e outros que surgiram.

Investigamos, ainda, as atitudes dos profissionais de Enfermagem frente aos cheiros: o que providenciaram para o enfrentamento destas ocorrências, como o fizeram e por que o fizeram. Em princípio, a coleta de informações foi ampla, abrangendo um todo. Progressivamente, encaminhou-se para observações e registro de aspectos mais focalizados do problema até informações bem mais específicas.

As etapas de aplicação do questionário e análise documental foram efetivadas anteriormente às observações por exigirem maior detalhamento na ocasião da análise dos dados. As entrevistas pretenderam aprofundar o diálogo com os interlocutores. Nesta fase, buscamos informações que posteriormente contribuíram para comparação e complemento dos dados levantados na etapa de observação. Ainda, arrolamos o glossário das principais terminologias utilizadas pela Enfermagem nas questões odorantes, bem como as possíveis metodologias e tecnologias utilizadas e/ou desenvolvidos para enfrentamento dessas situações.

Os dados e informações documentais foram obtidos através de pesquisa em registros de cuidados de Enfermagem aos clientes internados nas clínicas cirúrgicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. O objetivo desta atividade foi verificar a percepção da Enfermagem, através de registros da taxonomia dos cheiros contido nas *Observações Complementares de Enfermagem*, bem como, avaliar a condução da assistência decorrente da *análise* destas situações inferidas no *Processo de Enfermagem*.

7 INTERCORRÊNCIAS ÉTICAS DA PESQUISA

O problema ético de qualquer pesquisa deve levar em conta as conseqüências que podem advir dos resultados da investigação. Em nosso caso, como profissionais da área de saúde que, direta ou indiretamente, trabalham com grupos de indivíduos com certa vulnerabilidade, devido, muitas vezes, à sua condição de *paciente*, a qual devemos levar em alta consideração, protegendo-o de algum modo que ele não sofra qualquer dano resultante do processo investigativo.

A preocupação pelo caráter ético dos trabalhos de investigação tem levado muitos profissionais a criarem códigos de ética, considerados como guias para procedimentos corretos, ou ao menos, para alertar e sensibilizar os membros da comunidade científica sobre os dilemas e questões morais que poderão enfrentar. Nos casos de pesquisa, estes códigos têm a ver, especialmente, com o consentimento dos sujeitos e instituições a serem investigados. A proteção da intimidade dos sujeitos e as responsabilidades do investigador. Em nossa atividade de pesquisa, prevemos criterioso respeito aos princípios éticos. Garantia de impessoalidade das respostas. Sigilo profissional. Preservação da imagem institucional, sem ocultar situações de real interesse da população hospitalar. Análise criteriosa dos dados. Observação das normas da comissão de ética da instituição. Consentimento informado nos casos de coleta de dados pessoais.

Em nosso estudo, atendemos os requerimentos previstos nos casos de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução n.º 196/96, do

Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras deste tipo de investigação (CNS, 1996). Nosso projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado de acordo com o Parecer Consubstanciado n.º 032/01. Obtivemos o consentimento informado dos participantes para utilização das informações prestadas nos questionários da pesquisa. Na análise do conteúdo dos questionários, citamos os depoimentos dos participantes, evitando expor a público informações que pudessem identificar seus autores. Arrolamos apenas a atividade profissional, idade, gênero e tempo de atividade dos autores do discurso citado. Entretanto, se com isso não ficar garantido o anonimato, não incorreremos em atitude antiética, pois todos os participantes do estudo, que tiveram seus depoimentos citados, assinaram um consentimento informado para tal.

8 A ESTÉTICA DOS ODORES

Para analisarmos os dados sobre o significado das manifestações registradas, utilizamos, prioritariamente, o referencial de análise de conteúdo proposto por Bardin. De acordo com esta autora, análise de conteúdo é:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permite inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.(BARDIN, 1994, p.42)

A análise constou das etapas propostas por Bardin (1977) - pré análise do conteúdo dos registros de observações, entrevistas e documentos, através de leitura criteriosa deste material, respeitando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Foi explorado através de codificação, ou seja, recorte, enumeração, classificação e agregação dos dados registrados correspondentes ao segmento de conteúdo a ser considerado como unidades chave (palavras, frases, narrativas ,gestos, avaliações, decisões).

Nesta etapa de nosso estudo, elaboramos a análise temática fundamentada basicamente nas expressões lingüísticas, manifestadas pelos sujeitos participantes, no conteúdo das respostas ao inquérito de pesquisa e nos registros documentais da intervenção de Enfermagem. Analisamos inicialmente o conteúdo dos questionários escritos, nos quais as interrogações objetivaram identificar possíveis manifestações comunicativas relativas às percepções olfativas.

De posse dos enunciados, propomos sua apreciação através de um processo de análise do seu conteúdo, na expectativa que o apoio metodológico proposto fornecesse contributos à tradução das manifestações relativas a um sentido volátil, com expressões de comunicabilidade extremamente restritas.

Stuart Hall, (1998, p.40) referindo-se a Ferdinand de Saussure, argumentava que nós não somos, em nenhum sentido, os autores das afirmações que fazemos ou dos significados que expressamos na língua. Nós podemos utilizar a língua para produzir significados apenas nos posicionando no interior das regras da língua e dos sistemas de significado de nossa cultura. A língua é um sistema social e não um sistema individual.

Jacques Derrida, citado por Hall, (1998, p.41), influenciado por Saussure e pela “virada lingüística”, argumenta que, apesar de seus melhores esforços, o indivíduo não pode, nunca, fixar o significado de uma forma final, incluindo o significado de sua identidade. Relata que as palavras são “multimoduladas”, pois sempre carregam ecos de outros significados que colocam em movimento, apesar de nossos melhores esforços para cerrar significados. Para Derrida, nossas afirmações são baseadas em proposições e premissas das quais nós não temos consciência, mas que são, por assim dizer, conduzidas na corrente sangüínea de nossa língua. Tudo o que dizemos tem um “antes” e um “depois”. O significado é inerentemente instável, procura (a identidade) , mas é perturbado (pela diferença). De acordo com Hall (1998, p.41), existem sempre significados suplementares sobre os quais não temos qualquer controle, que surgirão e subverterão nossas tentativas de criar mundos fixos e estáveis (HALL, 1998, p. 41).

A *olho nu* tudo parece muito óbvio, mas ao examinarmos os fenômenos detalhadamente, sob uma ótica diferente da usual, de imediato, eles se apresentam demasiadamente complexos à nossa compreensão. Se quisermos estudar com maior profundidade certos fatos, faz-se necessário analisá-los em seus detalhes, os quais, posteriormente *revistos*, fornecerão elementos inéditos determinando um novo olhar sob o fenômeno observado. Assim sendo, mesmo

como não filósofo, arriscamo-nos neste trabalho, sob fragmentos de luz da filosofia, alguma reflexão sobre os dados obtidos em nossa pesquisa literária e de campo acerca das sensações olfativas.

No início deste estudo, escrevemos que o debate sobre a comunicabilidade de uma sensação, sua importância na percepção do mundo e para o desenvolvimento das idéias, foi tarefa de Condillac, Kant ou Merleau-Ponty, dentre outros pensadores. Nosso propósito foi, sobre o *pensado e dito* pelos estudiosos acerca das sensações, *pensar* um pouco mais o cuidado de Enfermagem, mediado por uma sensação considerada de alta frequência cotidiana e escasso debate acadêmico. Não é nosso objetivo aqui defender novos postulados do conhecimento, nem inserir a sensibilidade do olfato no rol das grandes contribuições às ciências da vida. Esperamos, somente, que os dados sobre as sensações olfativas, aqui analisados, possibilitem alguma reflexão interessante aos pensadores e executores do cuidado de Enfermagem.

Inferindo que algo há além do óbvio cotidiano da temática, nosso empenho é voltado a uma tentativa de desvelo da obviedade, do aparente, do normal, se é que há algo possível de desvelar sobre tal tema.

Para Bardin (1994), fazer uma análise temática, consiste em descobrir os *núcleos de sentidos* que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Na fase da organização da análise, optamos pelo estudo do conteúdo das respostas ao questionário de pesquisa. Elaboramos uma leitura inicial das questões abertas com o objetivo de observar a contemplação dos critérios de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade* e *pertinência*. Procuramos, ainda nesta etapa, verificar se as respostas apresentadas estavam dentro do esperado, isto é, enquadraram-se na questão da pesquisa e, de certo modo, relacionaram-se aos nossos pressupostos. Atendidos estes requisitos, iniciamos a quantificação e tabulação das respostas a questões de conteúdo mais objetivo. Estes dados propiciaram a consolidação de algumas tabelas com conteúdo frequencial, cuja análise pode contribuir para maior compreensão do tema em estudo.

Organizamos também os quadros demonstrativos das respostas abertas, as quais passamos a denominar de *Unidades de Conteúdo (UC)*, tendo em vista a *categorização temática*, ou seja, a classificação de elementos constitutivos nas respostas agrupados por critério semântico.

De acordo com Bardin (1994: p.105), “a noção de tema é uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conteúdo de formulações singulares”. Segundo este autor, é possível levar a cabo um levantamento das atitudes e sentimentos do sujeito ao analisarmos um determinado tema. Este procedimento favorece o descobrimento dos “núcleos de sentido” da comunicação, os quais, conforme sua presença ou frequência, podem representar algum significado para o objetivo analítico escolhido. Para tanto, inicialmente, elaboramos um *plano de análise do tema*. Procedemos, então, um inventário geral das *unidades de significado ou unidades de codificação* presentes em depoimentos no questionário. Objetivamos quantificar, classificar e ordenar por categoria o conteúdo das mensagens expressas por respostas nos questionários, procurando, assim, interpretar e identificar atitudes e sentimentos dos sujeitos da pesquisa, frente aos odores no hospital.

8.1 Interrogações guias

As questões abordaram o tema do sentido do olfato em duas interrogações básicas. A primeira procurou identificar, de forma quantitativa, através de questões fechadas, o grau de importância subjetiva da percepção olfativa comparada aos demais sentidos, durante a atividade de Enfermagem. Estas interrogações foram elaboradas com o objetivo de identificar possíveis representações sociais do sentido do olfato, especialmente quanto ao seu mérito no cotidiano profissional.

A segunda, através de questões abertas e semi-abertas, teve como finalidade, identificar no discurso dos trabalhadores de Enfermagem categorias

temáticas que poderiam conter elementos capazes de sugerir qualificações de caráter estético¹⁷ às sensações olfativas no cuidado de Enfermagem. Objetivamos com estas perguntas levantar dados cuja interpretação possa adicionar idéias capazes de contribuir para maior compreensão dos fenômenos olfativos durante o cuidado de Enfermagem.

8.2 Perfil dos respondentes

Apresentamos a seguir tabela contendo algumas informações sobre os respondentes. Não pretendendo com estes dados elaborar interpretações analíticas freqüenciais, e sim, descrever estatisticamente parcela do perfil dos participantes, de uma forma mais objetiva de visualização. Como não se trata de um estudo estatístico, avaliamos, como forma mais funcional, apresentar uma tabela na qual os participantes são destacados em múltiplas caracterizações. Deste modo, a tabela a seguir representa o conjunto do conteúdo de quatro tabelas independentes. Julgamos que a apresentação destes dados, com esta formatação, facilitará a leitura referente ao perfil de nossos colaboradores. A definição do número de respondentes relativa a cada categoria não foi previamente definida. Estes números coincidem com a disponibilidade dos indivíduos em responder aos questionários. Avaliamos que uma pequena diferença no número de respondentes não alterará significativamente a análise do conteúdo escrito, pois o foco principal de nossa análise interessa-se apenas pelo seu discurso, independente de seu grau de formação ou atividade ocupacional.

¹⁷ Entenda-se estética no sentido concebido pela filosofia kantiana, ou seja, análise do gosto de uma percepção.

Tabela 01 - Caracterização dos respondentes de acordo com a categoria profissional, gênero, faixa etária e tempo de profissão. Florianópolis, Maio/2001.

CARACTERIZAÇÃO	QUANTIFICAÇÃO	PERCENTUAL
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiro	16	40,0%
Técnico de Enfermagem	13	32,5%
Auxiliar de Enfermagem	11	27,5%
TOTAL	40	100%
GÊNERO		
Feminino	35	87,5%
Masculino	05	12,5%
TOTAL	40	100%
FAIXA ETÁRIA		
Menos de 30 anos	06	15,0%
De 30 a 40 anos	17	42,5%
Mais de 40 anos	17	42,5%
TOTAL	40	100%
TEMPO DE PROFISSÃO		
Menos de 10 anos	10	25,0%
De 10 a 20 anos	18	45,0%
Mais de 20 anos	12	30,0%
TOTAL	40	100%

No projeto de tese, previmos realizar observação exclusivamente nas unidades de internação em clínica cirúrgica. Da mesma forma, estava também predeterminadas as entrevistas, unicamente, com os trabalhadores destes setores. Entretanto, no decorrer da execução das atividades, para que se pudesse obter informações olfativas que representassem as questões odorantes no cuidado de Enfermagem num hospital geral, constatamos a necessidade de maior amplitude e diversidade de depoimentos em relação ao tema. Optamos, então, pela inclusão de participantes de outros setores do hospital, proporcionando assim a oportunidade de analisar o discurso de outros indivíduos sujeitos a outras situações odorantes, tais como pode-se constatar na tabela abaixo:

Tabela 02 - Perfil dos respondentes de acordo com o setor de trabalho e tempo de atividade. Florianópolis, Maio/2001

LOCAL DE TRABALHO	NÚMERO DE RESPONDENTES	%	TEMPO MÉDIO EM ANOS NO SETOR
CLÍNICA CIRÚRGICA	12	30,0	9
CENTRO CIRÚRGICO	11	27,7	10
CENTRO OBSTÉTRICO	06	15,0	07
UTI	05	12,5	10
CLÍNICA MÉDICA	03	07,5	04
PEDIATRIA	02	05,0	15
CCIH	01	02,5	15
TOTAL	40	100	10

As tabelas até aqui apresentadas apenas ilustram brevemente algumas quantificações relacionadas aos contribuintes deste estudo. Sua imensa colaboração não pode ser representada em números. A solidariedade, a disponibilidade e o esforço intelectual, dentre outras atitudes dedicadas pelos participantes da pesquisa, são imensuráveis imediatamente. Certamente que, todo este empenho será valorizado através da concretização de nosso objetivo, isto é, a sistematização e interpretação de seus depoimentos, sugerindo-lhes novas contribuições à compreensão da temática em foco.

8.3 O mérito dos sentidos

No decorrer de nossas leituras sobre o sentido do olfato, encontramos referências a estudos atuais que avaliaram, junto à população em geral, o grau de importância desta sensação para o ser humano. São resultados de inquéritos populares que tentam identificar no imaginário social o prestígio ou o demérito do ato de cheirar. O olfato é classificado como de menor importância, transparecendo que, para a maioria, de imediato, não faz muita diferença cheirar ou não e que a ausência de olfação poderia ser facilmente tolerada. Isto seria

como dizer que, se alguém perdesse este sentido, não seria considerado um deficiente físico. Entretanto, é só de imediato e aparentemente, pois, ainda durante o inquérito, ironicamente os participantes tomavam consciência da importância do olfato em suas vidas (SYNNIOTTI, 1995). É possível que o mesmo fato tenha ocorrido com nossos entrevistados.

Imaginamos que seria interessante levantar como este sentido é avaliado numa atividade ocupacional. Se é possível, através de um questionário, avaliar em parâmetros tais como multifuncionalidade, dispensabilidade, indispensabilidade, maior ou menor frequência requerida na execução de rotinas, dentre outras opções de estimativa de merecimento. Com a intenção de evidenciar a situação de importância dos sentidos em atividades de Enfermagem no hospital, elaboramos um primeiro questionamento. Procuramos, com esta pergunta, respostas que poderiam demonstrar alguma possível dimensão da compreensão dos trabalhadores entrevistados, relativa aos sentidos em geral. Nesta mesma questão, nosso objetivo principal foi de demarcar, dentre os outros, a importância do sentido do olfato no cotidiano ocupacional destes trabalhadores. Desta forma, buscamos estabelecer uma espécie de diálogo escrito com os interlocutores deste sentir, para posteriormente, estabelecer um diálogo próprio, discutindo o firmado pelos colegas nas respostas ao questionário e avançar um pouco mais no nosso debate do tema.

Iniciamos, neste caso, o questionário com uma pergunta sobre o mérito dos sentidos, objetivando visualizar a importância do olfato como *instrumental* no cuidado de Enfermagem. Solicitamos que os participantes enumerassem, numa escala crescente de valores, variável em ordem de 01 a 05, o grau de importância dos sentidos na sua atividade profissional, considerando-se o valor 01 (hum) como o grau de referência máxima e 05 (cinco), o grau de referência mínima. Obtivemos, então, alguns dados, cuja análise pode oferecer subsídios para um esboço de medida de significado atribuída aos sentidos, no cotidiano de profissionais de Enfermagem, como sugere o quadro 01. Lembramos que o quadro aqui referido não tem a intenção de fornecer dados empíricos, cuja análise poderia pretender caracterizar o mérito dos sentidos para a sociedade humana

contemporânea. Trata-se especificamente de manifestação da opinião de um determinado grupo de trabalhadores de Enfermagem, relativa à importância dos órgãos dos sentidos como *instrumental* requisitado ao labor cotidiano em determinados espaços de um hospital geral. A questão visou identificar um possível grau comparativo de valor, valor este que pode ser interpretado em função da maior ou menor intensidade requerida aos sentidos na atividade dos participantes do estudo.

Quadro 01 - Ordem de valores atribuídos, pelos respondentes, aos sentidos na atividade profissional de Enfermagem, numa escala de 01 a 05. (Resposta à questão 1.1: Enumere priorizando a ordem de valor dos sentidos na sua atividade profissional)

Mérito	Sentido	VISÃO	%	AUDIÇÃO	%	TATO	%	OLFATO	%	PALADAR	%
01	30	75,0	07	17,5	01	02,5	02	05,0	-	-	
02	09	22,5	26	65,0	04	10,0	02	05,0	-	-	
03	-	-	03	07,5	24	60,0	10	25,0	03	07,5	
04	01	02,5	02	05,0	10	25,0	25	62,5	02	05,0	
05	-	-	02	05,0	01	02,5	01	02,5	35	87,5	
Total	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	

De acordo com os dados da tabela, para os respondentes, o sentido que se destaca como prioritário na atividade de enfermagem, em termos de ordem de valor, é a visão, apresentando-se no estudo como o sentido de primeira ordem, seguido da audição e tato. O olfato foi considerado, neste caso, como o "quarto sentido", só ficando à frente do paladar.

Destaque-se que, em referência ao sentido do olfato, os dados apresentam-se próximos aos achados da literatura sobre os sentidos, isto é, em sua generalidade, com a menor das distinções. Segundo Classen et al, (1996), apesar de sua importância para nossas vidas emocionais e sensoriais, o olfato é

provavelmente o mais subestimado sentido no Ocidente moderno. A razão citada com frequência para seu baixo conceito é que, em comparação com a sua importância entre animais, o sentido humano é fraco e atrofiado (CLASSEN et al, 1996). Entretanto, ao lermos Florence, verificaremos que, independente de citações diretas ao *sentido* do olfato, o maior enfoque dos escritos nas *Notas sobre Enfermagem* constituem deferências às *emanações* ambientais percebidas por este sentido. Interpretamos que, quando Florence refere-se a *emanações*, salvo outro juízo, trata-se de uma menção às percepções olfativas do universo odorante dos hospitais e residências de sua época. Para Florence, a primeira regra de Enfermagem é *conservar o ar que ele respira tão puro quanto o ar exterior puro*. É claro que a pureza do ar pode ser *vista*, se este estiver carregado de partículas tais como poeira, fumaça e vapores, todavia, o olfato é o sentido ideal para qualificar o ambiente aéreo. Florence em sua obra, preocupa-se e insiste em citar as fontes de *emanações*, a maioria pode ser perceptível primeiramente pelo olfato:

Ainda que se mantenha arejado o quarto do paciente, ou uma enfermaria, poucas pessoas se preocupam em saber de onde vem a ventilação. Pode vir de um corredor através do qual outras enfermarias o recebem, de um vestibulo abafado, sempre cheio de vapores, de gases, de odores da alimentação, de mofo ou de bolor, ou de uma cozinha no subsolo, da pia, da lavanderia, dos conjuntos sanitários, de montes de lixo ou ainda como eu tive a triste experiência de encontrar, de esgotos descobertos, cheios de imundice; e é dessa maneira que o quarto dos doentes, como costuma-se dizer, é arejado – não!, envenenado, isto sim. (NIGHTINGALE 19, p.19).

Lembre-se que esta avaliação, devido ao seu caráter numérico, não significa que se pode afirmar que o olfato é um sentido desconsiderado pela Enfermagem. Porém, pelas características da formação desse profissional na qual é reforçada a importância dos sentidos no ato do cuidado, bem como o constante envolvimento em situações odorantes, torna-se um pouco surpreendente a constatação do olfato ser considerado como o penúltimo sentido. Em compensação, interrogados de outra maneira, sob a ótica da exposição a situações e sensações desconfortantes, envolvendo os sentidos em geral no cotidiano profissional, pode-

se observar que se inverte a consideração dada ao olfato, em conformidade com o que pode ser visualizado na Tabela 03¹⁸.

Quadro 02 - Manifestações estimativas do grau de desconforto sentido pelos respondentes ante 10 situações do cotidiano profissional, numa escala de 01 a 10, sendo 01 o grau máximo e 10 o grau mínimo. (Resposta à questão 1.3 do questionário de pesquisa)

DESCON- FORTO GRAU	ODORES	RUIDOS	SUJEIRA	CALOR	FRIO	ILUMI- NAÇÃO ↓	ESPAÇO ↓	VENTI- LAÇÃO ↓	POEIRA	PIN- TURA
1	17	12	10	01	04	04	02	02	-	01
2	11	06	03	03	04	03	04	02	01	-
3	02	02	03	09	03	04	03	04	02	01
4	01	03	06	05	06	05	03	10	02	01
5	01	06	06	04	05	03	05	09	03	01
6	04	04	02	03	04	03	09	02	09	01
7	01	06	-	03	05	06	03	06	05	05
8	01	-	09	06	03	05	08	01	04	01
9	01	01	01	06	04	03	01	02	09	09
10	01	-	-	-	02	04	05	02	05	20
TOTAL	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Observe-se que, dentre as opções de situações e sensações desconfortantes, as situações referentes aos odores foram assinaladas em sua maioria como incômodos de primeira grandeza.

Com o objetivo de visualizar possível significado para efeito de análise desta tabela, estabelecemos como critério a soma de valores atribuídos ao grau das

¹⁸ Consideramos desnecessário apresentar os dados resultantes da tabulação da questão 1.2, por avaliá-los como redundantes à questão 1.1; isto é, os sentidos apresentam-se, para os respondentes, numa mesma escala de valor. A questão poderia apresentar resultados diferentes, caso fosse argüido sobre a importância do sentido do olfato "independente" da sua relação com a atividade profissional.

sensações de desconforto. O resultado da adição da ordem de valor 01- 03 (um até três) pode ser considerado como grau de desconforto elevado, e a adição de valores da ordem de 04-07 (quatro a sete), como grau moderado e 08-10 (oito a dez), como grau de desconforto mínimo. Assim, para maior detalhamento destes valores, desmembramos o quadro acima numa segunda tabela demonstrativa dos graus de valores atribuídos às sensações de desconforto no hospital.

Quadro 03 - Distribuição dos graus de desconfortos de acordo com o resultado da adição dos patamares da tabela 02.

DESCONFORTO ELEVADO	SOMA 1-3	%	DESCONFORTO INTERMEDIÁRIO	SOMA 4-7	%	DESCONFORTO MÍNIMOS	SOMA 8-10	%
ODORES	30	75,0	VENTILAÇÃO ↓	27	67,5	PINTURA	30	75,0
RUÍDOS	20	50,0	ESPAÇO ↓	20	50,0	POEIRA	17	42,5
SUJEIRA	16	40,0	FRIO	20	50,0	ESPAÇO ↓	14	35,0
CALOR	12	30,0	RUÍDOS	19	47,5	CALOR	12	30,0
FRIO	11	27,5	POEIRA	19	47,5	ILUMINAÇÃO ↓	11	27,5
ILUMINAÇÃO ↓	11	27,5	ILUMINAÇÃO ↓	16	40,0	SUJEIRA	10	25,0
ESPAÇO ↓	09	22,5	CALOR	15	37,5	FRIO	09	22,5
VENTILAÇÃO ↓	08	20,0	SUJEIRA	14	35,0	VENTILAÇÃO ↓	05	12,5
POEIRA	03	07,5	PINTURA	08	20	RUÍDOS	02	05,0
PINTURA	02	05,0	ODORES	07	17,5	ODORES	01	02,5

Construímos o quadro acima com intuito de uma possível demonstração do mérito atribuído à intensidade de uma sensação de desconforto. Não pretendemos elaborar especificamente uma *análise de valor* da temática, a leitura do referido quadro pode fornecer elementos, cuja interpretação sugere-se como uma avaliação da representação do carácter subjetivo da percepção dos respondentes. Isto é, sensações que, para uns, são consideradas de alto grau (1-3), para outros, ela aparece como um desconforto moderado ou mínimo (8-10), como pode ser visualizado na tabela, o item *sujeira*. Entretanto, com relação ao item *odores*, objeto principal da análise da Tabela 04, percebe-se destaque, considerando que dos 40 respondentes, 30 deles (75%), situam-nos no patamar

mais elevado de desconforto e somente 01 dos entrevistados (2,5%) assinala-os como desconforto mínimo.

8.4 Rastreamento dos cheiros no hospital.

No período de montagem do questionário, com a intenção de verificar o mérito às percepções olfativas no hospital, elaboramos também uma questão cujo resultado pudesse estabelecer um rol dos odores mais significativos para a Enfermagem no espaço de cuidado. Argüimos, então, os participantes do estudo sobre quais odores eram importantes e por que assim os consideravam. De acordo com os depoimentos dos entrevistados, no Quadro 04, identificamos 12 fontes principais de matéria odorante consideradas de significação no espaço pesquisado, independentes dos locais de procedência. Destas fontes de odores referidas, é interessante notar que a maioria delas (3/4) reportam-se aos *odores corporais*, ou seja: eliminações gastrointestinais (*fezes e vômito*), urinárias, secreções (*exudatos, expectorações, lóquios, suores*), sangramentos, exalações orais (*halitoses*), eletrocauterizações cirúrgicas e emanações pútridas (degenerescência, necrose, gangrena, amputação). As restantes categorizamos como *odores ambientais "próprios"* do hospital, independente da clientela sob cuidados. Nesta categoria, destacamos 03 subcategorias odorantes: medicamentos; produtos químicos desinfetantes e antissépticos; alimentos e fumaça.

Os principais setores envolvidos no estudo correspondem ao espaço de labor dos entrevistados (Tabela 02), e, conforme seus depoimentos, nota-se que determinados setores do hospital, correspondendo com suas atividades características, apresentam fontes de matéria odorante que podem ser próprias destes espaços (Centro Cirúrgico: gases anestésicos e tecidos queimados; Centro Obstétrico: líquido amniótico e lóquios...). Entretanto, como pode ser observado no Quadro 04, destacando o *espaço de procedência*, a maioria dos odores, especialmente os relativos às eliminações corporais, são procedentes diretamente dos indivíduos e/ou objetos (roupas, material de curativo, bolsas coletoras em colostomias, drenos e fístulas,...), nos locais de cuidados diretos:

quartos, enfermarias, instalações sanitárias, salas de procedimentos (curativos, cirúrgicas, recuperação pós – anestésica, expurgos). Afora as emanções proveniente diretamente do cliente, o quarto, o leito, roupas de cama e individuais apresentam maior destaque, pois constata-se que neste espaço e nestes objetos que são encontradas, mais rotineiramente, as fontes de odores hospitalares mais tradicionais. A preocupação com as emanções deste espaço e seus respectivos objetos não é um fato novo, como vimos anteriormente, constam de estudos e preocupações em eras *pré-nightingalianas*, constatados nos relatórios de Tenon e Howard, destacados por Corbin e Foucault. Florence (1859) apresenta uma preocupação toda especial com o ambiente de cuidado, principalmente com o quarto, cama, roupas e outros objetos. Independente de algumas incorreções técnicas, relativas ao estágio da ciência em sua época, seus escritos são pertinentes e pode-se afirmar que o relato de suas percepções olfativas da época pouco diferem daquilo que se percebe nos espaços de cuidado atuais, incluindo o próprio cliente.¹⁹

O quadro a seguir representa uma síntese quantitativa e qualitativa dos fenômenos odorantes mais freqüentes nos espaços hospitalares pesquisados, em conformidade com os depoimentos dos entrevistados. Destacamos a natureza dos odores relatados com maior freqüência e suas respectivas substâncias odorantes de maior presença; assim como os principais locais e materiais de procedência destes odores. Porém, o que pode ser considerado de maior relevância na síntese, refere-se à interpretação do significado dos cheiros para os respondentes. Pelo exposto, verifica-se que os odores de origem corporal do

¹⁹ "As próprias emanções do paciente, que saturam suas mal arejadas roupas de cama, vão sendo reintroduzidas no corpo dia após dia, semana após semana... Se se considerar que um adulto sadio exala pelos pulmões e pela pele durante vinte e quatro horas do dia, cerca de um litro e meio de umidade carregada de matéria orgânica pronta para entrar em putrefação e que durante a enfermidade essa quantidade fica aumentada e a qualidade é sempre mais nociva, pergunte-se: aonde vai toda essa umidade? Vai principalmente para as roupas de cama... Além disso, as emanções mais perigosas que conhecemos provêm dos excretas do doente, pelo menos temporariamente colocados debaixo da cama, de onde desprendem emanções que atingem a parte inferior do leito, esse espaço nunca arejado, o que é impossível dado o arranjo do próprio leito. Não deve tal cama estar sempre impregnada, constituindo um meio de reintrodução no organismo do pobre enfermo que nela repousa dessa matéria excrementosa, para cuja eliminação a natureza doente? (Nightingale, 1989).

cliente sob cuidado apresentam-se com magnitude de importância destacada. As percepções olfativas de eliminações corporais são as que se apresentam com maior número, mesmo consideradas desagradáveis e/ou desconfortáveis, fisiológicas ou não, fornecem indícios circunstanciais que podem contribuir na condução do cuidado à clientela²⁰. Quando os respondentes manifestam que os odores representam importantes sinais clínicos, entendemos que, na sua interpretação, os odores contribuem para definições de diagnóstico, tanto de fenômenos de Enfermagem, como de outras disciplinas que atuam no cuidado à clientela. No entanto, como poderá ser avaliado no segmento deste estudo (vide quadro 08), a maioria das expressões referentes aos odores como elementos contribuintes ao diagnóstico foram interpretadas como apoio ao Diagnóstico de Enfermagem. De acordo com Benedet e Bub (2001, p.22-23), o termo diagnóstico de enfermagem vem sendo utilizado desde 1953, a partir de publicações de Vera Fly, sobre necessidades do paciente sob o domínio da enfermagem. Nobrega e Gutiérrez (2000, p. 14-15) levantam, na literatura especializada, evidências da existência de diversos sistemas de classificação para diagnóstico de enfermagem, destacando os seguintes: para diagnóstico de enfermagem - *North American Nursing Diagnoses Association* – NANDA; Classificação das Respostas Humanas de interesse para a Prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; problemas de enfermagem. - *Community Health System* – Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; intervenção de enfermagem. – *Nursing Intervention Classification* – NIC; e resultados esperados – *Nursing Outcomes Classification* – NOC; entre outros, a maioria originou-se da NANDA, que em 1990, aprovou a seguinte definição:

diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (Farias, 1990, p.25 APUD BENEDET E BUB, 201, p.23).

²⁰ Observamos a omissão de referência à eliminação de gases intestinais, fenômeno odorante freqüente e digno de registros nas unidades de cuidado referidas.

Quadro 04 - Quadro síntese da percepção dos respondentes, enumerando os odores mais freqüentes em determinados setores do hospital, de acordo com sua fonte de origem, matéria odorante, local de procedência e interpretação de seus significados. (Síntese das questões 2.2 e 2.5: “Dentre os cheiros percebidos, em sua atividade profissional, enumere em ordem, os de maior importância” e “Na sua percepção quais os locais e odores mais freqüentes em seu setor e/ou do hospital?”)

FONTE DE ODOR	MATÉRIA ODORANTE	N.º	ESPAÇO DE PROCEDÊNCIA	INTERPRETAÇÕES DO SIGNICADO
1 – Odores do corpo: (eliminações intestinais)	Fezes (inclusive “melenas” e coiostomias)	67	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos. Roupas do paciente e de cama, instalações sanitárias, expurgos, bolsas de colostomia e fistulas enterais.	Desagradáveis, desconfortáveis, suportáveis, mas importantes, pois auxiliam no diagnóstico de infecções, hemorragias e alterações fisiológicas.
2 – Odores do corpo: (secreções)	Exudatos líquidos, expectorações, inclusive lóquios, líquido amniótico e secreções vaginais. (Exclui suor)	41	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos. Roupas do paciente e de cama, resíduos de material de curativos (gases, chumaços, ataduras, etc.) bolsas coletoras em drenos e fistulas.	Fornecem indícios para diagnóstico de infecção, necrose tecidual, controle da drenagem de fluidos corporais. Podem indicar, em situações obstétricas, infecção puerperal, bolsa rota e outros sinais de problemas ginecológicos.
3 – Odores do corpo: (eliminações urinárias)	Urina	34	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos, roupas do paciente e de cama, piso dos quartos, banheiros, expurgo, curativos de fistulas urinárias.	Desagradável, desconfortável, porém fornece dados para avaliar eliminações fisiológicas, sinais de infecção urinária e desconforto do paciente.
4 – Odores do corpo: (sangramentos)	Sangue	16	Salas cirúrgicas ambientes de internação, cuidado e procedimentos técnicos. Roupas do paciente e de cama, resíduos de material de curativos; bolsas coletoras em drenos e fistulas.	Hemorragias, intervenção cirúrgica, emergência, perigo, parto...

5 – Odores do corpo: (eliminações digestivas)	Vômitos	12	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos. Roupas do paciente e de cama, banheiros, expurgo, recipientes de lixo.	Desagradável, desconfortável, porém fornece dados para avaliar balanço hidro-eletrolítico, diagnóstico de hemorragia alta, intoxicações exógenas.
6 – Odores do corpo: (exalações orais)	Placa bacteriana, saburra lingual, resíduos bacterianos, secreções (ver artigos)	12	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos.	Desconfortável. Sugere distúrbios metabólicos, (DM descompensado, hiperglicemia) infecções, distúrbios digestivos, higiene oral precária, intoxicações exógenas.
7 – Odores do corpo: (eletrocauterizações)	Tecidos humanos queimados por bisturi elétrico.	10	Salas cirúrgicas	Bisturi elétrico em uso, desconfortável, cheiro forte, mas comum.
8 – Odores do corpo: (sudorese)	Suores corporais.	08	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos. Vestuário do paciente e familiares, roupas de cama	Desconfortáveis, sugerem falta de higiene, ansiedade, medo, calor, hipertermia, choque séptico, hemorrágico ou neurológico.
9 – Odores do corpo: (emanações pútridas)	Resíduos de amputação e/ou debridamento cirúrgico, tecidos ou áreas corporais infectadas, necrosadas, gangrenosas ou em putrescência.	07	Salas cirúrgicas, ambientes de internação, cuidado e procedimentos técnicos e expurgo. Roupas do paciente e de cama, resíduos de material de curativos (gases, chumaços, ataduras, etc.) bolsas coletoras em drenos e fistulas.	Muito desagradáveis, podem indicar estágio avançado de determinadas neoplasias (CA), doenças vasculares, infecções, gangrenas, miíase.
10- Odores ambientais: (produtos químicos)	Gases anestésicos, medicamentos, desinfetantes, detergentes, sabões, ceras, produtos de limpeza, perfumes.	20	Ambientes de internação, cuidados e procedimentos técnicos. Centro Cirúrgico, Posto de Enfermagem, Corredores, expurgo, sala de curativo.	Irritantes de narina e olhos, fortes, desconfortáveis, também podem ser importantes, agradáveis, fazer bem ou ainda indicar segurança e limpeza.

11- Odores ambientais: (alimentos)	Produtos alimentares diversos, frituras.	07	Cozinha, corredores e ambientes de internação, lanchonetes, copas e salas de lanche.	Dependendo do cardápio, hora e local podem ser agradáveis ou desconfortantes. Sugerem necessidades de cuidado com a dieta da clientela, ainda indicam a situação higiênica dos locais de preparo e/ou guarda de alimentações.
12- Odores ambientais: (fumaça)	Fumo de cigarros	04	Entrada do hospital salas de estar, reuniões e lanche, banheiros e corredores	Insuportável, desconfortável, asfíxiante.

De acordo com os participantes, as percepções odorantes constituem-se como importantes fontes de elementos ao Diagnóstico de Enfermagem em múltiplas situações. Favorecem a identificação de ocorrências emergenciais diversas, presença de infecções bacterianas, distúrbios gastrointestinais e/ou metabólicos, necroses teciduais, assim como sugerem as providências necessárias aos cuidados higiênicos, promoção de conforto ambiental, físico e emocional, dentre outros²¹. As *eliminações intestinais*²², (fezes) são enumeradas pelos respondentes como *o fenômeno de enfermagem*²³ de primeira magnitude, seguido das *secreções* (drenagens corporais). Poderíamos incluir como eliminação também os gases intestinais, contudo não encontramos nenhuma referência a esse fenômeno, tanto nos questionários como nos registros de observações rotineiras de Enfermagem. Esta ausência, ou restrição de registros referente aos gases intestinais, pode ser em função das construções sociais sobre este fenômeno, considerado deselegante e repelente. Este imaginário se reproduz em todos os ambientes sociais, inclusive no hospital, embora menos

²² "Eliminação Intestinal é um fenômeno de enfermagem pertencente à **Eliminação**, com as seguintes características específicas: movimento e evacuação de resíduos; fezes. (Nobrega & Gutiérrez,.)

negado. A *liberação de gases* é um evento de percepção rotineira, especialmente em clínica cirúrgica gástrica, onde são necessários registros deste fenômeno em diversas ocasiões, sobretudo no período pós-operatório de cirurgias abdominais. Além desses fenômenos, destacaram-se outros eventos olfativos, tais como secreção, necrose, gangrena, hemorragia e sudorese. Em razão da frequência e potencial odorante de tais ocorrências, decidimos optar por categorizá-los conforme Nóbrega e Gutierrez (2000), incluindo-os como *fenômenos fora da enfermagem*²⁴, isto é *fenômenos odorantes*²⁵ pertencentes a outros conhecimentos disciplinares.

Desta forma, nesta etapa do nosso estudo, levantamos alguns fenômenos com características odorantes por natureza. Em razão dessa inerência em emanar conteúdo odorífico, consideramos necessário construir uma definição própria adequada a este fenômeno em especial. Assim sendo, ***fenômenos de enfermagem odorantes*** podem ser considerados como ***fenômenos de enfermagem pertencentes à cognição, expressivos de significados às sensações olfativas, percebidas em ambientes de cuidado com a seguinte característica: percepção de odores capazes de determinar uma intervenção de Enfermagem ou fora dela.*** Considerando as limitações de estudos de fenômenos odorantes no espaço hospitalar, bem como sua restrita referência na bibliografia consultada, reputamos oportuno sugerir uma definição para este fenômeno de enfermagem. Ainda que o foco de nosso estudo não se refira a questões conceituais semânticas da Metodologia de Enfermagem, avaliamos como oportuno elaborar um conceito capaz de abranger as sensações percebidas

²³ A opção pela utilização da terminologia *Fenômenos de Enfermagem* foi inspirada nos estudos sobre a **Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE**. (NOBREGA, & GUTIÉRREZ, 2000, BENEDET & BUB (2001)

²⁴ “**Outros Fenômenos fora da Enfermagem** são fatores que influenciam o **Estado de Saúde** com as seguintes características específicas: fenômenos que outras disciplinas diagnosticam – doenças, deficiências, incapacidade e desvantagens.” (NOBREGA & GUTIÉRREZ, 2000).

²⁵ Para facilitar as reflexões sobre o tema em discussão, nesta etapa do estudo, adotaremos a seguir apenas a terminologia ***fenômeno odorante***, para caracterizar tanto **fenômeno de enfermagem odorante**, como **fenômeno de enfermagem potencialmente odorante**, **fenômeno potencialmente odorante** ou ainda **matéria odorante**.

pelo sentido do olfato no espaço de cuidado. Trata-se de uma proposta sugestiva de destaque às sensações olfativas como fenômeno de enfermagem, considerando que a visualidade, audição e tato já estão amplamente contemplados, ou seja, suficientemente implícitos na maioria das descrições de eventos fenomênicos da enfermagem²⁶.

A opção pelo destaque e quantificação de unidades de significação impressas nos formulários foi referenciada nos dados do quadro 04, síntese da percepção olfativa dos respondentes, apresentando a enumeração dos odores mais frequentes em determinados setores do hospital, de acordo com sua fonte de origem, matéria odorante, local de procedência e interpretação de seus significados (elaborado a partir do quadro de respostas às questões 2.2 e 2.5, do questionário de pesquisa em anexo). Destacamos, desta maneira, as principais referências a fenômenos de enfermagem potencialmente capazes de alguma emissão odorante. Investigamos, então, registros que de alguma maneira pudessem estar relacionados a Eliminações Intestinais, Eliminações Urinárias²⁷, Incontinência Intestinal²⁸, Vômito²⁹ e suas respectivas qualificações com termos sugestivos de avaliação odorante. Um fenômeno odorante que se destacou com significativa frequência refere-se às “secreções”. Esse vocábulo foi repetidamente citado tanto nos questionários de pesquisa como na observação dos registros da prática assistencial com um sentido semântico passível de interpretação como um *fenômeno de enfermagem* pertencente às *eliminações*. Entretanto, não encontramos na bibliografia disponível uma definição caracterizando o termo “secreção” como *fenômeno de enfermagem*, apenas a possibilidade de categorizá-lo como um “*fenômeno fora da enfermagem*”, isto é, diagnosticado em

²⁶ Fundamentados especialmente nos estudos de Nóbrega e Gutiérrez, . (2000) e Benedet e Bub, 2001).

²⁷ “**Eliminação Urinária** é um fenômeno de enfermagem pertencente a **Eliminação**, com as seguintes características específicas: fluxo e excreção de resíduos: urina. (NOBREGA & GUTIÉRREZ, 2000).

²⁸ “Eliminação involuntária e frequente de fezes amolecidas; odor forte e desagradável;...” (BENEDET & BUB, 2001).

²⁹ “**Vômito** é um fenômeno de enfermagem pertencente a **Digestão** com a seguinte característica específica: expulsão do alimento através da boca. (NOBREGA & GUTIÉRREZ, 2000).

outra disciplina, neste caso a *fisiologia*³⁰. Desta maneira, somente o produto de atividade glandular poderia ser considerado secreção, como, por exemplo, *suor* ou *sudorese*. Estas reflexões, mais uma vez, nos conduziram ao debate semântico da terminologia usual na Metodologia de Enfermagem, assim como na questão definidora dos fenômenos odorantes, não encontrando uma definição própria da Enfermagem que representasse o significado do vocábulo *secreção* para a disciplina de Enfermagem. Para tanto, elaboramos, nesse caso, a seguinte proposta, aberta ao debate e contribuições: ***Secreção é um fenômeno de enfermagem, relacionado às necessidades humanas psicobiológicas, pertencente à Eliminação por ação fisiológica ou mecânica com as seguintes características específicas: drenagem espontânea ou proposital de matéria fluida, potencialmente odorante, com densidade variável de origem glandular, gástrica, torácica, de lesões e orifícios corporais naturais, traumáticos ou intencionais.***

Nota-se que, nesta síntese de representações olfativas, pode-se destacar uma avaliação de *significado* dos odores percebidos pelos respondentes, como sujeitos *interpretantes* da percepção odorante, além da sua possibilidade comunicativa objetiva. Trata-se da interpretação do caráter *estético* subjetivo desta sensação, ou seja, seu *juízo de gosto*. A maioria das percepções contidas no quadro são reputadas como desagradáveis e/ou desconfortáveis para os sujeitos do estudo. Entretanto, ao analisarmos o segmento das interpretações, deparamo-nos com uma possível contradição sujeito/objeto, determinando a seguinte questão: a desagradabilidade e o desconforto subjetivo podem ser superados pela objetividade da sensação carregada de significados com valores técnicos, isto é, elementos comunicativos subsidiários de diagnósticos e planos de cuidados? Eis uma questão que pode ser distinta e merecedora de maior reflexão. Imaginamos que a partir destas observações, pode-se abrir aqui um debate sobre as *inerências* de uma atividade profissional. Destacamos, nesse caso, uma primeira subcategoria temática referente às características subjetivas de quem labora na Enfermagem, ou seja, a *“suportabilidade”*:

³⁰ Para a Fisiologia, secreção é o produto de uma atividade glandular.....melhorar...

suportar é conservar-se a si mesmo, por vontade ou por força, sob o agir do outro, alguma coisa é feita a alguém por alguém; suportar torna-se resignar-se, o que é limitude de sofrer (RICOEUR 1991, p.186)

Suporta-se por necessidade, conseqüência da própria inerência profissional, por *resignação* ou respeito aos sujeitos de seu cuidado? Ou suporta-se por que odores hospitalares são simplesmente suportáveis. Retornaremos a este debate mais à frente.

8.5 Uma interpretação aos cheiros?

Com o objetivo de adicionar possíveis novos subsídios à reflexão sobre o imaginário olfativo no cotidiano profissional de trabalhadores de Enfermagem, argüimos a respeito da classificação ou categorização dos odores (2.3), aguardando respostas que pudessem fornecer maior luz ao tema. Tratou-se de uma tentativa de identificar maiores manifestações subjetivas sobre os odores percebidos. As respostas a esta pergunta constituem o Quadro 05, primeiro rol de *unidades de codificação*, que definimos, para efeito de análise quantificável, como unidades de codificação "A" (UC-A), as quais contribuíram ao estudo, adicionando dados sugestivos ao destaque de algumas *categorias e subcategorias para análise de conteúdo* da temática.

Na análise mais detalhada das respostas do quadro 05, percebemos, pelo exposto, que a questão teve uma interpretação variada. Acreditamos que este fato determinou o entendimento diversificado dos participantes, proporcionando um número significativo de respostas de caráter subjetivo afetivo. Entenda-se que, nossa intenção primordial com a formulação desta pergunta, foi identificar a terminologia mais utilizada para registro desta percepção. Pretendíamos obter dados que pudessem verificar o domínio taxonômico dos trabalhadores de Enfermagem, para o devido registro das sensações olfativas. Julgamos necessário verificar também se as expressões usadas neste registro eram coincidentes com as preconizadas nos manuais e roteiros da metodologia do cuidado de Enfermagem do Hospital Universitário. Entretanto, a maioria respondeu classificando os odores de acordo com uma categoria que pode ser

considerada apenas de juízo estético, principalmente pelo seu caráter de *gosto* (agradável/desagradável). Desta mesma forma, os odores no hospital foram até aqui interpretados, na sua generalidade, como apazíveis, desagradáveis ou característicos de um determinado fenômeno de enfermagem odorante.

Quadro 05 – Categorização dos odores no cotidiano profissional dos respondentes. (Questão 2.3: Como você classifica ou categoriza (nomeia) os odores no seu cotidiano profissional?)

UC-A	CATEGORIZAÇÃO DOS ODORES NO COTIDIANO PROFISSIONAL DOS RESPONDENTES. ^(*)
A1/A2	(1) "Desconfortáveis, (2) irritativos, alergênicos." (E46F27)
A3	(3) "Desagradáveis para suportáveis".(E44F25)
A4/A5	(4) "Desagradáveis,(5) mas suportáveis"(E41M21)
A6	(6) "No geral desagradáveis"(E45F20)
A7/A8/A9/A10	(7) "Odores suportáveis, (8) normais, (9) característicos do ser humano (10) e/ou do ambiente em que trabalho"(E44F20)
A11/A12	(11) "São importantes para detectar sinais e sintomas de ocorrências de doenças, (12) ou situações emergenciais".(E43M20)
A13/A14	(13) "Alguns indicam sinais de alerta, (14) outros fazem parte da evolução normal"(E44M18)
A15	(15) "Suportáveis"(E37F18).
A16	(16) "Odor característico; forte; pútrido; ácido; azedo;..."(E43F17)
A17/A18/A19	(17) "Corporais: secreções, eliminações, vômito, etc.(18) Medicamentoso: Antibióticos, etc. (19) Ambientais: Desinfetantes, talcos, álcool,, etc..."(E39F15)
A20/A21	(20) "Os odores procedem, em sua maioria dos quartos dos paciente; (21) e estão diretamente ligados ao quadro clínico do paciente".(E37F11)
A22/A23/A24/A25	(22)"Fortes, (23) desagradáveis, (24) nauseantes, (25) repugnantes às vezes".(E31F8)
A26	(26) "Fétido, cetônico, típico de pseudomonas, típico de melena, cítrico"(E29F06)

^(*)Três respondentes preferiram não opinar sobre a questão em pauta neste quadro.

A27/A28	(27) "Desagradáveis, ruim, (28) insuportáveis"(TE42F19)
A29	(29) "Odor fétido"(TE39F16)
A30	(30) "Suportáveis (acostuma-se a eles)"(TE33F14)
A31/A32	(31) "Os odores mais comuns são suportáveis, (32) mas em algumas situações são insuportáveis".(TE34F10)
A33	(33) "Insuportáveis"(TE31F06)
A34	(34) "Suportáveis"(TE30F5)
A35	(35) "Desagradáveis"(TE27F5)
A36	(36) "Primordial"(TE26M5)
A37	(37) "Secreção fétida, melena, emese, halitose, suor, fezes, urina..."(TE25F2)
A38	(38) "Suportáveis"(AE49F25)
A39	(39) "Ruim"(TE20F2)
A40	(40) "Suportáveis"(AE47F24)
A41/A42/A3/A4 4	(41) "Difícil de suportar, (42) pois os espaços são reduzidos, (43) fumantes, (44) papagaios com odores insuportáveis, mesmo após serem limpos".(AE45F25)
A45	(45) "Uma porcaria"(AE37M17)
A46	(46) "Odor fétido"(AE42F12)
A47	(47) "Sangue, secreções e eliminações".(AE27F11)
A48/A49	(48) "Desagradáveis, (49) mas importantes para estabelecer diagnóstico"(E39F20)

O quadro 05 voltará ao nosso debate mais a seguir, por ocasião da análise específica das principais subcategorias enumeradas a partir da interpretação de seu conteúdo.

Com o objetivo de melhor entender como os sujeitos do estudo percebem, isto é, o que sentem e como definem as sensações odorantes no seu espaço de trabalho em termos gerais, elaboramos, então, uma questão com alternativas dirigidas a apreender esta caracterização estética dos odores percebidos no cotidiano destes profissionais. Esta questão pode até ratificar a anterior, todavia,

representa apenas manifestações subjetivas a respeito de um tema ainda discutido com limitações, e até com certos tabus ou restrições sociais. O resultado quantitativo da questão permitiu elaborar a tabela seguinte, a qual fornece alguns indícios da interpretação de *gosto*, isto é, através da faculdade de julgar os valores estéticos segundo critérios subjetivos, sem levar em conta normas preestabelecidas frente às sensações odorantes.

Tabela 03 - Caracterização de *gosto* dos odores hospitalares, de acordo com a percepção dos respondentes da pesquisa. (Questão 2.4: Como você caracteriza, em termos gerais, os cheiros do hospital?)

CARACTERÍSTICA	RESPONDENTES	PERCENTUAL
SUPORTÁVEIS	13	32,5%
DESAGRADÁVEIS	11	27,5%
DESAGRADÁVEIS, MAS SUPORTÁVEIS	09	22,5%
MUITO DESAGRADÁVEIS	04	10,0%
INDIFERENTES/NORMAIS	02	05,0%
AGRADÁVEIS	01	02,5%
TOTAL	40	100,0%

Note-se que a distribuição das respostas inspira indícios para o destaque de algumas categorias de atitudes (percepção) merecedoras de maior análise. A *suportabilidade* aos odores é uma característica manifestada como predominante entre os respondentes, ainda que esses odores possam ser considerados desagradáveis e causar desconfortos, como se observa no quadro anterior (Quadro 05). Em relação à avaliação do que é *agradável ou desagradável*, podemos contar com a reflexão contida na *estética kantiana* para entendermos um pouco a mais sobre o significado destas respostas. Por tratar-se, especialmente, de caráter de gosto, isto é, o juízo que cada um dos respondentes elabora sobre o gosto de uma sensação, entendemos que os determinantes deste juízo estético têm a ver com as experiências subjetivas acumuladas na memória

olfativa de cada um, dependentes de padrões socioculturais, fisiológicos ou mesmo psicológicos.

Sabe-se que a crítica, ou melhor, a *não crítica* de Kant, com referência ao sentido do olfato, foi alvo de alguns estudiosos contemporâneos, dos quais destacamos a obra de Corbin. De acordo com este autor, Kant, em *Conjectures*, (p.113) desqualifica o sentido do olfato, figurando-o no mais baixo nível da hierarquia dos sentidos, em companhia do tato (CORBIN (1994, p.13) . Da mesma forma, Classen, et al (1996, p. 101), estudiosos atuais do sentido do olfato, avaliam que, juntamente com Condillac, os escritos kantianos relegam o olfato para caixa de lixo dos sentidos³¹. Contudo, salvo melhor opinião, na leitura da *Crítica do Juízo*, sem a intenção de reabilitar este sentido, observamos que Kant não estabelece um juízo de mérito deste sentido, apenas não o discute no mesmo nível de outros sentidos, no debate dos *juízos estéticos*.

Kant (1951), na *Dialética do Juízo Estético*, elabora uma reflexão interessante, para nós leigos, sobre a “*representação da antinomia de gosto*”. Debate sobre as máximas populares tais como “*cada qual tem seu próprio gosto*”, isto quer dizer que a fundamentação de determinação deste juízo é meramente subjetiva. Levanta ainda a questão do provérbio popular “*gosto não se discute*”, dizendo que se pode discutir sobre gosto, mesmo cada um tendo seu próprio gosto. Não é objetivo de nosso trabalho debater a respeito do *juízo de gosto* dos respondentes sobre os odores. Entretanto, mesmo não se ajustando a um tratado sobre a filosofia da percepção, não se pode omitir o debate estético da sensação olfativa, pois nossa tese trata justamente das suas limitações de estudo, pelo menos na área de Enfermagem. Desta forma, os dados apresentaram uma codificação lingüística que encaminha à avaliação do tema em estudo também pelo seu caráter ou *juízo estético* do sensível. Kant elabora sua *antinomia do gosto* com a tese de que o juízo de gosto não se fundamenta em conceitos, pois

³¹“A que sentido orgânico devemos menos e o que parece ser o mais dispensável? O sentido do olfato. Não nos compensa cultivá-lo ou refiná-lo a fim de obter satisfações; esse sentido pode captar mais objetos de aversão do que de prazer (especialmente em locais de grande aglomeração de gente) e, além disso, o prazer proveniente dos sentido do olfato não pode ser senão fugaz e transitório” (KANT, 1978, p.46.)

de outro modo, se poderia decidir por meio de testes ou provas sobre os mesmos e seria passível de discussão. Sua *antítese* diz que o juízo de gosto se fundamenta em conceitos, pois de outro modo, não se poderia discuti-lo, ou seja, pretender um necessário acordo de outros com este juízo. (Kant, 1951, p. 342-343). W. S. Körner (1987), ao escrever sobre a teoria kantiana do gosto estético, argumenta que o juízo de estético pode ser conflitivo, por ser uma questão de gosto e ter uma exigência de universalidade, sendo que Kant, através de sua *antinomia*, propõe a resolução deste conflito, mostrando que a contradição entre sua *tese/antítese* é só aparente. Para Körner, a tese kantiana deveria ser formulada de maneira mais precisa dizendo que um juízo de gosto não se baseia em conceitos *determinados* ou específicos e a *antítese* deveria dizer que o juízo de gosto se baseia em um conceito *indeterminado*, o que implica não incluí-lo na aplicação de conceitos específicos (Körner, 1987p.177). Na solução proposta por Kant, à sua *antinomia de gosto*, refere que “o juízo de gosto se aplica a objetos dos sentidos, mas não com o fim de determinar um *conceito* dos mesmos para o entendimento, pois não é nenhum juízo de conhecimento. Portanto, como representação individual intuitiva referida ao sentimento de prazer, é só um juízo privado que julga: o objeto é, para mim, um objeto de satisfação; para outros pode ocorrer de outro modo – cada um tem seu gosto e *antinomia* se resolve apoiando-se na noção correta de gosto, isto é, como um juízo meramente reflexivo. Os dois princípios aparentemente incompatíveis podem ser verdadeiros (KANT, 1951, p.343).

Mesmo considerando que o sentido do olfato não mereceu nenhum debate meritório da parte de Kant, na Crítica do Juízo Estético, sua contribuição ao nosso debate sobre o *juízo de gosto odorante*, nestas circunstâncias, pode constituir-se indispensável. Portanto, as expressões tais como *agradável, desagradável, suportável, insuportável* e similares serão termos que utilizaremos, neste estudo, para codificar manifestações de juízo sobre os cheiros como questão de *gosto*, por assim considerarmos como o mais adequado para tal.

A partir desta etapa da análise, procuraremos refletir sobre as categorias de dados destacadas pelo nosso do estudo, com o apoio de literatura correlata,

destacada nos capítulos iniciais desta tese. Lembramos mais uma vez que, nesse trabalho, não é nosso objetivo qualquer análise da obra *kantiana*, esclarecemos que a inserção do pensamento de Kant neste estudo deveu-se especialmente às suas contribuições em uma obra específica, ou seja, a *Crítica do Juízo*, na qual procuramos possíveis manifestações deste autor sobre a estética dos odores. Pouco encontrando, sobre esta questão específica, apropriamo-nos de parte dos escritos deste filósofo, na obra acima citada, para refletir sobre algumas interrogações decorrentes de nosso estudo, sobretudo nas questões que demandaram análise de juízo de gosto, ou seja, avaliação estética das sensações olfativas.³²

As reflexões de J. L. Austin, em *Sentido e Percepção* (1993), e Maurice Merleau-Ponty, em *Fenomenologia da Percepção* (1996), eventualmente, podem contribuir na avaliação do fenômeno *percepção/sensação*, contida no depoimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa, os quais possam requerer debate fenomenológico. Pela leitura de Michel Foucault (1998 e 1989), em o *Nascimento da Clínica* e *Microfísica do Poder*, presumimos que este autor pode somar na análise de implicações, avaliadas como *disciplinares* dos sujeitos na clínica, contribuindo, nesse caso, para o maior entendimento e explanação de categorias tais como *suportabilidade, resignação, respeito...* Alain Corbin, Constance Classen et al, através das obras supra citadas, e Georges Vigarello participam também da análise do tema, concorrendo com as reflexões históricas sobre a gênese de padrões socioculturais frente aos odores em diversos espaços sociais, inclusive no hospital, principalmente as possíveis determinações de comportamentos que possam justificar certas atitudes dos sujeitos frente aos cheiros no hospital. Florence, mesmo não destacando explicitamente a olfação como uma habilidade especial da enfermeira, apresenta constante evidência da sua responsabilidade frente às *emanações* diversas presentes no ambiente hospitalar. Ao lermos as *Notas sobre Enfermagem* (1986/1989), à primeira vista, percebe-se uma preocupação extremada com o arejamento, entretanto, sem

³² "Osfresia - sensibilidade olfativa intensa; faculdade de sentir facilmente os cheiros

qualquer apologia ao sentido do olfato; pelo contrário, ela distingue visão e audição, dedicando um capítulo exclusivamente à iluminação e outro aos ruídos,) dá até margem à interpretação de que à enfermeira bastaria olhos, ouvidos e mãos (NIGHTINGALE, 1989. Porém, ao lermos Florence rastreando impressões de destaque às percepções olfativas, verificaremos que seus escritos são altamente permeados de atenção aos odores, direta e indiretamente. Isso pode ser constatado pela sua insistência em manter um ambiente com *ar puro* e a necessidade da *água pura* para manter o ar limpo.

Arejar, arejar e arejar é o que mais se destaca nas *notas nightingalianas*. É claro que ela escreve tudo isso em favor do paciente, pois o sistema epistemológico da medicina da época de Florence compreendia a doença como fenômeno natural. O ar seria um dos meios de suporte às doenças. Deste modo, as intervenções eram mais sobre o meio do que a doença (FOUCAULT, 1985). Apesar de novas concepções da origem das doenças os cuidados ambientais permanecem em evidência. Quanto à Enfermagem, Florence nunca afirmou a necessidade de resignação ou suportabilidade diante de qualquer situação, é possível que esse *arejar* tivesse também muito a ver com o nariz das enfermeiras. Talvez não foi com esta intenção que ela negou a suportabilidade e resignação da enfermeira, contudo, pode ser que sim:

O que não pode ser curado tem que ser suportado”; para uma enfermeira esta é a pior e mais perigosa máxima jamais inventada. Para ela, paciência e resignação são sinônimos de descuido ou indiferença – desprezível, se em relação a si mesma; repreensível, se em relação ao doente (NIGHTINGALE, 1989 p. 105).

Independente daquilo que a precursora de nosso modelo de Enfermagem escreveu, afora suas interpretações sobre resignação, paciência e suportabilidade, respectivas a um contexto distante, muitos fenômenos se repetem e pertencem ao cotidiano do cuidado atual. As *emanações* ambientais, tão citadas por Florence, desagradáveis, suportáveis, importantes ou inerentes, são realidade das relações de cuidador/cuidado. Suporta-se o desagradável por razão de sua importância. Então o importante é o limite. Ou suporta-se porque é inerente. Então a inerência da suportabilidade ao desagradável é condição

preestabelecida ao cuidador. Desagradável, mas suportável. Suportavelmente necessário. Importante a quem? Ao cliente, ao médico, à Enfermagem, à humanidade? A favor de quem suportamos? A quem dedicamos este *sofrer*? Ou não se trata de sofrer? Pode ser que os desconfortos percebidos são somente uma inerência profissional da qual tínhamos consciência de que deveríamos suportá-los com coragem e resignação. Então, optamos pela sua assunção e suportabilidade a favor de nós mesmos. Ou será do outro? Mesmo sendo por outros, independente de quem seja, pode ser ainda por nós mesmos, pois a quem, além de si, justificaria primeiramente tal condescendência? Na tabela a seguir, veremos que a desagradabilidade manifestada frente às emanções do hospital não se trata somente de questão de juízo de gosto. São referências à consciência do sofrimento físico suportado.

Tabela 04 - Desconfortos manifestados frente a determinados odores no hospital.

DESCONFORTO	QUANTIFICAÇÃO	%
1 – NÁUSEA	31	77,5%
2 – DOR DE CABEÇA	24	60,0%
3 – PERDA DO APETITE	16	40,0%
4 – VÔMITO	09	22,5%
5 – TONTURA	08	20,0%
6 - TRISTEZA/DEPRESSÃO	07	17,5%
9 – NENHUM	02	5%

Na tabela acima, os participantes do estudo manifestaram suas sensações frente aos odores no hospital. Observa-se que a maioria está relacionada a desconfortos físicos, destacando-se os fenômenos *náusea, dor de cabeça, perda do apetite e vômitos*. Não discutiremos o mérito de cada desconforto em si, pois este elenco de sensações apresenta um caráter ergonômico, sobre o qual nada

inferiremos. Estes fenômenos foram destacados devido ao seu significado como subcategorias que contribuem para qualificar os odores hospitalares na categoria de *desconfortáveis*.

Comparando esta tabela com a anterior, **Tabela O3**, na qual os odores do hospital são, em sua maioria, caracterizados como *suportáveis*, observam-se elementos que contribuem à confirmação da categoria de *suportabilidade ou resignação profissional*, manifestada no discurso dos respondentes. Por que esta aceitação pacífica desta *desagradabilidade*? Resignar-se, suportar, calar-se são inerências da profissão por força de uma tradição de disciplina e subalternidade? Essa interrogação permanecerá, pois pode-se atribuir múltiplas interpretações ao *suportar*. Ricoeur nos diz que “suportar é conservar-se a si mesmo, por vontade ou por força, sob o agir do outro, alguma coisa é feita a alguém por alguém; suportar torna-se resignar-se, o que é limitude de sofrer”(Ricoeur, 1991, p.186). Pode ser que, quando alguém afirme que os odores do hospital são suportáveis, está afirmando que são *perfeitamente* suportáveis, isto é, suporta-se os cheiros sem problemas maiores, como sendo realmente algo consuetudinário da atividade profissional, independente de qualquer agravo ergonômico. Neste caso, a suportabilidade escapa de maiores reflexões filosóficas, pois está contida nos limites de esforço/recompensa, semelhante aos outros ônus de qualquer ramo do labor. Com suor ou odor, pagar-se-á o pão de cada dia.

8.6 Enfrentando os odores.

O conteúdo do discurso descrito no quadro a seguir adiciona alguns elementos ao debate das intervenções de Enfermagem frente aos fenômenos odorantes. Apresentam-se alguns procedimentos e atitudes demonstrativas de como os respondentes “enfrentam” as situações odorantes no seu cotidiano profissional. Elaboramos um elenco de unidades de codificação com o objetivo de identificar categorias capazes de agrupar os principais procedimentos e atitudes dos respondentes diante de situações odorantes no hospital.

Quadro 06 - Codificação dos procedimentos e atitudes de enfrentamento aos fenômenos odorantes no hospital (Questão 2.7: Como você administra estas sensações de desconforto?).

UC-B n.º	UNIDADES DE CODIFICAÇÃO (UC-B) DECLARADAS COMO PROCEDIMENTOS E ATITUDES DE ENFRENTAMENTO AOS DESCONFORTOS ODORANTES NO HOSPITAL. (UC-B = Resposta completa à questão 2.7) ^(*)
B1/B2	(1) "Procuo inspirar profundamente (2) em local melhor ventilado" (E44M18) -
B3/B4	(3) "Procuo agir naturalmente, fingir que não está me incomodando (4) para não constranger os pacientes" (E33F7)
B5/B6/B7	(5) "Normalmente, depende ocasião, momento, (6) depende também do estado emocional! (7) As vezes não chega a ser um desconforto." (AE49F25)
B8/B9	(8) "Em geral penso que isto faz parte da profissão e da vida, (9) procuro logo que possível um local com maior ventilação, sem desconforto muito intenso" (AE47F24)
B10	(10) "Com serenidade e tranquilidade" (AE42F12)
B11/B12/B13	(11) "Normalmente, (12) porque já pensou você deitada em leito de hospital e perceber um profissional de cara feia ou amarelada por causa do odor de uma ferida, fezes ou vômitos. (13) Então esta pessoa está na profissão errada" (AE35F10)
B14/B15/B16	(14) "Tento esquecer; (15) mas muitas vezes aquilo parece ficar impregnado na roupa, na pele; parece que respiro para dentro e o corpo todo está podre por dentro. (16) Não vejo a hora de tomar banho e me desinfetar, pareço estar toda contaminada, um lixo."(AE40F20)
B17/B18	(17) "Através de autopolicar, (18) respirar fundo". (AE26F2)
B19/B20/B21/ B22	(19) "Administro com muita tranquilidade, (20) aceitação, (21) autodomínio e equilíbrio, (22) respeito." (TE48F30)
B23/B24/B25	(23) "Procuo pensar no conforto e bem estar do paciente, pois ele sente o mesmo cheiro e é quem tem que suportar o maior tempo. (24) E se é demonstrado na frente do mesmo poderá ficar estrangido diante da situação e o seu quadro poderá regredir. (25) Então me coloco no lugar dele e procuro disfarçar o máximo possível, porém mantendo a minha ética profissional após o acontecido" (TE25F2).
B26/27/28	(26) "Procuo suportar os cheiros mais desagradáveis (27) usando máscara e (28) quando possível saindo do local". (TE34F10)
B29	(29) "Com tranquilidade e serenidade" (TE39F16)
B30/B31/B32/ B33	(30) "Tento afastar-me (31) ou prender a respiração, (32) usar máscaras (33) colocar soluções como éter na sala" (TE31F6)

^(*)Três respondentes preferiram não opinar sobre a questão em pauta neste quadro.

B34/B35	(34) "Tontura, tenho que tomar água e sentar, (35) dor de cabeça com medicação para aliviar"(TE41F18)
B36/B37	(36) "Procuo não ficar tão próximo ao local (37) ou me protejo com máscara" TE26M5)
B38	(38) "Trancando a respiração". (TE30F5)
B39	(39) "Tentando afastar-me dos lugares onde estão os odores" (AE37F17)
B40/B41	(40) "Suporto, (41) pois preciso do meu emprego" (AE45F25) (<i>Ambivalência</i>)
B42/B43	(42) "Respiro fundo (43) e sigo em frente" (AE27F11)
B44/B45/B46	(44) "Controlando a inspiração, respirando o limite mínimo, (45) arejando o ambiente, (46) resolvendo o fator desencadeante quando possível" (E39F15)
B47/B48	(47) "Amenizando o odor, fazendo curativo; (48) limpeza no local" (E45F20)
B49/B50	(49) "Respirando fundo (50) e saindo de perto dos odores, nem que seja por breves momentos" (E41M21)
B51	(51) "Se possível afasto-me por alguns instantes" (E37F18)
B52	(52) "Respirando pela boca" (E44F20)
B53	(53) "Razoavelmente bem" (TE20F2)
B54/B55	(54) "Controlar-se pensando em algo diferente, (55) trancando a respiração (respirando pela boca)". (TE33F14)
B56	(56) "Usando material adequado, exemplo máscara descartável) (TE27F5)
B57/B58	(57) "Usando máscara quando eu não posso sair do local, (58) ou saindo do local do odor" (TE42F19)
B59/B60/B61	(59) "Saindo em seguida do ambiente, (60) fazendo higiene (mãos) etc., (61) busco local arejado."(E44F25)
B62/B63/B64	(62) "Tento avaliar um método para amenizar os odores desagradáveis; como trocas freqüentes dos curativos, (63) higienizar o paciente e se for muito intenso, (64) isolar o paciente do outros pacientes" (E37F11)
B65/B66	(65) "Tentando manter o autocontrole pois o paciente necessita minha assistência (66) ou utilizo máscara quando posso planejar que tipo de assistência vou realizar: Ex.: troca do paciente evacuado, troca de curativos potenciais (colostomias + regiões infectadas por agentes como: pseudomonas". (E31F8)
B67	(67) "Suporto, (68) apesar de nauseado" (E43M20)
B69/B70	(69) "Com a utilização de máscaras. (70) Evito expressar isso" (E29F6)
B71/B72/B73	(71) "Geralmente procuro, se possível, arejar o ambiente; (72) ou sair por instantes para renovar o "ar" inspirado, (73) quando aproveito para me concentrar em qualquer outro odor que traga boas lembranças para a memória olfativa" (E43F17)
B74/B75	(74) "Primeiramente procurando afastar-me do fator. (75) Trabalhando continuamente para tentar diminuir estes odores, através da normatização e

	diminuição do uso dos produtos químicos desnecessários". (E46F27)
B76/77	(76) "Já acostumei com estes odores e acho importante senti-los para esclarecer um diagnóstico mais preciso. (77) Cheiro de desinfetante ainda tenho dificuldade – dor de cabeça" (E39F20)
B78	(78) "Consigo lidar com os odores sem sentir nenhum desconforto" (E46F26)

A diversidade de respostas da questão acima são indícios das opções de enfrentamento que os respondentes, de forma subjetiva, procedem e agem diante de diversas situações odorantes no seu cotidiano profissional. Percebe-se que a maioria são atitudes exclusivamente subjetivas e improvisadas, transparecendo a inexistência de qualquer normatização institucional de procedimentos para enfrentamento das situações odorantes no cuidado de Enfermagem. Não afirmamos a não existência de normas e rotinas específicas de enfrentamento aos fenômenos odorantes no HU/UFSC, somente uma pesquisa mais acurada poderá apontar para este fato. Apenas relatamos aqui alguns depoimentos, cuja interpretação sugere diversos procedimentos intervencionais improvisados em necessidades eventuais. Tomando por base interpretações do Quadro 06, evidenciamos uma categoria de análise a qual denominamos de *Procedimentos de Enfermagem*, sustentada pelas subcategorias *Afastamento, Uso de Máscara, Remoção e Alteração Respiratória*. Voltaremos à discussão do conteúdo desta categoria e subcategorias ao debatermos o quadro relativo à categoria epigrafada, bem como por ocasião de reflexões sobre as anotações efetuadas durante nossa atividade de observação do cotidiano da Enfermagem no HU/UFSC.

8.7 Representações dos cheiros.

A questão a seguir foi elaborada com objetivo de, através da descrição espontânea dos sujeitos envolvidos no estudo, identificar elementos de análise capazes de possibilitar o elenco de categorias que demonstre as representações dos cheiros no cotidiano profissional dos respondentes. A interpretação da leitura às expressões contidas nas respostas à questão formulada nos forneceu

subsídios para construirmos o quadro a seguir. Neste quadro, procuramos destacar as unidades de codificação capazes de representar a interpretação que cada um dos participantes, possivelmente elabora, face aos fenômenos odorantes .

Quadro 07 - Unidades de codificação (UC-B) da representação dos cheiros no cotidiano profissional. (Questão 2.8 - Comente sobre o que os cheiros representam no seu cotidiano profissional).

UC-B N.º	UNIDADES DE CODIFICAÇÃO "B" (UC-B) COMENTADAS SOBRE A REPRESENTAÇÃO (SIGNIFICADO) DOS CHEIROS NO COTIDIANO PROFISSIONAL (UC-B = Resposta integral à questão 2.8)
C1/C2	"Desde o início de minha atividade no setor, venho procurando adequar o uso de produtos químicos no ambiente hospitalar. Uso este, que muitas vezes, se considera desnecessário. Produtos usados, muitas vezes, por desconhecimento do funcionário. (1) Sinto-me extremamente desconfortável com odores fortes e irritativos, (2) por isso procuro combatê-los ou adequá-los à sua real necessidade". (E46F27)
C3	(3) "O pior da profissão, pior que os salário baixo". (E44F25)
C4/C5	4) "É muito importante, a percepção de odores na minha profissão, pois através dessa percepção pode-se detectar sinais de infecção. (5) Existem alguns cheiros que podemos eliminar dentro do local de trabalho, como sujeira, lixo..."(E41M21)
C6/C7/C8/C9	(6) "Os cheiros fazem parte do meu cotidiano profissional, (7) nem sempre é possível evitá-los, (8) pois fazem parte do ser humano e como nosso objetivo principal é a assistência ao ser humano, esta característica advém do mesmo." (9) Odores suportáveis, normais, características do ser humano e/ou do ambiente em que trabalho." (E44F20)
C10/C11	(10) "São importantes para detectar sinais, sintomas de ocorrências de doenças, (11) ou situações emergenciais" (E43M20)
C12/C13/C14/C15	(12) "Um dos parâmetros para estabelecer o diagnóstico, (13) fazem parte da rotina. Significativo, importante classificatório (patologia). (14) Define a tomada de decisão e prescrição de enfermagem. (15)Os cheiros de produtos químicos são desagradáveis e irritantes". (E39F20)
C16/C17	(16) "Algo que não pode ser evitado, (17) às vezes diminuído com o uso de máscaras". (E44M18)
C18/C19	(18) "Apenas os odores mais desagradáveis interferem nas minhas atividades. (19) Os cheiros de produtos químicos são desagradáveis e irritantes".(E37F18)
C20/C21/C22/C23	(20) "Fazem parte da identidade profissional. (21) Alguns são desagradáveis, (22)mas nos auxiliam para elucidar e/ou dar sinais sobre o estado do paciente. (23) Outros são desagradáveis e conforme o

	ambiente, tornam-se até insuportáveis como é o caso do éter, benzina, manuseio de quimioterápicos (preparo). Acredito que quando os odores estão associados aos pacientes diretamente, eles se diluem em grau de "importância" (no caso de desagradáveis) porque nossa atenção ao paciente despende de todos os demais sentidos. Assim vejo que para a NFR, os odores estão intimamente ligados". (E43F17)
C24/C25	(24) "Os cheiros também constituem elementos para a conclusão de diagnóstico do paciente. (25) Também podem nos alertar para a prevenção de acidentes que envolvam incêndios, etc."(E39F15)
C26/C27/C28/C29/ C30	(26) "Os cheiros do hospital são em sua maioria ligados ao paciente e seu quadro clínico (27) e higiênico, (28) que podem ser contornados com drenagem, limpeza de curativos, banhos." (29) Outros são ligados ao ambiente hospitalar, como medicações, produtos de limpeza, etc. (30) Os odores desagradáveis, geralmente necessitam de uma intervenção da Enfermagem ou Médica; são em sua maioria, sinais clínicos".(E37F11).
C31	(31) "É uma gama de aprendizado, pois como a audição para minha atividade em UTI foi aguçada, também os odores aprimoraram meus conhecimentos acerca de patologias, agentes, sentimentos dos pacientes em relação situacional do odor proveniente de seu organismo". (E31F8)
C32/C33/C35/C35	(32) "Os sentidos nos circundam. Os sentidos nos guiam. Muitas vezes não percebemos para qual caminho eles nos querem levar, ou o que nos querem mostrar. Nosso corpo é repleto de sentidos. Todos estão associados: VISÃO/AUDIÇÃO/TATO/OLFATO. Falando especialmente do olfato, pobrezinho, tão esquecido ou indesejado, mas com uma importância fenomenal. (33) Nos é importante na determinação de processos patológicos (seja seu início ou sua evolução), (34) nos é importante na questão de higienização do cliente. (35) Você já se percebeu durante um banho de leito como é gostoso usar um sabonete mais cheirozinho; quando terminamos o banho ficam todos se sentindo bem: quem cuidou e quem foi cuidado! Convivemos com os odores, temos que aprender a perceber as suas mensagens, temos que nos treinar para isso! Caso contrário, será mais uma mensagem emitida que somente ficará no ar..." (E29F6)
C36/C37/C38/C39	(36) "Realmente tem cheiros que são muito desagradáveis (37) e às vezes até causam mal estar, (38) porém fazem parte de nosso cotidiano de trabalho. (39) Por isso tenho consciência que devo aprender a conviver com eles e superá-los. (E33F7)
C40/C41	(40) "Representam nada de muito importante, pois se escolhi esta profissão é porque gosto. (41) Sendo assim aprendi a conviver com os mesmos".(TE48F30)
C42	(42) "Olhal Odor é pior que o nosso salário, como o salário não aumenta, só aumenta os odores. Não sou pessimista, apenas realista." (TE42F19)
C43	(43) "Em cirurgia ou mesmo em contato (procedimento) com os pacientes, às vezes não podemos sair da sala. (44) Produtos químicos dão náuseas e dores de cabeça."(TE33F14)
C44/C45	(44) "Os odores representam sinal de sujeira ou que alguma coisa está errada. (45) Porém, os odores de fezes são naturais, já que o paciente

	não precisa estar doente para que haja odor." (TE34F10)
C46	(46) "O ambiente precisa estar com um bom cheiro, harmonioso, pois o local de trabalho é essencial para que possamos viver com, no mínimo nessas horas, harmonia e um pouco de ar puro". (TE31F6)
C47	(47) "Representam sinal de alerta, onde requer que tenhamos mais atenção e principalmente que passemos a observar com mais frequência que o habitual afim de eliminarmos ou confirmarmos uma suspeita o mais rápido possível, podendo ser o provável diagnóstico. (Esta confirmação, é claro, é feita pelo médico, porém é indispensável a nossa colaboração e conhecimento dos odores).(TE25F2)
C48	(48) "Na Enfermagem (convive-se) com vários cheiros, alguns nós já habituamos com eles, principalmente cheiros de medicação".(AE49F25)
C49/C50/C51/C52	(49) "Ao entrar no setor já se pode imaginar como os pacientes estão. (50) Se acaso tiver odor forte de urina ou secreções, diarreia; podemos saber se estão com infecção ou não. Ao trocar um curativo observamos se existe infecção pelo odor e cor. (51) Pelo odor de um leito sabemos se o paciente tem bons hábitos de higiene e por ser assim, muitas vezes, retorna ao hospital por descuido. (52) Quando o setor está limpo e asseado trabalhamos melhor. Quando as enfermarias estão arejadas, banheiros limpos e o ar fica mais purificado e se forma melhor o ambiente de trabalho". (AE45F25)
C53/C54/C55	(53) "Como profissionais, os cheiros ajudam a detectar quando algo está errado ou traz desconforto para o paciente. (54) Me torna mais sensível para perceber certos estados emocionais do paciente (55) e de como ambientes limpos e cheirosos ajudam na recuperação do paciente." (AE47F24)
C56/C57/C58/C59	(56) "Alguns causam bastante desconforto e nojo. (57) Outros não. São suportáveis. (58) Cheiros de remédio, por exemplo, eu gosto. Gosto também do cheiro que tem nos consultórios odontológicos. (59) Mas aquilo que são secreções de vários tipos, halitose, certos CA, é muito desagradável -- faz a gente até sentir mal psicologicamente, fisicamente, tudo afeta o ser da gente." (AE40F20)
C60/C61	(60) "Sensação desagradável, desconforto, perde-se o ânimo de trabalho. (61) Tem que se ausentar do local do odor". (AE37M17)
C62	(62) "Uma coisa ruim, desagradável" (AE38M18)
C63	(63) "O cheiro desagradável, a gente aprende a conviver com ele, mas isso não quer dizer que por causa disso você vai deixar de comer ou passar o dia inteiro vomitando, na minha profissão eu acho que se passar mal ou ficarmos nauseados com os odores, sinceramente, essa não foi a profissão certa a escolher" (AE35F10)
C64	(64) "Os odores são muito relativos ao quadro clínico do paciente". (AE26F2).

Alertamos ao leitor que as sugestões das categorias propostas em nosso trabalho são representações exclusivamente relativas a nossa *interpretação*, de

acordo com Bardin (1994), sobre o conteúdo daquilo que os sujeitos da pesquisa manifestaram em seus depoimentos. Assim considerando, é possível afirmar que cada leitor poderá reinterpretar e recategorizar os fenômenos aqui destacados, segundo parâmetros inerentes à sua subjetividade. Então, as categorizações aqui enumeradas resultam da elaboração de um *diálogo* desenvolvido em duas etapas: a primeira, estabelecida com os sujeitos da pesquisa, e a segunda, de nós com nós mesmos. Paul Ricoeur, citando Platão, nos diz que o discurso é sempre dirigido a alguém. Mesmo que pareça uma *dianóia*, isto é, o solilóquio, o diálogo consigo mesmo, haverá outro falante, que é o endereçado do nosso discurso. Interpretamos, neste caso, que não ocorre um monólogo, que avançamos o diálogo, pois ocorre uma tríade relacionando a mensagem, o falante e o ouvinte que também é falante (RICOEUR, 1976). Neste caso, palavras-chaves podem apresentar-se com significados múltiplos e novos olhares cada vez que sujeitas à análise de seu conteúdo. Por exemplo, a categoria aqui proposta como *Diagnóstico de Enfermagem* pode ser entendida tanto como representativa de um *fenômeno de enfermagem*, bem como de um *fenômeno fora da enfermagem*, uma vez que, de acordo com nossa interpretação, a mesma *unidade de codificação* poderá pertencer a um fenômeno como a outro. Entretanto, a análise de conteúdo proposta por Bardin define que uma *unidade de codificação* deve contemplar os critérios de *exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência*, mas não é, ao nosso olhar, proibitiva de *reinterpretações* que determinem nova pertinência categorial ao fenômeno em análise. Ricoeur diz que “o sentido de um texto não está por detrás do texto, mas à sua frente. A compreensão tem menos do que nunca a ver com o autor e sua situação”(1976, p.99). Todas as categorias, subcategorias e mesmo as unidades de codificação, propostas a seguir, poderão receber novos olhares. Nossa tese é justamente sobre o restrito debate a respeito deste segmento do sentir. Propusemos com nosso estudo refletir acerca do significado dos odores e avançar na compreensão de uma sensação constante do cotidiano da Enfermagem, no entanto, nada se conclui, pelo contrário, esperamos que se expanda o espaço às reflexões e novas contribuições ao tema. Os quadros anteriores (A, B e C) contêm representações do discurso olfativo da Enfermagem, através de textos e ou frases expressas de

forma espontânea e clara. A primeira interpretação deste discurso foi dirigida, conforme Bardin, no sentido de transformar os textos em frases cujo sentido pode representar uma unidade de codificação. A definição pelo elenco de categorias apresentadas nos quadros a seguir (08, 09, 10 e 11) deve-se à leitura e respectiva interpretação de cada uma das frases (unidades de codificação) contidas no discurso dos depoentes. Lembramos mais uma vez que isso poderá e seguramente será *reinterpretado* por diferentes sujeitos em diferentes espaços e tempo. Essas afirmações têm base também nas leituras de Ricoeur, desta vez sustentado em Frege e Husserl, tendo em mente o sentido de uma frase e não de um texto. Para Ricoeur, um significado não é uma idéia que alguém tenha na sua mente, não é um conteúdo psíquico, mas um objeto ideal que pode ser identificado e reidentificado por diferentes indivíduos em tempos diferentes como um só mesmo." (RICOEUR, 1976)

À nossa interpretação, resultante da codificação do discurso dos respondentes, culminou no elenco de quatro categorias básicas, sugestivas da representação do significado dos odores para um grupo de sujeitos em determinados espaços hospitalares: *contribuições ao diagnóstico, procedimentos de enfermagem, expressões emocionais e inferências ergonômicas*. Tratam-se de títulos de categorias, cuja leitura sugere a temática que deu origem ao seu conteúdo.

8.8 Contribuições ao diagnóstico

O agrupamento da freqüência das unidades de codificação foi determinante na interpretação e enumeração das categorias e respectivas subcategorias de análise. Denominamos como *contribuições ao diagnóstico* a categoria que abrangeu unidades de codificação que relacionavam os odores como sugestivos de informações para diagnósticos de fenômenos próprios da Enfermagem, ou fora

dela.³³ Duas subcategorias contribuíram na definição desta categoria: *diagnóstico de fenômenos de enfermagem e diagnóstico de fenômenos fora da Enfermagem*. A primeira refere-se aos fenômenos definidos como próprios da Enfermagem e a segunda, abrangente de unidades codificadas que, preferencialmente, apresentam-se com maior significado para outros profissionais da equipe de saúde.

Ao refletirmos sobre o discurso dos respondentes, verificamos que a percepção de sinais olfativos é referida com significativa frequência, sendo lhes reputado caráter de importância diagnóstica, tanto para a Enfermagem, como para outras disciplinas que atuam no hospital. Se analisarmos a importância do sentido do olfato sob seus aspectos funcionais na atividade de Enfermagem, constataremos que o discurso dos participantes é coerente com a sua formação profissional.

³³ A atividade diagnóstica da Enfermagem atual pode ser considerada originária dos procedimentos executados por Florence Nightingale que reconhecia e tratava problemas de saúde, tanto no hospital como na comunidade, a partir de possíveis classificações diagnósticas, destacando em algumas situações evidências olfativas contribuindo ao diagnóstico: “**Numa “mansão” campestre, (...) testemunhei o fato de três criadas que dormiam no mesmo quarto adoeceram de escarlatina. “Como essa doença é contagiosa”, foi o comentário. O exame do quarto e seu cheiro foram suficientes para um diagnóstico. (...) Desde esse tempo senti o cheiro da varíola com meu próprio nariz e vi com meus próprios olhos a doença se desenvolvendo...**” (Nightingale, F. *Op. cit.*, 1989, p. 38 e 40).

Quadro 08 - Categoria 1 – Contribuições ao diagnóstico, respectivas subcategorias e unidades de codificação.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES CODIFICADAS	FREQ.
CONTRIBUIÇÕES AO DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO DE FENÔMENOS DE ENFERMAGEM	Ex.: "Ao entrar no setor já se pode imaginar como os pacientes estão. Se acaso tiver odor forte de urina ou secreções, diarreia; podemos saber se estão com infecção ou não. Ao trocar um curativo observamos se existe infecção pelo odor e cor. Pelo odor de um leito sabemos se o paciente tem bons hábitos de higiene e por ser assim, muitas vezes, retorna ao hospital por descuido." (AE45F25) A12, A13, A16, A17, A26, A29, A37, A46, A47, A49, B77, C11, C13, C14, C15, C22, C27, C30, C31, C44, C49, C50, C51, C53.	22
	DIAGNÓSTICO DE FENÔMENOS FORA DA ENFERMAGEM	Ex.: "Os cheiros do hospital são em sua maioria ligados ao paciente e seu quadro clínico". (E37F11) A11, A21, C10, C12, C24, C26, C33, C47, C50, C64.	12

Os cheiros do paciente são entendidos como *sinais* de alerta, representativos de algum fenômeno fisiológico ou associados a alguma situação patológica ou não, requerentes de alguma intervenção de Enfermagem ou de outras disciplinas³⁴. Não se pode negar que as observações de Enfermagem referentes aos fenômenos odorantes compõem importantes elementos ao diagnóstico de Enfermagem, entretanto, além da atenção e registro desses fenômenos, seria necessário avançar na *interpretação* de seus múltiplos significados, pois só assim poder-se-á propor um diagnóstico mais fiel da situação

³⁴ Clientes portadores de algumas patologias, em determinadas situações, podem emitir odores característicos, tais como o hálito cetônico dos diabéticos, hálito hepático dos portadores de cirrose hepática, odor *necrótico* de portadores de gangrena gasosa, etc. Existem estudos sobre odores do suor capazes de sugerir diagnóstico tais como da esquizofrenia, comparando o cheiro do suor de indivíduos sadios com os portadores da doença. Ver Ackerman, *Op. cit.* p. 62.

do cliente. Lembramos novamente as advertências de Florence referindo-se à importância das observações de Enfermagem com finalidade prática.

Ao tratar da vital importância da observação minuciosa, nunca se pode perder de vista o seu valor intrínseco. Não é para coletar uma pilha de informações variadas ou de fatos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e conforto. (Nightingale, 1989, p. 137).

É possível que, na atualidade, os registros de ocorrências de fenômenos olfativos interessem muito mais à Enfermagem que às outras disciplinas, especialmente médicas. Considere-se que o diagnóstico da prática médica apoia-se prioritariamente no exame clínico baseado predominantemente em percepções visuais, auditivas e táteis. A formação de Enfermagem, em sua generalidade, reproduz este modelo, de acordo com o observado em seus registros da assistência desde os tempos de Florence³⁵. A prioridade dos registros de observações refere-se ao *visual, auditivo e tátil*. Os cheiros, mesmo considerados de relevância ao cuidado, são discretamente ou praticamente omitidos dos registros cotidianos da assistência de Enfermagem. Inferimos que isso ocorre por múltiplas razões, justificadas pela ausência de conteúdo mais incidente sobre a importância do registro e análise das percepções olfativas, nos cursos de formação profissional, tanto em estudos teóricos, como em atividades práticas. Segundo as exposições, percebe-se que os participantes afirmam que os cheiros são importantes mais como sinais clínicos de interesse médico, que propriamente de Enfermagem. Esse fato pode ser também justificado em virtude do seu modelo de formação profissional sob a *ótica* médica. Neste modelo, em sua generalidade, as percepções olfativas não são evidenciadas no rol de sinais contribuintes ao diagnóstico clínico. Porém, mesmo sem definir ou interpretar os odores *clínicamente*, a Enfermagem *entende* as mensagens odorantes de seu cotidiano como fenômenos determinantes de sua intervenção. Isso pode ser afirmado, com

³⁵ "Os elementos do dever da enfermeira incluem a verificação do pulso; (...) observar o estado da expectoração, a expectoração ferruginosa da pneumonia, a espumosa da pleurisia, a viscomucosa da bronquite, a densa, pesada com estrias de sangue que ocorre na tuberculose, o tipo de tosse com a qual a expectoração é expelida; observar o estado das secreções, se as eliminações de fezes é regular ou se há constipação intestinal, qual a sua coloração; (...) se a urina tem coloração clara ou muito forte, se a quantidade é excessiva ou escassa, se é límpida ou turva..."(Nightingale, F. *Op. cit.*, 1989, p. 166/7)

base no depoimento dos participantes do estudo, através da análise das unidades de codificação, subcategorias e categoria, abrangentes das manifestações de atitudes e procedimentos de enfrentamento aos fenômenos odorantes.

8.9 Enfrentamento: procedimentos e intervenções .

A categoria *Procedimentos de Enfermagem*, representada no quadro a seguir, foi definida a partir de unidades de codificação, cuja interpretação sugeria alguma atitude e/ou procedimento dos trabalhadores de enfermagem, frente aos odores. A reflexão da leitura dessas unidades de codificação conduziu-nos à distinção das seguintes subcategorias: *afastamento, intervenção, uso de máscara e alteração respiratória*. Observe-se que das quatro subcategorias resultantes da leitura das unidades de codificação, três delas referem-se a procedimentos de autodefesa dos sujeitos frente aos odores. Verificaremos no quadro 10, demonstrativo da categorização das *Expressões Emocionais*, que a maioria dos indivíduos admite os odores hospitalares com certa *naturalidade*. Entretanto, no ato de intervir no fenômeno odorante, valem-se de *artifícios* representados por equipamentos e procedimentos de autodefesa, tais como afastar-se do local ou fonte odorante, usar máscaras e mudar o modo de respirar.

Quadro 09 - Categoria 2 – Procedimentos de Enfermagem, respectivas subcategorias e unidades de codificação.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES CODIFICADAS	FREQ
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	AFASTAMENTO	Ex.: "...procuro logo que possível um local com maior ventilação, sem desconforto muito intenso" (AE47F24) B02, B09, B28, B30, B36, B39, B50, B51, B58, B59, B61, B72, B74, C61.	14
	INTERVENÇÃO	Ex.: "Tento avaliar um método para amenizar os odores desagradáveis; como trocas freqüentes dos curativos, higienizar o paciente e se for muito intenso, isolar o paciente do outros pacientes" (E37F11) B33, B45, B46, B47, B48, B60, B62, B63, B64, B71, B75, C02, C05, C28, C34.	15
	USO DE MÁSCARA	Ex.:Ex.: "Usando material adequado, exemplo máscara descartável" (TE27F5) B27, B32, B37, B56, B57, B66, B69, C17	08
	ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA	Ex.: "Controlando a inspiração, respirando o limite mínimo..." (E39F15). B01, B18, B31, B38, B42, B44, B49, B52, B55.	09

A significativa freqüência de unidades de codificação que sugerem *artifícios* de autodefesa frente aos odores pode ser interpretada como contradição à análise que categorizou a maioria das unidades de codificação que determinaram a subcategoria *naturalidade*, pois esta "naturalidade" pode tratar-se de uma *suportabilidade* sustentada às custas dos *artifícios* de autodefesa aos odores. Imaginamos que cada indivíduo tem um limite de tolerância aos odores

desagradáveis. Devem ocorrer momentos em que os odores são insuperáveis, em razão da sua capacidade de desencadear desconfortos físicos e psicológicos incontroláveis.

Observando a *natureza viva*, damos-nos conta de muitos odores de características agradáveis e atrativas, entretanto, pode-se perceber que diversos animais e plantas apresentam fenômenos odorantes com características repelentes, sugerindo possibilidade de instrumento defensivo para algumas espécies. São odores que, além da sensação de desagradabilidade, podem provocar reações físicas tais como náuseas, vômitos, cefaléia, dentre outros. Nestes casos, tratam-se de odores cuja desagradabilidade não é construída culturalmente, constata-se uma desagradabilidade *fisiológica* capaz de desencadear fenômenos desconfortáveis e *incontroláveis*. Da mesma forma, avaliamos, pela reação de alguns indivíduos frente a determinados incidentes odorantes hospitalares, a hipótese de que algumas emanações apresentam essa característica interveniente na fisiologia de quem as percebe, como uma espécie de *nojo fisiológico* repelente, não como autodefesa de quem os emite, mas para proteger o outro de algum odor potencialmente mórbido. Porém, a análise das reações imediatas de afastamento e proteção física (uso de máscara) no enfrentamento de odores, indica que essas atitudes podem estar relacionadas com a construção social e histórica dos cheiros associados às doenças como *sinal* de perigo (LE GOFF, 1997)

Destacamos, ainda nesta etapa, algumas unidades de codificação manifestadas pelos participantes, as quais reputamos importância devido referir-se a atitudes respiratórias frente aos odores. É possível que se trate apenas de uma forma de evitação aos maus cheiros, escapando de seus desconfortos. No entanto, pode ser interpretado também como a representação de barragem de alguma espécie de introjeção mal odorante, capaz de invadir a intimidade individual:

Tento esquecer; mas muitas vezes aquilo parece ficar impregnado na roupa, na pele; parece que respiro para dentro e o corpo todo está podre por dentro. Não vejo a hora de tomar banho e me desinfetar, pareço estar toda contaminada, um lixo.(AE40F20)

Com o objetivo de enriquecer o debate sobre o tema de nosso estudo, reputamos como necessário, nesta etapa da análise, inserir aqui alguns dados relativos à nossa etapa prevista para observações diretas do cotidiano dos trabalhadores de Enfermagem. Executamos, de acordo com o proposto, um período de observações diretas das situações odorantes e seus enfrentamentos nos espaços de cuidados de Enfermagem predeterminados para tal. A intenção desta atividade foi de verificar como são “administradas”, as situações odorantes ocorrentes nas unidades de cuidado. Conforme nossas observações, na maioria dos casos, elas são enfrentadas coincidentemente com o que os participantes do estudo expuseram nos questionários escritos, sintetizados nos diversos quadros e tabelas aqui apresentados. Em termos gerais, os odores hospitalares são percebidos como um desconforto inerente à atividade profissional que são suportados com certa *naturalidade*. São considerados importantes fontes de informação ao diagnóstico de fenômenos de Enfermagem, bem como de fenômenos fora da Enfermagem. Os procedimentos são realizados no sentido de diminuir ou evitar sua percepção, exemplificado no depoimento de um dos participantes da observação:

Apesar de muitos cheiros serem desagradáveis são um alerta para possíveis complicações do estado geral do paciente (infecção, complicação renal, hemorragia, má higiene). Em parceria com os sentidos da visão e tato ajudam a elucidar “diagnósticos” e terapêutica a ser utilizada. Fazem parte do cotidiano hospitalar e tem que ser suportados. Uso máscara; tento evitar respirar pelo nariz; penso que é passageiro e logo sairei “do ambiente” após resolver ou terminar a tarefa. Penso que tenho que enfrentar pois foi a profissão que escolhi e é o meu trabalho. Tento adotar medidas paliativas para melhorar o odor do ambiente: higienização – desodorização quando possível; aeração do ambiente: janelas abertas para melhor circulação do ar.(E41F19)

O depoimento acima fornece indícios para interpretarmos como são entendidos e enfrentados os incidentes odorantes no espaço de cuidados de Enfermagem. São procedimentos tradicionais, já encontrados nos escritos de Florence Nightingale, salvo alguns equipamentos não disponíveis no período nightingaliano, tais como ventiladores elétricos, aspiração a vácuo, carvão ativado, alginatos, fraldão e muita água corrente. A água, desde os tempos mais remotos apresenta-se como o principal instrumento de enfrentamento aos maus

odores. “A água corrige o ar”, diz Vigarello³⁶. Hoje a “velha e boa” água” é a principal aliada no enfrentamento aos odores hospitalares. Sua funcionalidade deve-se ao princípio de arrastamento e mecânica dos líquidos sujeitos à gravidade, proporcionando assim o afastamento de grande parcela da matéria odorante, especialmente resíduos sólidos solúveis. O *afastamento* é um dos procedimentos mais freqüentes no trato aos odores no hospital. Afastar-se do espaço e promover a remoção da matéria odorante (fétida) são os procedimentos primeiros na tomada de atitudes frente às situações odorantes. A *contenção* também aparece como procedimento usual, distinguindo-se os *tamponamentos* ou *isolamentos* das fontes ou matéria odorante. Destacamos, neste caso, desde o isolamento do próprio cliente com problemas odorantes em unidades de cuidados especiais ou improvisadas, até o uso de apósitos em curativos, bolsas coletoras de variados modelos e indicações. Durante nossas observações, atentamos para um equipamento de uso freqüente, mas não rotineiro, entretanto de alta eficiência como contentor e isolador de matéria odorante: as fraldas do tipo descartável. As bolsas coletoras de excretas e secreções, bem como os *fraldões*, merecem um lugar de destaque nos procedimentos que isolam os cheiros no hospital. Tratam-se de equipamentos relevantes ao conforto ambiental por restringirem a dispersão aérea dos odores; todavia, não a impedem totalmente, pois no seu manuseio permite-se a avaliação necessária para *registro* das características odorantes de seu conteúdo.

Destaque-se que, nas unidades de cuidado do HU/UFSC, nem todas as intervenções de enfrentamento aos odores procedem da Enfermagem. Trabalhadores encarregados da limpeza geral executam muitas das tarefas de remoção de resíduos odorantes, em especial aqueles referentes a eliminações

³⁶ “A descrição alarmada dos entulhos e dos dejetos suscita, neste terço do século XVIII. Uma proliferação de propostas para aumentar a chegada da circulação de água na cidade. Pensa-se em líquidos drenando as vias públicas em declives abruptos, fontes regando os mercados, escoando em alicives abruptos que, arrastando as podridões, acabariam por corrigir os odores. A maioria das topografias médicas conclui, depois de 1780, por essa associação entre uma nova mobilidade da água e a correção necessária do ar. Suprimir os odores e sobretudo reforçar a presença de um líquido que pode se propagar escorrendo. A rega previne odores e doenças” (Vigarello, 1996, p. 169-170)

intestinais, urinárias e gástricas. Isto vale tanto para ocorrências eventuais, como para a rotina. Lembramos ainda que estes outros trabalhadores, juntamente com a Enfermagem, também enfrentam diversos episódios e rotina odorante. Isso acontece em todos os locais de cuidado ao cliente e também fora deles, como no caso dos *expurgos*, amplamente citados neste trabalho, onde ocorre a higienização de grande parcela de instrumentos de coleta de material odorante, tais como comadres, papagaios, cubas, bacias, etc. Vassouras, esfregões, escovas, água e sabão são os utensílios mais freqüentes, adicionados de desinfetantes artificialmente aromatizados.

A utilização de máscaras é um procedimento usual em diversas atividades do cuidado. É possível que a maioria dos indivíduos que por qualquer motivo, freqüentem o espaço hospitalar, estejam em alguma situação, sujeitos ao uso de algum modelo de máscara. A Enfermagem executa vários procedimentos utilizando máscaras, quer para resguardo próprio contra uma possível contaminação por doença, da mesma forma, para proteger o cliente de possível contaminação por parte de quem os cuida. Também são utilizados modelos para administração de diversas substâncias gasosas à clientela, de acordo com múltiplas indicações, desde uma aeroterapia até anestesia. Em situações de enfrentamento aos fenômenos odorantes, a máscara é um dos equipamentos mais destacados pelos respondentes e observados na prática. Além de constituir-se como uma barreira mecânica, mesmo que parcial aos odores, as máscaras proporcionam ao profissional a ocultação ou dissimulação de eventuais expressões faciais de desagrado aos odores, diminuindo possíveis constrangimentos à clientela. Esta observação se faz necessária, considerando que o nojo odorante é culturalmente construído, em razão de possível imaginário social das populações ocidentais, prescrevendo alguns odores, principalmente aqueles originários de eliminações corporais caracterizados como *maus odores*, deselegantes em muitas situações, causadores de algum desconforto psicossocial (ACKERMAN, 1992).

Mesmo não estando em pauta as manifestações da clientela sobre seus odores, estes repercutem na atitude dos profissionais de enfermagem, em virtude

deste imaginário de constrangimento social odorante. A preocupação com o *nariz do outro* é de fato um dos incômodos que perseguem àqueles que, por algum motivo, emitem odores considerados desagradáveis socialmente. Ao analisarmos o uso de máscaras nestes casos, evidenciam-se duas possibilidades contraditórias, pois ao mesmo tempo que impede a visualização de expressões que possam ser interpretadas como de desagradabilidade pela clientela, só o fato do seu uso, nestas situações, pode ser considerado como constrangedor.

Além de observarmos a causa, como e quem enfrenta os incidentes e a rotina odorante no hospital, em seus aspectos puramente técnicos, foi possível refletirmos também sobre a constituição dos sistemas de poder no interior deste espaço. Segundo Foucault, a partir do século XVIII, momento em que ocorre uma transformação do saber médico e o hospital é concebido como um local de cura, a distribuição de seu espaço torna-se um instrumento terapêutico sob mecanismos disciplinares (FOUCAULT, 1985). É possível que as relações de poder tenham se transformado, que a Enfermagem dos tempos atuais já não limpe chão, porém o enfrentamento às questões odorantes permanece. De acordo com o que observamos e os participantes escreveram, mesmo com os extraordinários avanços tecnológicos e metodológicos, o impacto perceptivo e suas conseqüências, afetivas ou somáticas, serão permanentemente, em maior ou menor escala, objeto da Enfermagem. Com isso, a *suportabilidade* aos odores constitui-se, então, como uma inerência própria do cuidado de Enfermagem?

8.10 Expressando as emoções

Reputamos a importância da leitura da categoria a seguir, considerando que sua definição decorreu da interpretação das manifestações afetivas expostas nos escritos dos sujeitos da pesquisa, definidas por palavras que avaliamos como chave, isto é, poderiam significar o *sentimento* dos sujeitos frente aos odores. Nesse caso, como já afirmamos anteriormente, a categoria **Expressões Emocionais** poderá estar sujeita a reinterpretações e conseqüentes inovações, dependentes do *olhar* que cada intérprete lhes dirigir.

A análise das unidades de codificação com alguma inerência **afetiva** conduziu-nos ao destaque de nove subcategorias, as quais assim denominamos: *naturalidade*, *suportabilidade*, *desagradabilidade*, *repugnância*, *solidariedade*, *autocontrole*, *negação*, *valorização* e *prazer*.

Consideramos como *naturalidade* as manifestações dos sujeitos referentes aos odores, em unidades de codificação designativas de margem de interpretação aos odores, como um fenômeno *normal*, inerente à atividade de Enfermagem.

Na subcategoria *suportabilidade*, agrupamos as unidades de codificação de maneira tal que representassem manifestações subjetivas, como admissão consciente de sentimentos de desconforto causados pelos incidentes relativos a fenômenos odorantes.

As unidades de codificação que definiram a subcategoria *desagradabilidade*, referem-se às manifestações nas quais, de certa forma, os indivíduos participantes da pesquisa expressaram algum juízo de valor aos odores hospitalares, caracterizando-os como causa de alguma sensação de desagrado ou desconforto físico e/ou psicológico.

Denominamos a subcategoria *repugnância* em decorrência de depoimentos codificados como representação de sentimentos de nojo, aversão e repulsa explícita aos odores hospitalares.

Consideramos que manifestações de sentimentos de empatia e respeito ao cliente em situações odorantes poderiam ser incluídas na subcategoria de *solidariedade*, assim como aquelas atitudes intencionadas a evitar possíveis constrangimentos à clientela em razão dos cheiros por ela emanados.

Como *autocontrole*, destacamos unidades de codificação relativas a manifestações de exercício mental para confrontar-se com incidentes odorantes, evitando crises de desconforto físico, tais como náuseas e vômitos.

Avaliamos como *negação* expressões que demonstraram alguma evasão ou esquiva aos odores e depoimentos, destacando a importância da atenção aos cheiros, tais como sinais para diagnóstico de enfermagem e médico, incluímos como uma subcategoria de *valorização* aos odores.

Unidades de codificação caracterizando possíveis manifestações de agrado, alegria ou satisfação, em razão de percepções olfativas, foram categorizadas como uma expressão emocional de *prazer*.

Assim como a subjetividade que define as sensações aos odores, a escolha de unidades de codificação, subcategorias e categorias foi decorrente de interpretação também subjetiva, portanto passível de redefinição. Como os odores, as interpretações verbais também são *voláteis*, encaminham-nos para algum desvio ou mesmo nova direção a cada (re)leitura. Nada é conclusivo, entretanto, procuramos, conforme Bardin (1994), analisar o conteúdo do discurso dos respondentes, com apoio em *palavras-chave* capazes de indicar mais proximamente possível a interpretação desse conteúdo. Mesmo assim, pode ocorrer que, a cada nova leitura desses discursos, sobressaiam novas categorias para análise.

A categoria reputada como expressiva da afetividade³⁷ nos conduz a uma interpretação da representação subjetiva dos odores hospitalares, em sua generalidade, como fenômeno relativo ao ser humano sob cuidados, e com características estéticas predominantemente desagradáveis.

³⁷ Conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou tristeza. (FADIMAN, J., FRAGER R., 1986).

Quadro 10 - Categoria 3: Expressões emocionais, respectivas subcategorias e unidades de codificação.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES CODIFICADAS	FREQ.
EXPRESSÕES EMOCIONAIS	NATURALIDADE	Ex.: "Consgo lidar com os odores sem sentir nenhum desconforto" (E46F26) A08, A09, A10, A14, B05 B07, B08, B10, B11, B19, B29, B76, B79, C03, C06, C08, C20, C29, C38, C40, C42, C45, C48, C63	24
	SUPPORTABILIDADE	Ex.: "Realmente tem cheiros que são muito desagradáveis e às vezes até causam mal estar, porém fazem parte de nosso cotidiano de trabalho. Por isso tenho consciência que devo aprender a conviver com eles e superá-los. (E33F7) A05, A07, A15, A30, A31, A34, A38, A40, B06, B26, B40, B41, B43, B53, B67, C07, C09, C16, C39, C41, C57,	21
	DESAGRADABILIDADE	Ex.: ""Mas aquilo que são secreções de vários tipos, halitose, certos CA, é muito desagradável – faz a gente até sentir mal psicologicamente, fisicamente, tudo afeta o ser da gente." (TE26M5) A03, A04, A06, A22, A23, A24, A35, A39, A41, A48, C18, C21, C23, C36, C60, C62.	16
	REPUGNÂNCIA	Ex.: "Tento esquecer; mas muitas vezes aquilo parece ficar impregnado na roupa, na pele; parece que respiro para dentro e o corpo todo está podre por dentro. "(AE40F20) A25, A28, A32, A33, A45, B15, B16, C56, C59.	09
EXPRESSÕES EMOCIONAIS	SOLIDARIEDADE	Ex.: "Procuo pensar no conforto e bem estar do paciente, pois ele sente o mesmo cheiro e é quem tem que suportar o maior tempo. E se é demonstrado na frente do mesmo poderá ficar constrangido diante da situação e o seu quadro poderá regredir. Então me coloco no lugar dele e procuro disfarçar o máximo possível, porém mantendo a minha ética profissional após o acontecido" (TE25F2). B04, B12, B20, B22, B23, B24, B25, C54	08
	AUTOCONTROLE	Ex.: "Tentando manter o autocontrole pois o paciente necessita minha assistência" (E31F8) B03, B13, B14, B17, B21, B54, B65, B73	08
	NEGAÇÃO	Ex.: "Evito expressar isso" (E29F6) B70, C42	02
	VALORIZAÇÃO	Ex.: "É muito importante, a percepção de odores na minha profissão, pois através dessa percepção pode-se detectar sinais de infecção. (E41M21) A36, C04, C32.	03
	PRAZER	Ex.: "Você já se percebeu durante um banho de leito como é gostoso usar um sabonete mais cheirozinho; quando terminamos o banho ficam todos se sentindo bem: quem cuidou e quem foi cuidado!" (E29F06) C35, C58	02

Além do predomínio interpretativo da sensação olfativa com características de desagradabilidade, a avaliação do conteúdo relativo à categoria de **Expressões Emocionais** nos encaminha a algumas possíveis inferências relativas ao sentido do olfato que ratificam sua menoridade entre os outros sentidos. Ainda que, reputado com certos méritos para a Enfermagem, o olfato é julgado primeiramente como um sentido ocasionador de desconfortos, tanto para a clientela como para os trabalhadores. Observe-se que se mantém o discurso *kantiano* relegando olfato à categoria de um sentido maior causador de desprazer que gozo. Verifique-se que, em noventa das unidades codificadas na categoria acima, encontramos duas relacionando odor e prazer no hospital. À primeira vista, na percepção olfativa dos respondentes, configura-se no hospital uma perspectiva com características *dantescas* em relação aos odores. Neste caso, Condillac e Kant teriam razão, pois descontando seu mérito como recurso diagnóstico, *afetivamente* os odores apresentam-se com baixa estima imediata no cotidiano dos profissionais. Avaliamos que o ambiente hospitalar configura-se como um espaço pouco adequado para considerações estéticas olfativas, entretanto, não podemos negar o olfato como sentido de prazer, mesmo num recinto onde ocorrem muitos fenômenos odorantes com características desagradáveis. Consideramos que isso pode ter ocorrido, em razão de provável *desvio* das questões da pesquisa, induzindo os respondentes à identificação e avaliação de fenômenos odorantes predominantemente desagradáveis. Todavia, poderemos vincular a significativa ausência de manifestações de sensações olfativas aprazíveis no hospital à posição ocupada pelo olfato no imaginário social, reproduzindo, neste caso, a relação restrita da olfação como motivo de prazer. Numa outra perspectiva, poderemos considerar que eventos olfativos do cotidiano hospitalar, desvinculados da atividade do cuidado, foram interpretados como fenômeno odorantes dignos de consideração prazerosa restrita. É difícil que não se perceba o cheiro de limpeza no aroma do eucalipto dos detergentes, o cheirinho da roupa limpa, o perfume dos sabonetes, o aroma de groselha em alguns medicamentos, o odor do café quente na madrugada fria ou daquela brisa que entra por alguma janela com algum cheiro bom estranho ao hospital.

Codificamos algumas declarações afetivas como atitudes solidárias com o cliente e seus odores. Destacamos a subcategoria *solidariedade*³⁸, ao par da *suportabilidade*, por interpretarmos que as expressões dos sujeitos que as determinaram distinguem a Enfermagem como atividade do cuidado ao ser humano transcendente ao ato técnico, elevando-a à categoria de atitude filosófica. Esta interpretação poderá ser considerada um equívoco em tempos atuais, onde a *competência* é, em primeira instância, a grande alavanca de sustentação dos profissionais no mercado de trabalho. No Brasil, há cerca de 500 mil postos de trabalho ocupados por pessoal de Enfermagem³⁹. É possível que a necessidade de manutenção da atividade empregatícia sustente-se na *competitividade* interprofissional, excluindo qualquer gesto solidário entre parceiros de labor, ou seja, a Enfermagem é primordialmente uma *carreira* cujo objeto é o cliente. Mesmo assim, não se pode pôr à parte a solidariedade humana, pois assim como se suporta por necessidade, da mesma forma, poder-se-á ser solidário. Neste caso, a *suportabilidade* e a *solidariedade* manifestadas, podem ser interpretadas como gestos de determinação mecânica, apenas como preceito profissional, independente de qualquer atitude de afabilidade com o ser humano sob cuidado. Refletindo acerca disso, não se exclui que, em decurso da competitividade mercadológica no trabalho de Enfermagem, superem-se princípios humanísticos desta atividade. Entretanto, nossa pesquisa não fornece subsídios para afirmar que esta atitude se apresenta como predominante. Se assim for, imaginamos a necessidade premente de resgatar alguns princípios da filosofia do cuidado legado por Florence à Enfermagem moderna:

O que significa ser enfermeira? O verdadeiro abecê de uma enfermeira é ser capaz de ler cada mudança que se opera na fisionomia do paciente sem causar-lhe o esforço de dizer o que é que está sentindo. Que fariam

³⁸ "De um modo geral, solidariedade é a influência e dependência dos diversos elementos de determinado grupo, entre si e relativamente ao grupo ou sociedade em questão. Daí resulta que esses elementos actuam de modo análogo ao das partes de um corpo *sólido*, as quais se movem conjunta e paralelamente. Sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e às responsabilidades dum grupo social, duma nação, ou da própria humanidade." (LOGOS: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo, 1992, Vol. 4, p. 1258. . (AURÉLIO,

³⁹ **Formação:** /Ministério da Saúde, Projeto de Formação dos Trabalhadores de Enfermagem – Vol 1,n.1 – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

de diferente muitas das enfermeiras, se seu paciente fosse uma valiosa peça de mobiliário ou um animal doente? (...) Ora, a enfermeira nada tem a ver com sapatos, cinzéis ou mármore, mas sim com seres humanos; e se ela não der assistência a seus pacientes para sua própria satisfação, nenhuma preleção vai torná-la capaz de fazê-lo.” (Nightingale, 1989).

8.11 Inferências ergonômicas e ambientais.

No início deste capítulo, apresentamos dois quadros (02 e 03), representativos da avaliação comparativa, elaborada pelos participantes de nosso estudo, a partir de questões *fechadas*, relacionando desconfortos concernentes às percepções de fenômenos olfativos, com outras formas de desconfortos sensoriais. A visualização numérica destes quadros sugere que, ao menos no caso da Enfermagem, Kant continua com *razão*, pois o olfato, além de pouco prazeroso, apresenta-se como a primeira causa de diversas formas de manifestações subjetivas de desconfortos⁴⁰. A categoria ***Inferências Ergonômicas*** foi sugerida a partir da nossa interpretação das expressões espontâneas dos respondentes, as quais propunham não somente inclusão de unidades de codificação referentes a desconfortos subjetivos causados pelos odores. Consideramos procedente incluir como categoria ergonômica unidades de codificação relativas aos fenômenos odorantes intervenientes, de alguma forma, no processo de trabalho da Enfermagem, tanto ambiental como individual. A leitura das unidades de codificação nos conduziu ao destaque de três subcategorias que sustentaram a categoria ***Inferências Ergonômicas***. De acordo com Wisner (1988), *ergonomia* é “uma disciplina que agrupa os conhecimentos da fisiologia, da psicologia e das ciências conexas aplicadas ao trabalho humano, em vistas de uma melhor adaptação dos métodos, dos meios e do ambiente de trabalho ao homem”. Para Santos (1991), a *ergonomia* refere-se a conhecimentos e tecnologias que têm por objetivo reduzir ou eliminar riscos profissionais, promover um trabalho seguro, isento de enfermidades profissionais; melhorar as condições de trabalho, com a finalidade de evitar fadiga tanto física como psicológica (WISNER,, 1988). Levado em conta que as unidades de codificação

que dizem respeito aos desconfortos psicológicos, tais como a sensação de desagradabilidade e repugnância, foram incluídas na categoria de **Expressões Emocionais**, enfatizamos como implicação ergonômica subjetiva somente aquelas expressivas de desconforto físico conseqüente do fenômeno odorante.

Quadro 11 - Categoria 4: Inferências ergonômicas, respectivas subcategorias e unidades de codificação.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES CODIFICADAS	FREQ.
INFERÊNCIAS ERGONÔMICAS	DESCONFORTO FÍSICO	Ex.: "Apenas os odores mais desagradáveis interferem nas minhas atividades. Os cheiros de produtos químicos são desagradáveis e irritantes". (E39F20) A1, A2, A24, B34, B35, C37, B68, C1, C15, C19.	10
	CONFORTO AMBIENTAL	Ex.: "Quando o setor está limpo e asseado, trabalhamos melhor. Quando as enfermarias estão arejadas, banheiros limpos e o ar fica mais purificado e se forma melhor o ambiente de trabalho" (AE45F25) A18, A19, A20, A42, A43, A44, C43, C46, C52.	9
	SEGURANÇA DO TRABALHO	Ex.: "Os cheiros (...) Também podem nos alertar para a prevenção de acidentes que envolvam incêndios, etc." (E39F15) C25	1

A análise das observações e os depoimentos constantes nos quadros e tabelas até aqui apresentados nos levam a caracterização do ambiente hospitalar, como espaço sujeito a múltiplos fenômenos odorantes de variadas fontes,

⁴⁰ Ver a Tabela 05 - Desconfortos manifestados frente a determinados odores no hospital.

capazes de produzir reações subjetivas psicossomáticas de qualidade e intensidade diversa. A interpretação de alguns relatos sugerem que, de alguma forma, em determinados momentos, os sujeitos no espaço hospitalar são expostos a situações odorantes que lhes provocam desconforto físico ou psicológico. De acordo com as unidades de codificação categorizadas como desconforto físico e/ou ambiental, pode ser interpretado, ainda, que em razão de possíveis limitações tecnológicas e metodológicas, estes mesmos sujeitos submetem-se a estas situações de desconforto causado por fenômenos odorantes, limitando-se a suportá-los.

A funcionalidade olfativa de vigilância ambiental também foi ressaltada, através da detecção de fenômenos odorantes, enumerados como potencialmente sugestivos de situações críticas ou de riscos, tais como incêndios e vazamentos de produtos tóxicos voláteis. Podemos aqui arrolar também eventos olfativos relativos à segurança da clientela, nos quais o sentido do olfato participa da vigilância de odores potencialmente perigosos, tais como emanações sugestivas de presença de agentes infecciosos, alimentação deteriorada, medicação com cheiro não coincidente com o costumeiro ou outros fenômenos odorantes indicadores de algum perigo iminente.

8.12 - O oculto e o explícito.

O planejamento do cuidado de Enfermagem ao cliente internado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC é fundamentado na Teoria das Necessidades Básicas de Horta⁴¹, desenvolvido essencialmente a partir da observação e registros detalhados da equipe de Enfermagem. Estes registros são orientados e recomendados nos documentos básicos da metodologia assistencial do HU/UFSC. Na elaboração do projeto de tese, além da etapa de observações diretas, previmos a realização de um levantamento dos registros documentais, relativos às percepções odorantes que

favorecessem a compreensão deste fenômeno mais objetivamente. Para este estudo havíamos proposto analisar os registros de Enfermagem constantes no Processo de Enfermagem nos prontuários dos clientes. No entanto, elegemos, para esta atividade, pesquisar anotações constantes em outro documento padrão denominado Observações Complementares de Enfermagem - OCE, (anexo). Trata-se de um documento de anotações das rotinas diárias de Enfermagem, bem como de todos os eventos ocorridos com a clientela internada no hospital. Nestes formulários, fundamentalmente, encontram-se as anotações básicas da equipe de Enfermagem para subsidiar os relatos nas trocas de turnos (*passagem dos plantões*), elaborar a *Evolução de Enfermagem* e quadros de controles de rotina. Esta opção deveu-se em consideração da maior abrangência das anotações, envolvendo os diversos atores da equipe de Enfermagem, coincidentes aos respondentes do questionário de pesquisa. Trata-se de um documento temporário, isto é, após a alta do cliente, não é anexado ao seu prontuário e sim desprezado. Desta maneira, solicitamos aos funcionários das Unidades de Internações Cirúrgicas Mistas - HU/UFSC para que, durante um determinado período de tempo, conservassem estes relatórios na unidade. Não havíamos estabelecido um número prévio de documentos a serem observados, pois seu conteúdo é variável, ou seja, relativo ao período de internação do respectivo cliente. De posse dos primeiros, nos empenhamos em levantar o número de observações realizadas, procurando enumerar os termos que pudessem estar relacionados com os odores. Consideramos como *Observações Complementares de Enfermagem* o relato diário das Prescrições de Enfermagem e outras ocorrências em formulário próprio, relativas aos cuidados dispensados à clientela, durante o seu período de internação. Sua quantificação refere-se àquela impressa no formulário, contendo dados individuais, no que tange aos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, em determinado horário, datado e assinado por trabalhadores responsáveis pela assistência, estagiários e professores de Enfermagem das diversas categorias profissionais que atuaram nos setores

⁴¹ Ver **Roteiro para o Histórico de Enfermagem e para a Visita Diária ao paciente.** Documentos Básicos. Divisão de Pacientes Internos. UFSC – HU – Sub-Diretoria de

envolvidos no estudo. Adotamos como referência para quantificação palavras-chave ou termos concernentes a determinados fenômenos de enfermagem, passíveis de avaliação como fenômeno odorante, meritórios de registro com tal qualificação, necessários ao diagnóstico e intervenção de enfermagem. Na pesquisa, destacaram-se ainda outros fenômenos odorantes, os quais, devido às suas características próprias e fundamentados em Nóbrega & Gutierrez (2000, p.87), consideramo-los como fenômenos “*fora da enfermagem*”, tais como, gangrena⁴², necrose⁴³ e hemorragia⁴⁴”.

Os odores estão fortemente presentes nas atividades rotineiras da Enfermagem, onde é realizado diariamente, um grande número de procedimentos envolvendo *matéria odorante*, cujos relatos, praticamente, omitem as percepções olfativas. Para identificar as possíveis qualificações odorantes destes fenômenos, tomamos como base as sugestões da taxonomia preconizada nos documentos institucionais normatizadores dos procedimentos e anotações de Enfermagem do HU/UFSC. Levantamos os registros de cuidados e ocorrências relativos a 160 clientes de diversas especialidades cirúrgicas, internados no HU/UFSC. Concluímos que este número seria o bastante, pois os dados forneciam indícios de suficiência para algumas possíveis interpretações, já que acumularam 5.303 *Observações Complementares de Enfermagem*⁴⁵, com uma média de 94 registros por cliente.

Enfermagem, Mimeo. 1984.

⁴² De acordo com Cotran M. D. et al (2000, p.104), **gangrena** esta relacionada à morte, em extensão variável, de tecido ou de órgão, e devida à perda de suprimento sanguíneo seguida, ou não, de invasão bacteriana e de decomposição tecidual. (COTRAN, M. D. , 2000, p. 331.).

⁴³ Cotran, M. D. et al (2000), referem-se a **necrose** como um espectro de alterações morfológicas que sucedem a morte celular no tecido vivo, em grande parte resultantes da ação degradativa progressiva de enzimas sobre a célula lesada., (COTRAN, M. D. , 2000, p. 14)

⁴⁴ **Hemorragia**, de acordo com Cotran, M. D. et al (2000), “geralmente indica extravasamento se sangue em virtude de ruptura vascular, pode ser externa ou contida dentro de um tecido”. (COTRAN, M. D. , 2000,

Tabela 05 - Distribuição do número de clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC, cujas *Observações Complementares de Enfermagem* – OCE registram ou não fenômenos potencialmente odorantes. - Set./Out. 2000

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES DE ENFERMAGEM	N ^o	%
Sem registro de fenômenos potencialmente odorantes	15	9 %
Com registro de fenômenos potencialmente odorantes	145	91%
Total	160	100%

Em conformidade com os dados da Tabela 05, é possível demonstrar que, em consonância ao nosso entendimento de *fenômeno de enfermagem odorante*, somente uma parcela inferior a dez por cento da clientela não apresentou registros de *eventos potencialmente odorantes*. Como *eventos potencialmente odorantes*, salientamos, em nosso estudo, aqueles constantes nos documentos básicos de orientação à metodologia de enfermagem do HU/UFSC, destacando, neste caso, o *Roteiro de Observações: problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas* (1981). Esse documento sugere uma taxonomia qualificativa para fenômenos de enfermagem potencialmente odorantes, tais como: expectorações (*odor fétido, característico*); eliminação Intestinal (*odor fétido, azedo, pútrido*); eliminação urinária (*odor característico, amoniacal, fecal, de peixe, de palha recém-cortada, de maçã azeda, de violeta*); vômitos (*odor ácido, inodoro, amônia, azedo, de fezes*); drenagem gástrica, biliar, torácicas, fístulas, de lesões, etc., (*volume, cor, odor, consistência*)⁴⁶. Porém, como se perceberá nos dados seguintes, a potencialidade de noventa e um pontos percentuais para registro de prováveis fenômenos odorantes não significa que eles ocorreram. Com isso queremos dizer que o simples registro de fenômenos de enfermagem *potencialmente* odorantes não é garantia de sua caracterização qualitativa olfativa

⁴⁶ Ver *Roteiro para o Histórico de Enfermagem e para a Visita Diária ao paciente*. Documentos Básicos. Divisão de Pacientes Internos. UFSC – HU – Sub-Diretoria de Enfermagem, Mimeo. 1984.

necessária. Pelo contrário, evidencia-se o número de registros de caracterização de odores inversamente ao número de fenômenos odorantes, como ilustramos na tabela seguinte:

Tabela 06 - Distribuição do número de registros referentes às diversidade de fenômenos odorantes percebidos, em relação ao total de Observações Complementares de Enfermagem - OCE dos cuidados prestados a 160 clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC – Set./Out. 2000

FENÔMENOS ODORANTES/OCE	N.º	% ⁴⁷	% ⁴⁸
Secreção	1.189	46,5	22,6
Urina	921	36,0	17,4
Fezes	262	10,2	4,9
Vômito	82	3,2	1,5
Sangue	57	2,2	1,0
Necrose/Gangrena	36	1,4	0,6
Sudorese	10	0,4	0,2
Total de OCE com fenômenos odorantes	2.557	100,0	48,2
OCE sem registros de fenômenos odorantes	2.746		51,8
Total de OCE registradas	5.303		100,0

Observando a distribuição dos números deste estudo, podemos verificar que aproximadamente a metade das OCE refere-se a fenômenos odorantes (48,2%), a maioria pertencente a eliminações corporais, com destaque às *secreções*. Note-se que os dados constantes nessa tabela coincidem, em sua maioria, com as informações obtidas no questionário, através das questões 2.2 e 2.5, sintetizadas no Quadro 04, excetuando-se que, neste caso, as *secreções* destacam-se em segundo lugar, enquanto que na tabela acima, situam-se em primeiro nível. Ao confrontarmos os dois conjuntos de dados acima, é possível perceber que dos nove itens referentes aos *odores corporais*, constantes no Quadro 04, apenas dois não são aqui destacados: exalações orais e *eletrocauterizações*. Adverte-se que os registros referentes aos odores de *eletrocauterizações* não se aplicam

⁴⁷ Percentual em relação ao total de fenômenos odorantes.

⁴⁸ Percentual em relação ao total de Observações Complementares de Enfermagem.

para efeito de Observações Complementares de Enfermagem, pois são procedimentos exclusivos do Centro Cirúrgico.

Nas respostas aos questionários de pesquisa, registramos um número expressivo de unidades de codificação de fenômenos odorantes relativo às *halitoses* ou odores da boca. Entretanto, nos registros da prática, observa-se uma ausência total de qualquer registro desta percepção. A ocultação de observações de fenômenos olfativos orais merece uma maior atenção, considerando que os cuidados de higiene oral fazem parte da Prescrição de Enfermagem rotineira do hospital.

Salientamos ainda o fato que, no bloco das Observações Complementares de Enfermagem pesquisadas, constatamos registros referentes a clientes portadores de traumas ou patologias bucais, os quais, devido a sua natureza, apresentam fenômenos odorantes⁴⁹. É correto afirmar que o diagnóstico e tratamento de *halitoses* e outros problemas de saúde bucal não é competência do profissional de Enfermagem, todavia, no hospital, tradicionalmente os cuidados com a *higiene oral* são de nossa alçada.

O **silêncio olfativo**, em relação aos odores da boca, pode ser reprodução da ocultação social aos cheiros de origem oral, culturalmente reprimidos devido ao seu caráter estético como fenômeno capaz de produzir desconforto primordialmente social. O mercado de equipamentos e produtos para dissimular os odores da boca disponibiliza ao consumo da população alta variedade de opções, as quais, devidamente utilizadas, promovem higiene e sensação de conforto bucal. Não é objeto de nosso estudo a análise específica de cada fenômeno odorante que é percebido no hospital, no entanto, com relação aos fenômenos odorantes orais, observamos, na prática, atitudes cotidianas de cuidados com a higiene, utilizando equipamentos e procedimentos merecedores de reavaliação da sua eficácia. Uma possível justificativa cabível à limitação das

⁴⁹O *Roteiro de Observações* (1981, p.26 e p.30) preconiza os seguintes registros odorantes referentes à Integridade Cutâneo/Mucosa, item boca: “**hálito: fétido, de alimentos, de drogas, alcoólico, de amônia, de urina, de sangue, de pus.**”

observações e restrição às técnicas repetitivas e de pouca eficácia na higiene oral deve-se à ausência de pesquisas multiprofissionais direcionadas à melhoria higiênica e conforto oral da clientela sob cuidado hospitalar. Note-se que, na realidade do HU/UFSC, constata-se que os equipamentos e procedimentos utilizados nos cuidados rotineiros da boca não condizem com procedimentos e técnicas preconizadas pela pesquisa atual de fenômenos odorantes orais⁵⁰.

Em contrapartida, os registros com referência às secreções se destacam como fenômeno odorante, sendo qualificados primordialmente por observações visuais⁵¹ e secundariamente olfativas. Entretanto, mesmo com significativo destaque como fenômeno odorante, os registros de sua caracterização olfativa são minimamente destacados, como poderemos verificar nas tabelas a seguir:

Tabela 07 - Distribuição do número de registros referentes aos fenômenos odorantes e suas respectivas caracterizações, em *Observações Complementares de Enfermagem* dos cuidados prestados a 160 clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC – Set./Out. 2000

FENÔMENO ODORANTE	N.º	%
Secreção com odor fétido	78	85,8
Secreção sem odor	04	04,3
Secreção com odor azedo	01	01,1
Secreção com pequeno odor	01	01,1
Urina com odor característico	01	01,1
Urina com odor fétido	01	01,1
Fezes com odor fétido	01	01,1
Necrose com odor fétido	01	01,1
Gangrena com odor fétido	01	01,1
Estoma com odor fétido	01	01,1
Odor de alimentos ⁵²	01	01,1
Total de fenômenos odorantes qualificados	91	100.0

⁵⁰ Ver Associação Brasileira de Pesquisa e Estudos dos Odores da Boca, disponível na Internet: <http://www.abpo.com.br>

⁵¹ Percentual relativo ao total de observações de fenômenos odorantes qualificados.

De acordo com o exposto, observa-se a limitação de registros qualificando as percepções olfativas. Neste caso, a grande maioria, restrita à caracterização do fenômeno odorante relativo à eliminação de secreções corporais. Essa limitação é maior evidenciada quando analisamos estes números em relação ao total de observações com fenômenos odorantes, bem como em relação ao total de observações realizadas:

Tabela 08 - Distribuição do número de registros referentes à caracterização dos odores, em relação ao total de fenômenos odorantes das *Observações Complementares de Enfermagem* dos cuidados prestados a 160 clientes internados nas Clínicas Cirúrgicas Mistas I e II – UH/UFSC – Set./Out. 2000

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES DE ENFERMAGEM	N. ^o	%
Com caracterização do fenômeno odorante	91	3,5
Sem caracterização do fenômeno odorante	2.466	96,5
Total de fenômenos odorantes	2.557	100,0

Ao analisarmos estes dados, em busca de explicações matemáticas que os justifiquem, possivelmente incorreremos em conclusões imprecisas sobre os mesmos. É certo que são números extremados, produto de uma rápida garimpagem de impressões perceptivas subjetivas dos *fenômenos odorantes*, num determinado documento de registros rotineiros do cuidado de Enfermagem. Contudo, justamente em razão da exacerbação destes números, mesmo de relativa consistência, podemos, através deles, nos subsidiar para possível interpretação que conduza a uma maior compreensão do fenômeno em estudo. É bem possível que encontremos algumas explicações para estes números, mas é provável que elas não serão decorrentes de verificação empírica no campo paradigmático das ciências naturais. Pelo contrário, uma maior compreensão do fenômeno poderá efetuar-se através de abstrações arazoadas em paradigma

⁵² Esta observação é relativa à manifestação de um cliente, referindo que o cheiro dos alimentos componentes da dieta hospitalar lhe provocava náuseas.

humanista. Segundo a nossa avaliação, percebe-se que, no espaço hospitalar, reproduzem-se as mesmas caracterizações relativas ao sentido do olfato, manifestadas em estudos de outros espaços sociais, isto é, sua *negação, ocultação ou silêncio olfativo*.

9 DEDUÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Nem tudo é conclusivo!

*“O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”
Michel Foucault*

A principal pergunta que surge em nossa mente, neste instante, é: para que e para quem interessa esta tese? Responderia que a tese interessa primeiramente para quem a escreveu. Em nosso entendimento, neste instante, assim aconteceu. O que aprendemos com esta tese? Após mais de quatro anos de atenção a qualquer fato, sobre os odores, onde quer que ele se desse: nas bibliotecas, livrarias e revistarias, em qualquer forma de literatura, científica ou não; no cinema, na televisão e na Internet; nas conversas de bar, de café e de corredores; no hospital, ouvindo colegas e clientes, cheirando gente, coisas e lugares. Mesmo assim, pouco aprendemos. Conseguimos apenas ficar mais curiosos sobre o significado dos cheiros em tantos ares e lugares. Para nós, o nariz deixou de ser apenas um tradutor de cheiros, para ser, de agora em diante, o abrigo de uma sensibilidade perceptiva da química da vida, na qual o olfato passa a ser entendido como um sentido indispensável à sobrevivência da espécie humana. Nem tanto, como o utilizavam nossos antepassados, para colher, caçar ou vigiar. Aprendemos sobre a delicadeza deste sentido, pela sua capacidade de perceber o mínimo no invisível, sensibilidade, outrora, destacada por Nietzsche. Aprendemos que, além de caçador e vigilante o olfato é principalmente um sentido estético, nos perdoem Kant e Condillac, pois minimizaram esteticamente

o olfato como sensibilidade de prazer, destacando-o como limitado em termos de contribuição ao conhecimento humano, bem como, restringindo-o como órgão preferencialmente afeto à desagradabilidade. É possível que maus odores sejam marcantes, entretanto, são os odores prazerosos que permanecem em nossa memória; foram nosso primeiro testemunho da nossa fusão com o mundo. Descobrimos que, a despeito da filosofia e da ciência relegarem o olfato a um plano inferior das sensações, elas foram enaltecidas na literatura romântica, na poesia, na culinária e no mundo das mercadorias aromatizantes ou mesmo, contraditoriamente, desodorizantes. Entendemos a importância dos odores como fenômeno integrante dos ritos da sexualidade, isto é, cheirar pode ser indispensável à manutenção de muitas espécies, inclusive a humana. Descobrimos também que, nos espaços sociais, os construtos culturais sobre os cheiros tanto podem aproximar as pessoas, como afastá-las, ou ridicularizá-las: “*é pobrinho, mas é limpinho*”, máxima carregada de preconceito social, valorizando o pobre que não fede, deixando claro a associação sujeira, mau cheiro e preguiça; admitindo a pobreza, mas higienicamente catequizada e inodora, rescaldos da história da “pastoral da miséria” ou da “pedagogia” destinada à moralização da limpeza através de programas e manuais de higiene para suportar a pobreza.

É possível que esta tese, através de seu conteúdo e forma como foi conduzido o debate do tema, não apresente originalidade significativa, porém, no decorrer de sua construção, para nós, constituiu-se curiosa, audaciosa e prazerosa. Tudo o que dissemos não precisaria ser dito se não tivéssemos o olfato. Vamos inverter os papéis, trocando a metáfora da estátua de Condillac, retirando-lhe a capacidade olfativa. Se realmente Condillac tivesse razão, pouco perderíamos com a ausência olfativa? Considerando que, de acordo com o empirismo de Condillac, as percepções olfativas pouco contribuem às operações da mente humana. Kant, nesse caso, nem se importaria, pelo contrário, pode-se imaginar que se rejubilaria, considerando que, esteticamente, os odores pouco representariam em termos de agradabilidade, pois, conforme Kant, o olfato

presta-se mais para perceber maus odores. Se tivéssemos que desprezar o sentido do olfato, o que aconteceria?

Especificamente para os sujeitos do espaço hospitalar, a anosmia seria uma bênção. A clientela não adicionaria ao seu sofrer desconfortos em razão de possíveis fenômenos odorantes próprios ou de outrem. Não seriam percebidos odores nauseantes de alimentos, medicamentos, produtos de limpeza ou mesmo das sujidades. Possivelmente, as sujeiras seriam apenas incômodos visuais ou desconfortos corporais. Higiene oral seria necessária apenas para garantir a funcionalidade e a estética bucal. Portadores de colostomias estariam isentos do desconforto próprio e social causado pelos odores de suas eliminações. Neoplásicos, necróticos, gangrenosos livrar-se-iam do constrangimento causado por suas emanções odorantes. Nos casos de *melena*, atentaríamos, primordialmente, à sua cor e forma. Às secreções, dedicaríamos registros fundamentalmente referentes à sua quantidade, coloração e consistência.

O silêncio olfativo seria bem-vindo também em setores, como na Emergência, pois nos livraríamos de tantos desconfortos profissionais. Não estaríamos expostos aos odores socialmente constrangedores, como os de operários mendigos, prostitutas, ébrios, dentre outros.

Não sofreríamos com os odores de tecidos humanos queimados ou dos gases anestésicos do Centro Cirúrgico, da mesma maneira, os odores obstétricos, pediátricos, ginecológicos e geriátricos não seriam percebidos, isentando-nos de possíveis desconfortos. Em ocorrências de óbito, cuidados com o corpo inerte seriam diferentes, talvez, nem necessitassem de tais cuidados, nem de refrigeração conservadora de cadáveres em hospitais.

Quanto à suposta importância como apoio ao diagnóstico, poder-se-ia não mais contar com a percepção imediata de certos fenômenos odorantes. Nesse caso, a percepção visual macro ou microscópica poderia substituir a olfativa com vantagens em muitas situações, pois muitos fenômenos visuais são passíveis de quantificação, registro, reprodução, etc., enquanto que os fenômenos odorantes, devido às suas características de volatilidade, são instantâneos, dependentes de

interpretações carregadas de subjetividade, de difícil registro, reprodução, armazenamento, etc.

Em relação à vigilância olfativa, ficaríamos expostos a muitos riscos? Correríamos riscos verdadeiros de morrermos queimados ou intoxicados por algum gás invisível, ou ainda pela ingestão de algum alimento ou medicamento degenerado? É provável que não, pois podemos contar com tecnologia de vigilância às emanações gasosas, com o apoio variado de múltiplos gasímetros, tais como olfatômetros, bafômetros, halímetros, e outros narizes eletrônicos.

É possível que, se fôssemos enfermeiros vinte e quatro horas por dia e vivêssemos o cotidiano manifestado por nossos respondentes, optaríamos por *deletar* a olfação de nossa vida, considerando que, devido a sua inerência odorante carregada de suportabilidade a desprazeres, a ausência olfativa seria uma bênção. Isso poderia ser levado em consideração, visto que, entre noventa unidades de codificação referentes ao imaginário olfativo dos respondentes, encontramos apenas dois relatos interpretáveis como alguma forma de prazer atribuído a odores no hospital.

Kant, Condillac, higienistas, químicos e alguns pós-modernos teriam razão. O olfato é um sentido com maiores inerências ao fétido do que ao aromático. Pior ainda, no modelo atual de intervenção à doença no hospital, sob o domínio médico, os aromas também são proibidos. No hospital, principalmente por razões clínicas, tolera-se o fétido; e, na ausência de maiores estudos sobre os aromas no paradigma que sustenta o modelo clínico, lhes são negadas suas possíveis virtudes. Negam-se, mas não de todo, pois os aromas estão cada dia mais presentes no cotidiano hospitalar. Certamente, não se trata da aromaterapia em conformidade com os princípios de *outras medicinas*. Entretanto, não podemos negar as essências aromáticas no hospital. Elas estão fortemente presentes no cotidiano de todos que ocupam este espaço. Estão no ar, nos sabões, nos desinfetantes, nos enxaguantes bucais, nos medicamentos, nos alimentos, nas roupas, nas luvas, nas tintas, nos equipamentos. Neste espaço se reproduz, com exceção de alguns dos odores específicos do corpo do cliente sob cuidado, a maioria da representação aos odores de outros espaços sociais, mesmo que,

também negados, já que as cidades estão cada vez mais inodoras, não há cheiro de terra, árvores, flores, nem mesmo lixo ou esgoto. O cimento, o asfalto, o granito, o mármore e o aço inoxidável banem os cheiros ambientais, restam as pessoas, os pobres, os operários, os estrangeiros, os mendigos.

Considerando que a presente tese foi elaborada para contribuir ao nosso conhecimento profissional, nossa expectativa em relação aos possíveis resultados do estudo proposto é de que os mesmos constituam uma oportunidade de reflexão e agregação de novos elementos ao conhecimento, pertinentes à prática e ao debate teórico/filosófico da Enfermagem. Propusemos esta reflexão concernente aos possíveis significados das sensações olfativas, nas atitudes e decisões no cuidado de Enfermagem, pressupondo que o universo odorante que permeia o ambiente de cuidado hospitalar é relegado a uma instância de mérito restrito.

Um dos propósitos de nosso estudo também esteve orientado no sentido de elevar considerações à olfação, como ato sensível, traduzindo os odores como fenômenos de alta pertinência ao cuidado de Enfermagem. Neste intuito, pressupomos que a posse de maior e melhor juízo dos fenômenos olfativos presentes no ambiente hospitalar possibilitará mais atenção aos odores, bem como, esperamos que se desenvolvam novas concepções e modalidades de abordagem aos mesmos.

Esperamos, ainda, contribuir com eventuais adaptações metodológicas e tecnológicas, interessantes ao estudo dos odores no ambiente hospitalar, assim também, cooperar na amplitude e complexidade do cuidado de Enfermagem.

Nossa pressuposição básica traz em si a questão do *mérito* das sensações olfativas presentes nos espaços onde ocorrem os cuidados de Enfermagem, isto é, o ambiente hospitalar caracterizado em decorrência de suas emanções odoríficas. Procura, neste caso, compreender como ocorrem e em que intensidade se dão as relações dos sujeitos deste espaço com os fenômenos odorantes, propõe que a maior apreensão estética dos seus odores é essencial ao cuidado de Enfermagem.

A interpretação do resultado de nossas observações e do firmado pelos participantes do estudo, mesmo sustentado nas incursões filosóficas e técnicas de análise de conteúdo, não nos possibilitou definir, com rigor, qual o mérito, ou o significado dos odores no contexto estudado. A partir da técnica de análise do conteúdo que dispusemos, foi possível elaborar muitas conjeturas, representadas na eleição das unidades de codificação, subcategorias e categorias imaginadas como representação do *sentimento* dos sujeitos da pesquisa frente aos odores. Entrementes, por tratar-se de interpretações de predomínio subjetivo, o juízo acerca da situação meritória do *sentimento* olfativo no cuidado de Enfermagem não pode ser conclusivo. Poderemos inferir que os odores hospitalares são desagradáveis, suportáveis ou importantes, todavia, com o que dispusemos de dados analisados, não poderemos afirmar que estes juízos garantam a consideração meritória pressuposta aos odores ou ao sentido do olfato como elemento do cuidado de Enfermagem. Em face da análise do conteúdo de nosso estudo, será possível conjeturar sobre as múltiplas situações em que o sentido do olfato poderá constituir-se como meritório no hospital, no entanto, igual juízo poderá ser efetuado quanto ao seu demérito, ou pior ainda, ratificar o pensamento *kantiano*, coincidentemente cabível no espaço hospitalar.

Em vez de uma conclusão, destacamos novas interrogações. O que nos resta então? Face aos dados de desagradabilidade e desconfortos reputados aos odores, deveremos sugerir incremento ao banimento dos odores no hospital, ou seja, a desodorização deste espaço? Ou, em razão das características creditadas como positivas, aos fenômenos odorantes, deveremos melhor estudá-los, para entendermos seus possíveis significados como mensageiros químicos, bem como para desenvolvermos tecnologia e metodologias adequáveis ao seu controle? Considerando que, de acordo com nossa tese, em razão do juízo subjetivo das sensações olfativas, tendência sociocultural de desodorização da maioria dos espaços sociais, inclusive o hospital, uma avaliação meritória do sentido do olfato no cuidado de Enfermagem apresenta-se inconclusa. Necessariamente inconclusa, pois nossa tese defende o mérito do sentido do olfato como elemento de apoio ao cuidado do cliente, sendo que a abertura ao debate olfativo é a sua

maior contribuição à Enfermagem. Apresenta-se como manifestação de resistência à desqualificação olfativa e tendências puramente desodorizantes. Avaliamos que se trata de uma tese capaz de conduzir o mérito dos cheiros ao debate do cuidado de Enfermagem. Assim sendo, será possível manter-se como tese, também conduzindo o debate do cuidado de Enfermagem aos cheiros, pois sob o olhar filosófico, nada é conclusivo, todavia, para efeitos na prática assistencial, poderá se constituir como incentivo a maiores incursões científicas e tecnológicas ao tema.

10 BIBLIOGRAFIA

ACKERMAN, Diane. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro e São Paulo: Bertrand, 1992.

AKINS, Kathleen. Of Sensory Systems and the "aboutness" of Mental States. **The Journal of Philosophy**, v. 93, N. 7, p. 337- 371, Jul. 1996.

ALPERN, Mathew et al. **Processos sensoriais**. Tradução João Cláudio Todorov. São Paulo: Herder, Editora da USP, 1971.

AROMATHERAPY: experimental studies of the beneficial effects of odors on health. Artigo disponível na Internet: www.maclester.edu/~psych/whathap/UBNRP/Smell/AROMAT~1.HTM

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA e Estudos dos Odores da Boca, disponível na Internet: <http://www.abpo.com.br>

AUSTIN, J.L. **Sentido e Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BALAUDÉ Jean-François .Epicuro: Carta a Heródoto – Carta a Pitocles – Carta a Menelau. In: LABRUNE, Monique. JAFFRO, Laurent. **Gradus philosophicus**: a construção da filosofia ocidental. Traduzido por Cristina Murachco. São Paulo: Mandarim, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda. 1977.

BATLEY, Howard S. **Princípios de Percepção**. Mexico: Editorial Trillas, 1973

BELLI, Paulo Filho. **Olfatometria como ferramenta para avaliação da qualidade do ar: caso dos dejetos na suinocultura**. In: CONGRESSO DE INGENIERIA Y AMBIENTE,25, 1996, México.

BENEDET, S. A., BUB. M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria da necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**.2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001..

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador, São Paulo-Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

BIBLIA SAGRADA: Livro do Êxodo, Cap. 30 vs. 22-25.

BICALHO, Maria das Graças. **Aspectos imunogenéticos da reprodução humana**. Curitiba: UFPR) (Palestra promovida pelo Departamento de Genética da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, em 21/11/97 – comunicação verbal.)

CÂNDIDO M. Uma ontologia do sensível: corporeidade e pensamento de Leonardo Coimbra. Arquipélago. **Rev. da Universidade dos Açores**. Ponta Delgada, n. 2-3, p.166/163, 1991/92.

CHAUÍ, Marilena. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo**: Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty. São Paulo: Editora Ática1981.

- CHAUI, Marilena. **Um convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1998.
- CLASSEN, Constance, HOWES, David, SYNNOTT, Anthony. **Aroma: a história cultural dos odores**. Traduzido por: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- COMPENDIUM OF OLFACTORY RESEARCH. **Explorations in Aroma Chology: Investigating the sense of Smell and Human response do Odors, 1982-1994**. Edited By Avery N. Gilbert. Ney York: Kendal/Hunt Publishing Company, 1995.
- CONDILLAC, Étienne Bonnot. **Resumo selecionado do tratado das sensações**. Traduzido por: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Abril Cultural. 1973.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/ 96. Brasília, 1996.
- COOPER, H. B. H. Can you measure odor? **Hydrocarbon processing**, Texas A&M University, College Station, Texas, October, 1973.
- CORBIN, Alain. **Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX**. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.
- COTRAN, M. D. et al. **Robblns Patologia Estrutural e Funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 2000.
- CRAVEIRO et al. **Óleos essenciais de plantas do Nordeste**. Fortaleza: Edições UFC, 1981.
- DÉGREMONT, Roselyne. Berkeley: Alciphron – Tratado sobre os princípios do conhecimento humano. In: LABRUNE, Monique, JAFFRO, Laurent **Gradus philosophicus: a construção da filosofia ocidental**, traduzido por: Cristina Murachco. São Paulo: Mandarin, 1996.
- DETIENNE, M. The gardem of Adonis: Spices in Greek Mythology. In: CLASSEN, C., HOWES, D., SYNNOTT. **Aroma: a história cultural dos odores**. Traduzido por: Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.
- ENGEN. T. **Odor Sensation and Memory**. Nova York: Praeger, 1991.
- ERDMANN, Alacoque L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996
- ERNANDES. Ramón R. **Abarca. Vocabulário filosófico científico – Arequipa, Peru, 1996**. Internet: <http://www.ucsm.pe/~rabarcaf/vofici00.htm> .
- FADIMAN, J., FRAGER R. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1986.
- FIGUEIREDO, Nélia M.A. O sentido dos sentidos do corpo da enfermeira no ato de cuidar: o que é e o que não é subjetivo nesta relação: representações de enfermeiros. **R. Enferm. UERJ**, v. 3, n. 1, p. 3-9, maio 1995.
- FOUCAULT Michael. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Traduzido por Salma Tannes Muchail. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GABAUDE Jean-Marc. Lucrécio: da natureza. In: LABRUNE, M., JAFFRO, L. **Gradus philosophicus: a construção da filosofia ocidental**, tradução Cristina Murachco. São Paulo: Mandarin, 1996.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- GUILLOT et al. Physico-chemical measurements of odorous emissions on different sites. In CONGRESSO MUNDIAL SUR L'AIR. HELSINKI, 10, 1995, Finlândia.
- HALL, E.T. **The hidden dimension**. New York: Anchor Books, 1977
- HALL, Stuart, A identidade cultural na pós modernidade. Traduzido por Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro – 2 ed. Rio de Janeiro: DP
- HAWRES Nigel. **Human Smells carry hidden message**. Artigo disponível na Internet: <http://www-news.uchicago.edu/citations/times2.html>
- HOMERO. **A Ilíada**. São Paulo: Atena Editora, 1958.
- HOWES et al. **Essence: the History, Sociology and Anthropology of Odors**. In: Compendium of Olfactory Research. 1982-1994. New York: Kendall/Hunt Publishing Company, 1995.
- HOWES et al. **The Anthropology of Odour**. In: Compendium of Olfactory Research. 1982-1994. New York: Kendall/Hunt Publishing Company, 1995.
- JAFFRO, Laurent **Gradus philosophicus: a construção da filosofia ocidental**, traduzido por Cristina Murachco. São Paulo: Mandarim, 1996.
- JOLIVET, Régis. **Tratado de filosofia II: psicologia**. São Paulo: AGIR, 1967.
- KANT, E.. **Anthropology from a Pragmatic Point of View**, V. L. Dowdell (trad.), Carbonale e Edwardsville, Southern Illinois University Press, 1978.
- KANT, Emmanuel. **Crítica de la razón práctica: crítica del juicio y fundamentación de la metafísica de las costumbres**. Buenos Aires: El Ateneo, 1951.
- KANT, Emmanuel. **Crítica del juicio Y fundamentación de la metafísica de las costumbres**. Buenos Aires: El Ateneo, 1951. p. 294-295.
- KLEFFEL, Dorothy, Environmental paradigms: moving toward an ecocentric perspective. **Advances. Nursing Science**. V. 1, n. 4, p. 1-10, June 1996.
- LACERDA, R.A.; JOUCLAS, V.M.G.; EGRY, E.Y. **A face iatrogênica do hospital: as demandas para o controle das infecções hospitalares**. São Paulo: Ática, 1996.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.
- LARIVIERE, V. **The Nature of Aromatherapy**. Disponível na Internet: <http://www.aroma.html>.
- LAURENT, Jérôme. Plotino.. In: LABRUNE, M., JAFFRO, L. **Gradus philosophicus: a construção da filosofia ocidental**, traduzido por Cristina Murachco. São Paulo: Mandarim, 1996.
- LE GOFF, J. **As doenças têm história**. 2. ed. Portuguesa Traduzido por Laurinda Bom. Portugal: Terramar, 1997.
- LOCKE, John (1632-1704). **Ensaio acerca do entendimento humano**. Traduzido por Anuar Aiex E. Jacy Monteiro. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- LOCKE, John. Carta acerca da tolerância; Segundo tratado sobre o governo; Ensaio acerca do entendimento humano.. Traduzido por Anuar Aiex E. Jacy Monteiro. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural. 1978.
- LOGOS: **Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo, 1994, Vol. 4.

- MANN Heirich. **O pensamento vivo de Nietzsche**. São Paulo: Livraria Martins Editora, 1961.
- MANUEL CÂNDIDO. Uma ontologia do sensível: Corporeidade e pensamento de Leonardo Coimbra. **Arquipélago – Revista da Universidade dos Açores**. Ponta Delgada, n. 2-3, p. 147, 1991/92.
- MARTIN. Guy, LAFFORT Paul (Coord). **Odeurs et desodorisation dans l'environnement**. Paris: TEC & DOC LAVOISIER, 1991.
- MERENNA, Giuseppe M. **Influência do Olfato sobre o Comportamento Humano**. Artigo disponível na Internet: <http://www.sensodor.html>
- MERLEAU-PONTY M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- MONTAIGNE, Michel Eyquem, **Ensaio**. Tradução Sérgio Milliet, 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980.
- NIETZSCHE. Crepúsculo dos Ídolos in: Heirich Mann. **O pensamento vivo de Nietzsche**, São Paulo: Livraria Martins Editora, 1961.
- NIGHTINGALE, Florence, 1820-1910. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez ; [Ribeirão Preto, SP] ; ABEN-CEPEEn, 1989.
- NOBREGA, M.M.L.,GUTIÉRREZ, M.G.R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE. João Pessoa: Versão Alfa, 2000
- OLIVEIRA, et al. **Farmacognosia**. São Paulo: Ateneu, 1991.
- PAPAÍS, Xavier. Condillac: Tratado das sensações. In: LABRUNE, Monique, JAFFRO, Laurent. (Coord.). **Gradus Philosophicus: a construção da filosofia ocidental**. São Paulo: Mandarim, 1996.
- RICOEUR, P. **Teoria da Interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Rio de Janeiro: Edições 70. 1976.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP, HUCITEC, ABRASCO, 1994.
- SANTOS, Neri. Os métodos para a determinação da carga mental do trabalho. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 2, 1988. **Anais..** (S.l.: s.n.), 1988
- SARTRE, Jean-Paul. **O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- SCHUSTER Eleanor A.,BROWN, Carolyn L.(Editors). **Exploring our environmental connections**. New York: Nacional League for Nursing Press. 1994
- TAKITA, Clarinda. Como o paciente hospitalizado percebe o ambiente de sua unidade. **Rev. Bras. de Enfermagem**. 37(2) ; 125-134, abr.-
- TISSERAND, Robert, **A Arte da aromaterapia**. São Paulo: Roca, 1993.
- TORRES, Gertrude. **Theoretical foundations of nursing**. Connecticut: Appleton-century-crofts, 1985.
- WISNER, Alain. Por dentro do trabalho. Ergonomia: métodos e técnicas. São Paulo: Oboré/FTD, 1998

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO COM SUJEITOS DE UMA PESQUISA SOBRE OS ODORES NO AMBIENTE HOSPITALAR.

O objetivo deste questionário é levantar junto aos trabalhadores de Enfermagem Hospitalar, a sua percepção frente às sensações olfativas, sua significância e contribuição ao cuidado de Enfermagem. Sua participação é muito importantes nesta pesquisa, pois contribuirá para uma defesa de tese de doutorado em Enfermagem. Todas as informações serão de caráter pessoal e utilizadas dentro dos princípios éticos requeridos em todo processo de pesquisa!

1 - Os sentidos e seu valor.

1.1 – Enumere priorizando a ordem de valor dos sentidos na sua atividade profissional.

- Audição
- Paladar
- Olfato
- Tato
- Visão

1.2 – Elabore uma breve reflexão sobre a importância de seus sentidos no seu trabalho e responda, na escala de 0 a 10, onde você situaria o olfato?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.3 - Enumere, em ordem de importância, qual a sensação mais desconfortável do seu cotidiano profissional?

- Frio? Calor? Iluminação? Cheiros/Odores Espaço reduzido?
 Ruídos? Pouca ventilação? Sujeira Poeira Pintura
 Outros: _____

2 – O sentido do olfato.

2.2 - Dentre os cheiros percebidos, em sua atividade profissional, enumere em ordem, os de maior importância.

- _____ Por quê? _____
- _____ Por quê? _____
- _____ Por quê? _____
- _____ Por quê? _____
- _____

2.3 - Como você classifica ou categoriza (nomeia) os odores frequentes no seu cotidiano profissional?

2.4 - Como você caracteriza, em termos gerais, os cheiros do hospital?

2.4.1 - Agradáveis

2.4.2 - Indiferentes/neutros

2.4.3 - Desagradáveis

2.4.4 - Suportáveis

2.4.5 - Imperceptíveis

2.4.5 - Muito desagradáveis

2.4.6 - Insuportáveis

2.4.7 - Imperceptíveis

2.4.8 - Outros termos _____

2.5 - Na sua percepção quais os locais e odores mais frequentes em seu setor e/ou do hospital?

LOCAL

CARACTERÍSTICA DO ODOR

_____	cheiro de _____
_____	cheiro de _____
_____	cheiro de _____
_____	cheiro de _____
_____	cheiro de _____
_____	_____

2.6 - Quais os desconfortos que você sente na presença de certos odores.

_____	<input type="checkbox"/> Náusea _____	<input type="checkbox"/> Vômito _____
_____	<input type="checkbox"/> Dor de cabeça _____	<input type="checkbox"/> Tontura _____
_____	<input type="checkbox"/> Perda do apetite _____	<input type="checkbox"/> Medo _____
_____	<input type="checkbox"/> Saudade _____	<input type="checkbox"/> Alegria _____
_____	<input type="checkbox"/> Tristeza/Depressão _____	
<input type="checkbox"/> Outros _____		

2.7 - Como você administra estas sensações de desconfortos? _____

ANEXO 3



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto nº: 032/2001

Título do Projeto: A estética dos odores: o significado do sentido do olfato no cuidado da enfermagem.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alacoque L. Erdmann.

Pesquisador Principal: Prof. Antonio de Miranda Wosny, M. Sc.

Instituição onde será realizado o estudo: HU - UFSC

Data de apresentação ao CEPESH: 09/04/01

Objetivos:

Obter dados que contribuirão na elaboração de Tese de Doutorado de Antonio de Miranda Wosny, no programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Dedicar atenção aos odores do espaço hospitalar, com prioridade aos de origem corporal, procurando interpretar seu significado e responder a significância desta abordagem no ato do cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado.

Sumário do Projeto:

Estudo descritivo a ser realizado nas Unidades de internação Cirúrgicas I e II do HU da UFSC.

O estudo prevê a aplicação de um questionário aos sete enfermeiros, treze técnicos de enfermagem, dez auxiliares de enfermagem e dois técnicos administrativos que se constituem na equipe de enfermagem das unidades acima citadas e não se observa riscos aos participantes da pesquisa.

Parecer do CEPESH:

- aprovado
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 23/04/2001

Florianópolis, 23 de Abril de 2001

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Márcia', followed by a stylized flourish.

Profª Márcia Margaret Menezes Pizzichini
Coordenadora

ANEXO 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, abaixo assinado, portador da Cédula de Identidade nº _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos dos dados de questionário escrito, ao Prof. Antônio de Miranda Wosny, para leitura, inclusão no trabalho de Tese de Doutorado, bem como publicação dos mesmos em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos em forma de comunicação oral ou visual.

Florianópolis, ____/____/2001

Assinatura do Entrevistado

ANEXO 5

Enumeração dos odores hospitalares, por setor e ordem de importância, na percepção e interpretação dos respondentes. (Resposta ao item 2.1 do questionário de pesquisa: Dentre os cheiros percebidos em sua atividade profissional, enumere em ordem, os de maior importância) (*) NR= Não respondeu.

N.º	SETOR	ODORES	IMPORTÂNCIA (Porquê?)
1	CCIH	Produtos químicos	São irritantes
2	CCIH	Resíduos da Caldeira	NR
3	CCIH	Lixo	NR
3	CCIH	Frituras do bar	NR
4	CCIH	Cigarro	NR
5	CPDT	Eliminações: fezes/urina	São desagradáveis
6	CPDT	Cheiro de ambiente fechado	Sufoca as pessoas que chegam
7	CLMD	Fezes fétidas	Pode indicar infecção, ou hemorragia digestiva ou obstrução intestinal.
8	CLMD	Secreções fétidas	Pode indicar necrose ou infecção.
9	CLMD	Urina fétida	Indica infecção
10	CLMD	Halitose	Indica infecção ou distúrbio metabólico.
11	COBT	Lóquios	Perceber sinais de infecção
12	COBT	Secreções vaginais	Sinais de infecção
13	COBT	Tecidos putreficados	Sinais de infecção
14	CLCR	Secreção/curativos	Contaminação
15	CLCR	Melena	NR
16	CLCR	Produto de limpeza	NR
17	CLCR	Expectoração	NR
18	CCRC	Hálito do paciente pós cirurgia	Odor desagradável

19	CCRC	Odor vindo do corte do bisturi elétrico	Cheiro de tecido queimado
20	CCRC	Perfumes fortes	Incomoda
21	CCRC	Urina (vaso sanitário masculino)	Odor desagradável
22	CCRC	Fezes na cavidade abdominal	Odor desagradável
23	CTI	Cheiro de secreções	Serve de avaliação de possíveis sintomas
24	CTI	Cheiro de líquidos e medicações	Possíveis desconexões de soros, equipos...
25	COBT	Líquido amniótico (cheiro de Kiboa ou esperma)	Diagnóstico de bolsa rota
26	COBT	Lóquios fétidos (podre)	Infecção puerperal
27	COBT	Secreção purulenta (fétida) – incisão ou não	Diagnóstico de infecção
28	COBT	Leucorréia fétida – cheiro de peixe podre	Estabelece diagnóstico de infecção por Salmonella.
29	COBT	Suor	Diagnostica falta de higiene, ansiedade, e medo, calor, choque.
30	UTI	Melena	Indícios de sangramento
31	UTI	Secreções fétidas	Infecções
32	UTI	Eliminação intestinal	Bom ou mau funcionamento
33	CCRC	Gases anestésicos	Relacionado com saúde
34	CCRC	Medicamentos	Desconfortável
35	CCRC	Antissépticos	Desconfortável
36	CCRC	Exudatos	Desconfortável
38	CPDT	Eliminações – fezes/urina	Podem indicar alterações funcionais/fisiológicas
39	CPDT	Secreções de lesões	Presença de bactérias
40	CPDT	Sujidade (falta de higiene corporal)	Necessidade de orientação
41	CPDT	Halitose	Encaminhamentos
42	CLMD	Hálito cetônico	D.M. descompensada
43	CLMD	Melena	Hemorragia digestiva
44	CLMD	Urina	Avaliar controle esfinteriano, evitar exposição

			do paciente à urina.
45	CLMD	Feridas	Detectar infecções
46	CLMD	Fezes diarreicas	Reverter diarreia, prevenir desidratação
47	CLCR	Fistulas	NR
48	CLCR	Melena	NR
49	UTI	Secreções	Identifica patologia
50	UTI	Eliminações	Controle do sistema gastrointestinal
51	UTI	Halitose	DM/Intoxicações exógenas
52	UTI	Sudorese	Quadro neurológico/séptico
53	UTI	Melena	Desagradável, porém importante
54	UTI	Halitose	As vezes causa náusea
55	UTI	Hálito cetônico	Indica muitas vezes o DM descompensado.
56	COBT	Fétido	Indica infecção nos pacientes
57	COBT	Sangue	Percepção de sangramento
58	COBT	Fezes	Potencial para infecção
59	CLCR	Secreções purulentas	NR
50	CLCR	Melena	NR
51	CLCR	Fétido – fezes	Hemorragia ou obstrução
52	CLCR	Secreções	Indica necrose
53	CLCR	Urina	Infecção
54	CLCR	Halitose	Distúrbio digestivo
55	COBT	Fezes	Mal estar geral
56	COBT	Vômito	Mal estar geral
57	COBT	Líquido amniótico	Mal estar geral
58	COBT	Falta de higiene dos acompanhantes	NR
59	CCRC	Odores dos pacientes	Ambiente fechado (Insuportável)

60	CCRC	Odor de fezes	Ambiente fechado (Insuportável)
61	CCRC	CARNE QUEIMADA	Bisturi elétrico
62	CCRC	Produtos químicos	Ambiente fechado (muito forte)
63	CCRC	Anestésicos	Ambiente fechado (muito forte)
64	CCRC	Fezes	Cheiro forte
65	CCRC	Urina	Fétido
66	CCRC	Secreção abundante	Fétido
67	CCRC	Medicações	Forte
68	CCRC	Secreção de cavidade abdominal	Muito forte
68	CCRC	Fezes	Muito freqüente
69	CCRC	Queimadura por bisturi	Comum
70	CCRC	Sangue	NR
71	CCRC	Anestésicos	Muito forte
72	CCRC	Queimadura com bisturi	Desagradável
73	CCRC	Fezes	Desagradável
74	CCRC	Halitose	Desagradável
75	CCRC	Urina	Desagradável
76	CLCR	Fezes	Por hemorragia
77	CLCR	Secreção	Por necrose
78	CLCR	Urina	Por infecção
79	CCRC	Perfume	Me faz bem
80	CCRC	Produtos de limpeza	Segurança
81	CLCR	Secreção fétida	Infecção
82	CLCR	Melena	Hemorragia baixa
83	CLCR	Emese (borra de café)	Hemorragia alta
84	CLCR	Halitose	Hiperglicemia, problema digestivo

85	CLCR	Curativo infectado	NR
86	CLCR	Melena	NR
87	CLCR	Fístula	NR
88	COBT	Fezes	NR
89	COBT	Vômito	NR
90	COBT	Sangue	NR
91	COBT	Urina	NR
92	COBT	Suor	NR
93	CLMD	Limpeza – Detergente	Agradável
94	CLMD	Urina e vômito	Desagradáveis
95	CLMD	Cigarro	Insuportável e asfixiante
96	CLCR	Fétidos	Infecção, fístulas
97	CLCR	Suor	Desconforto para o paciente
98	CLCR	Alimento ^(**)	Nutrição
99	CLCR	Fezes muito forte/fétidos	Desconforto para o paciente que tem colostomia
100	CLCR	Cheiro das pessoas	Gosto, me aproxima mais da pessoas
101	CLCR	Infecção por Pseudomonas em traqueostomia	Dá vontade de vomitar – é nojento.
102	CLCR	Melena	É horrível – é nojento.
103	CLCR	Urina	Cheiro desagradável – dá mal estar.
104	CLCR	Evacuação normal	É muito desagradável – dá mal estar
105	CLCR	Halitose (mau hálito)	Causa desconforto e mal estar
106	CCRC	Éter	Dor de cabeça
107	CCRC	Formol	Irrita a visão, narinas.
108	CCRC	Soluções	Ressecamento das mãos
109	COBT	Fezes	Mal estar geral

^(**) “Ontem de manhã, precisavas vir aqui, o cheiro de alho dominou a unidade”

110	COBT	Vômito	Mal estar geral
111	COBT	Axila	Mal estar geral
112	COBT	Secreção vaginal	Mal estar geral
113	COBT	Líquido amniótico	Mal estar geral
114	CLCR	Fezes, vômito, secreção	Por causa do aspecto
115	CLMD	Secreções	Prevenir infecção
116	CLMD	Sangramentos	Observar
117	CCRC	Odores de secreções	Excesso de drenagem
118	CCRC	Medicações	Cheiro forte
119	CCRC	Material biológico	NR
120	CCRC	Líquidos	NR

ANEXO 6

Importância, procedência, e caracterização de odores hospitalares (síntese das questões 21, e 2.4, do question – Set/out. 2000

Matéria odorante (2.1)	Importância (2.1)	Procedência(2.4)	Caracterização (2.4) (cheiro de)
Produtos químicos	São irritantes	Caldeira	Óleo queimado
Resíduos da Caldeira	NR	Tobata	Óleo e lixo
Lixo	NR		
Frituras do bar	NR		
Cigarro	NR		
Eliminações: fezes/urina	São desagradáveis	Pediatria	Fezes, urina, secreção
Fezes fétidas	Pode indicar infecção, hemorragia digestiva ou obstrução intestinal.	Banheiros de pacientes	Fezes e urina
Secreções fétidas	Pode indicar necrose ou infecção.	Expurgo	Roupas sujas
Urina fétida	Indica infecção	Troca de pacientes	Fezes, urina, vômito, etc
Halitose	Indica infecção ou distúrbio metabólico	Troca de curativos	Secreção
Lóquios	Perceber sinais de infecção	Troca de colostomia	Fezes
Secreções vaginais	Sinais de infecção	UTI	Melena, material putrificado
Tecidos putrificados	Sinais de infecção	Centro cirúrgico	Tecido cauterizado
Secreção/curativos	Contaminação	Centro obstétrico	Sangue
Melena	NR	Corredor	Produtos de limpeza, cera
Produto de limpeza	NR	Quartos dos pacientes	Secreção
Expectoração (Secreção purulenta)	NR	Banheiros	Desagradável
Hálito do paciente pós cirurgia	Odor desagradável	Sala de recuperação	Gases anestésicos, halitose
Odor vindo do corte do bisturi elétrico	Cheiro de tecido queimado	Sala de cirurgia	Tecidos orgânicos queimados, fezes, formol
Perfumes fortes	Incomoda	Banheiro masculino	Urina
Urina (vaso sanitário masculino)	Odor desagradável	Banheiro	Esgoto
Fezes na cavidade abdominal	Odor desagradável	Hall da UTI	Suor
Cheiro de secreções	Serve de avaliação de possíveis sintomas	Leitos, camas, box	Suor
Anestésicos	Ambientes fechados (muito fortes)	Bolsa de secreção sem limpeza	Putrefação
Fezes	Cheiro forte	Expurgo	Fezes e urina
Urina	Fétido	Sala de medicação	Medicamentos
Secreção abundante	Fétido	Sala de curativos	Produto químico
Medicações	Forte	Cozinha	Alimentos
Secreção de cavidade abdominal	Muito forte	Centro cirúrgico	Sangue
Fezes	Muito frequente	Sala de parto	Fezes
Queimadura por bisturi	Comum	Pré parto	Líquido amniótico, vômito, fezes

Sangue	NR	Sala de cirurgia	Secreções
Anestésicos	Muito forte	Sala de recuperação	Odores do paciente
Queimadura com bisturi	Desagradável	Clínica de internação	Odores de secreção
Fezes	Desagradável	Emergência	Vômitos, urina e outros
Halitose	Desagradável	Expurgo	Urina/fezes
Urina	Desagradável	Leito do paciente	Urina/fezes
Fezes	Por hemorragia	Sala de curativo	Secreção
Secreção	Por necrose	Sala de cirurgia	Fezes, queimadura do bisturi, secreções de cavidades
Urina	Por infecção	SRPA	Urina, vômitos, fezes
Perfume	Me faz bem	Expurgo	Líquidos aspirados em vidro
Produtos de limpeza	Segurança	Vestiário	Roupas com sangue
Secreção fétida	Infecção	Salas cirúrgicas	Gases anestésicos
Melena	Hemorragia baixa	SRPA	Fezes, vômitos
Emese (borra de café)	Hemorragia alta	Vestiários	Urina
Halitose	Hiperglicemia, problema digestivo	Banheiro	Fezes, urina
Curativo infectado	NR	Sala de curativo	Secreção
Melena	NR	Expurgo	Fezes, urina, vômito
Fístula	NR	Centro cirúrgico	Gases anestésicos, carne queimada pelo cautério
Fezes	NR	Expurgo	Diversos
Vômito	NR	Posto de enfermagem	Medicações
Sangue	NR	Quarto do paciente	Infecção, melena, sangue
Urina	NR	Quarto dos pacientes	Curativo, evacuações
Suor	NR	Sala de curativo	Curativo
Limpeza – detergente	Agradável	Banheiro	Fezes, urina
Urina e vômito	Desagradáveis	Pré-parto	Líquido amniótico
Cigarro	Insuportável e asfixiante	Sala de Cesareana	Sangue
Suor	Desconforto para o paciente	Enfermarias	Urina, fezes
Alimento (**)	Nutrição	Banheiros	Urina e esgoto
Fezes muito forte/fétidas	Desconforto para o paciente que tem colostomia	Isolamento	Secreções
Cheiro das pessoas	Gosto, me aproxima mais da pessoa	Banheiro de funcionários	Cigarro
Infecção por pseudomonas em traqueostomia	Dá vontade de vomitar – é nojento	Corredores	
Melena	É horrível, é nojento	Corredores	Alimentos
Urina	Cheiro desagradável, dá mal estar	Posto de enfermagem	Remédios
Evacuação normal	É muito desagradável, dá mal estar	Sala de curativos	Fétidos e sangue
Halitose (mau hálito)	Causa desconforto e mal estar	Expurgo	Roupas sujas
Eter	Dor de cabeça	UTI	Melena, infecção por pseudomonas,

			evacuações, halitose
Formol	Irrita a visão, narinas	Clínica médica	Urina, vários tipos de CA, etc
Soluções	Ressecamento das mãos	Clínica cirúrgica	Bolsa de colostomia – um nojo
Fezes	Mal estar	Banheiro	Fezes
Vômito	Mal estar	Expurgo	Secreção
Axila	Mal estar	Sala de parto	Fezes
Secreção vaginal	Mal estar	Centro cirúrgico	Sangue
Fístulas	NR	Fístula urinária	Urina velha
Melena	NR	Hemorragia digestiva alta	Sangue
Secreções	Indica patologia	Hemorragia digestiva baixa	Melena
Eliminações: fezes/urina	Controle do sistema gastrointestinal	Acidose metabólica, secreção purulenta	
Halitose	DM/intoxicações exógenas	Posto de enfermagem	Medicação
Sudorese	Quadro neurológico/séptico	Expurgo	Eliminações fisiológicas, detergentes, desinfetantes
Melena	Desagradável, porém importante	Posto de enfermagem	Antibióticos, insulina, dietas...
Halitose	As vezes causa náuseas	Cabeceira dos leitos	Secreções, sudoreses
Hálito cetônico	Indica muitas vezes o Dm descompensado	Expurgo	Esgoto
Sangue	Percepção de sangramento	Sala de parto	Sangue, líquido amniótico, fezes
Fezes	Potencial para infecção	Sala de recuperação	Sangue
Secreções purulentas	NR	Pré-parto	Fezes, vômito, secreção
Melena	NR	Sala recém-nascido	Líquido amniótico
Fétido – fezes	Hemorragia ou obstrução	Expurgo	
Secreções	Indica necrose	Quarto do paciente	
Urina	Infecção	Posto de enfermagem	Medicações
Halitose	Distúrbio digestivo	Corredores	Todos os cheiros
Fezes	Mal estar geral	Cozinha	Comida às 15 h.
Vômito	Mal estar geral	Centro cirúrgico	Quando cirurgia é contaminada
Líquido amniótico	Mal estar geral	Clínica médica	Amputação pé-diabético, etc
Falta de higiene dos acompanhantes	NR	Clínica cirúrgica	Bolsa de colostomia, cirurgia contaminada
Odores dos pacientes	Ambiente fechado (insuportável)	Vascular	Amputação de membro infectado
Odor de fezes	Ambiente fechado (insuportável)	Banheiros	Fezes
Carne queimada	Bisturi elétrico	Expurgo	Roupa suja
Produtos químicos	Ambiente fechado (muito forte)	Sala de curativos	Curativo infectado
Cheiro de líquidos e medicações	Possíveis desconexões de soros, equipos...	Sala de parto e pré-parto	Kiboa ou semem (rompimento de bolsa)

Líquido amniótico (cheiro de Kiboa ou esperma)	Diagnóstico de bosa rota	Local de preparo de medicamentos	Remédio (antibióticos de álcool)
Lóquios fétidos (podre)	Infecção puerperal	Limpeza de corredores e materiais (sala de expurgo)	Desifetantes e cera – adicionados, fortes e irritantes
Secreção purulenta (fétida) incisão ou não	Diagnóstico de infecção	Alojamento conjunto	Leite azedo, as vezes (cheiro de azedo), de bebê – agradável, gostoso
Leucorréia fétida – cheiro de peixe podre	Estabelece diagnóstico de infecção por salmonella	Isolamento	Fezes, urina, secreções
Suor	Diagnostica falta de higiene, ansiedade, medo, calor e choque	Banheiro	Eliminações
Melena	Indícios de sangramento	Area da UTI	Fezes, urina, secreções
Secreções fétidas	Infecções	Sala de lanche	Alimentos
Eliminação intestinal	Bom ou mal funcionamento	Recepção	
Gases anestésicos	Relacionado com saúde	Sala de recuperação	Suportável (medicação)
Medicamentos	Desconfortável	Sala de cirurgia	Queimado
Antissépticos	Desconfortável	Sala de enfermagem	
Exudatos	Desconfortável	Quartos com acompanhantes de manhã c/ janelas fechadas	Suor; eliminações (fezes, urina), gases, chulé
Eliminações – fezes/urina	Podem indicar alterações funcionais/fisiológicas	Cozinha	Fritura
Secreções de lesões	Presença de bactérias	Capela biológica/preparo QT	
Sujidade (falta de higiene corporal)	Necessidade de orientação	Posto de enfermagem	Medicamento/material
Halitose	Encaminhamentos	Enfermarias	Corpo/medicamento /desinfetante, eliminações
Hálito cetônico	DM descompensada	Expurgo	Desinfetantes
Melena	Hemorragia digestiva	Entrada do hospital	Cigarro
Urina	Avaliar controle esfinteriano, evitar exposição do paciente à urina	CME ou material Esterilizado	Roupa quente passada
Feridas	Detectar infecções	Fístula enteral	Fezes envelhecida
Fezes diarreicas	Reverter diarreia, prevenir desidratação	Fístula Bílio-digestiva	Bile
Líquido amniótico	Mal estar geral	Pré-parto	Fezes + líquido amniótico, vômitos
Fezes, vômito, secreção	Por causa do aspecto	Banheiro	Fossa, esgoto
Secreções	Prevenir infecção	Expurgo	Sangue
Sangramentos	Observar	Sala de cirurgia	Queimado
Odores de Secreções	Excesso de drenagem	Emergência	Sangue
Medicações	Cheiro forte	Centro cirúrgico	Cautério
		Emergência	Álcool e sangue
		Clínica Cirúrgica	Colostomia