

Id: 1011

MEM 16

Universidade Federal do Ceará
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

**O Significado da Nutrição Parenteral para o Cliente no
Contexto Hospitalar**

Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes

TRF
012
01/1995

FC-00002606-4

Fortaleza - Ceará
Novembro - 1995

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: ***Profa. Dra. Raimunda Magalhães Silva***

Orientanda: ***Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes***

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dra. Raimunda Magalhães da Silva (Orientadora)

Prof. Dra. Ymiracy Nascimento de Souza Polak

Prof. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso

Ao meu marido Lopes, companheiro e amigo, que me apoiou no decorrer de todo o curso de Mestrado, compreendendo os momentos de ausência, ajudando a superar as dificuldades e colaborando na realização desse estudo. Carinhosamente agradeço.

Aos meus pais, César e Helenira, que com suas simplicidades, enfrentando as dificuldades na minha educação, permitiram que eu chegasse aqui. O meu profundo reconhecimento e admiração.

Aos meus irmãos, sempre com incentivo e solidariedade, me fazendo ir adiante.

Dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

O Curso de Mestrado representa para mim grande crescimento no âmbito profissional e vida pessoal. Isso só foi possível pela oportunidade que tive de aprendizado junto a pessoas que proporcionaram a abertura de novos caminhos na minha vida. Com satisfação, reconheço, também, a colaboração no convívio familiar e no trabalho durante esta trajetória.

Assim, tenho o prazer em expressar o reconhecimento e gratidão a todas as pessoas que compartilharam comigo nesse caminhar.

A Professora Dra. Maria Graziela Teixeira Barroso, que em primeiro me despertou no Curso de Mestrado em Enfermagem, que, acreditando no meu potencial e incentivando sempre, proporcionou crescimento interior. Muito obrigada.

Aos professores, pela dedicação ao Curso de Mestrado, demonstrando grande empenho na formação da turma, o meu reconhecimento. Retribuo com a conclusão do curso.

A todos aqueles que conviveram comigo no trabalho, do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC e, mais recentemente do Instituto Dr. José Frota, proporcionando condições para que eu pudesse vencer a difícil tarefa em conciliar o trabalho e o estudo no mestrado, simultaneamente. O meu muito obrigada.

Às colegas do mestrado, especialmente Ana Rute, Deuzimar e Selma Sueli, pela amizade e oportunidade da convivência surgida nas horas de estudo, o que é grande valia e recordação para mim.

Às colegas enfermeiras assistenciais, que muito me ajudaram na assistência a clientes em nutrição parenteral e na coleta de dados, possibilitando a realização da pesquisa.

Ao Prof. João Vianey Mesquita, que incentivando para a pesquisa colaborou na correção deste estudo, sendo de grande aprendizado para mim.

A Professora Dra. Ymiracy Polak, pela atenção e sugestões valiosas para a conclusão desse estudo.

E especialmente a você Raimundinha (Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva) a minha profunda gratidão pelo privilégio de ser sua orientanda, não somente pela dedicação na orientação desse estudo, como também pela oportunidade de conviver com você, proporcionando infinito aprendizado em viver. Com a sua sabedoria e paciência, você me faz crescer, sendo muito difícil expressar, aqui na escrita, a amizade sentida em você.

Às pessoas que,
mesmo estando no sofrimento
da doença, permitiram
intimidade nos seus
sentimentos, possibilitando a
realização desse estudo.

RESUMO

A necessidade de compreender o significado da nutrição parenteral para o cliente no contexto hospitalar, surgiu das nossas inquietações diante do cuidado de enfermagem. Pretendemos entender os sentimentos e comportamentos dos cliente, a participação da família, de modo a perceber, com nitidez as interpretações que eles faziam da nutrição parenteral como tratamento. Realizaram-se observações participantes, entrevistas e anotações de campo junto a sete clientes hospitalizados, que se encontravam sob nutrição parenteral. O sentido das investigações foi centrado na indagação: como você está se sentindo com a nutrição parenteral? Os sentimentos relacionados com o episódio da hospitalização também foram tidos como importantes e considerados na estruturação do presente estudo. Os dados foram agrupados em duas temáticas: relativamente ao contexto sócio-econômico-cultural do cliente e com relação ao enfrentamento da pessoa em estado mórbido, tal que necessite da estada em hospital. Os dados foram analisados numa abordagem interacionista, mostrando as dificuldades enfrentadas pelos clientes na assistência hospitalar, como percebiam eles a nutrição parenteral e que significados eram atribuídos a essa terapêutica. O estudo revelou os sentimentos, comportamentos e atitudes relacionados aos aspectos biológico, emocional e sócio-cultural do cliente, ligados à nutrição parenteral, demonstrando, também as limitações impostas ao cliente sob esse tratamento, bem como as dificuldades na assistência de enfermagem, evidenciando, enfim, que as interpretações do cliente e da família, foram operadas a partir da interação social com a equipe de enfermagem.

SUMMARY

The initiative to understand the meaning of Parenteral Nutrition towards the client in the hospital context came from my personal questioning about Nursing Care. I intended to comprehend better the feelings and behaviours of our clients, family participation and different interpretations, that make Parenteral Nutrition a way to treat diseases. Participative observations were made, as well interviews and diligences with seven clients in the hospital, who were taking Parenteral Nutrition. The goal of these investigation was centred in the following question: How do you feel taking Parenteral Nutrition?

The sentiment of being hospitalized was also investigated. All the informations we got were put together into two themes: the social, economical and cultural context, besides the idea of facing patient's situation. These informations were analysed in an interactive approach, showing the situation faced by the patients, who have hospital assistance; how they fell Parenteral Nutrition within this context; and what meanings were given to it. This study revealed the feelings, behaviours, and attitudes related to the biological, emotional and social-cultural aspects of the patient, all of them were linked to Parenteral Nutrition; the limits faced by Parenteral Nutrition and its obstacles in the nursing assistance were understood from the social interaction between the patient and his nursing group, making evident all the client and his/her family's interpretations.

SUMÁRIO

1	TRAJETÓRIA JUNTO A CLIENTES EM NUTRIÇÃO PARENTERAL.....	1
1.1	O Significado da Nutrição Parenteral - Um aspecto que parece ser esquecido?.....	8
2	A NUTRIÇÃO PARENTERAL (abordagem específica).....	12
3	DESCOBRINDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO - METODOLÓGICA.....	23
3.1	Abordagem Qualitativa.....	23
3.2	Descrevendo o Referencial Interacionista.....	24
3.3	O Cenário do Cliente	29
3.4	Emergindo a Questão Norteadora.....	33
3.5	Coletando os Dados.....	37
3.6	Analisando os Dados.....	42
3.6.1	As Unidades Temáticas.....	42
4-	OBSERVANDO E OUVINDO AS PESSOAS.....	45
4.1	Identificando o Cliente no Contexto Sócio-Econômico e Cultural.....	46
4.1.1	Quem são eles?.....	46
4.1.2	Quando eles falam de.....	49
4.1.2.1	Trabalho e Renda.....	49
4.1.2.2	Lar e Família.....	53
4.1.2.3	Lazer.....	55
4.2	Enfrentando a Situação de Doente.....	58
4.2.1	Compreendendo a Doença.....	59
4.2.2	Relembrando a Trajetória da Internação.....	62
4.2.3	Percebendo o Contexto Hospitalar.....	67
4.2.3.1	O Cuidado.....	75
4.2.3.2	O Acompanhante.....	81
4.2.3.3	A Visita.....	85
4.2.4	Percebendo a Nutrição Parenteral.....	87
4.2.4.1	O Des(conhecimento).....	89
4.2.4.2	Alimentação.....	90
4.2.4.3	A Credibilidade.....	91
4.2.4.4	No Espaço-Temporal.....	93
4.2.4.5	Sentimentos com a Nutrição Parenteral.....	94
4.2.4.6	Ação Limitada.....	100

5. REFLETINDO O SIGNIFICADO	102
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
7. ANEXO.....	110

FIGURAS

Síntese das Temáticas

-OBSERVANDO E OUVINDO AS PESSOAS-.....	44
Configuração do mundo de significados.....	104

1 TRAJETÓRIA JUNTO A CLIENTES EM NUTRIÇÃO PARENTERAL

Nosso despertar para a temática teve início no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em 1989, quando apresentava, por exigência curricular, a assistência de enfermagem a pacientes em nutrição parenteral. Para conclusão do trabalho, tivemos dificuldades de encontrar literatura específica e a bibliografia de que dispúnhamos fazia uma abordagem muito resumida. Na prática, as dificuldades foram maiores, pois os hospitais que realizavam a nutrição parenteral, o faziam em caráter muito restrito e de acesso difícil a estudantes. Percebemos com maior clareza a importância do suporte nutricional, quando tivemos maior aproximação com o assunto e na oportunidade em que identificamos a necessidade nutricional do paciente.

No Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará-Brasil, local onde estagiávamos, ainda não havia cuidados especiais com a nutrição parenteral. O preparo da solução era realizado no posto de enfermagem pela enfermeira do plantão, consoante as indicações do médico, mas de forma bastante amadorista, sem a plena observância das recomendações técnicas com vistas a uma perfeita execução do preparo.

Percebíamos muitas discussões e recomendações sobre a base da nutrição parenteral. Então, passamos a nos preocupar com a insalubridade, procurando sempre um local mais livre de contaminações, um ambiente mais asséptico. Muitas vezes o trabalho era realizado no Centro Cirúrgico.

Passamos a investigar o assunto em outras instituições. Pudemos detectar que, apenas um dos hospitais que conhecíamos, possuía uma sala específica para a operação, e que atendia a um número maior de clientes. Nos outros hospitais, o procedimento se efetivava da mesma forma como conhecíamos, ou seja, com registro de contradições nas rotinas hospitalares e controvérsias acerca do assunto.

Posteriormente, recebemos um convite para trabalhar com a equipe multiprofissional de nutrição clínica, então recentemente formada no Hospital Universitário.

Incontinenti aceitamos o convite e passamos a participar das reuniões e a nos envolver no trabalho que muito nos atraía. A assistência em suporte nutricional estava sendo mais voltada para clientes cirúrgicos, facilitando, assim, a nossa participação. Passamos a estudar o assunto mais especificamente e ser orientada pelo coordenador da equipe, cujo projeto era implantar a rotina no serviço, nos moldes de hospitais de Primeiro Mundo.

Verificamos ter o enfermeiro grande atuação na equipe, o que nos motivou a nos dedicar integralmente. Desde então, ampliávamos nossa participação em eventos de cobertura nacional, mostrando a rotina do serviço e o trabalho em equipe, que estávamos desenvolvendo.

A equipe multiprofissional do Hospital Universitário, era composta por um médico coordenador, médicos clínicos e cirúrgicos, médicos residentes, dois farmacêuticos, uma enfermeira e uma nutricionista, e desenvolvia um trabalho especializado para os profissionais afins, sendo referência para cada categoria. A coesão do grupo mostrava crescimento no trabalho pela troca de experiências e maior interação entre profissionais.

Em 1991, fomos aprovados no concurso realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral para nos habilitar na área. Essa titulação influenciou mais ainda a divulgação do nosso trabalho. Só assim, passamos a atender solicitações de outros hospitais, prestando assessoria e assistência ao cliente em nutrição parenteral e orientando no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Neste contexto, prestávamos assistência às unidades de internação de clínica médica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva, pediatria e transplante renal do Hospital Universitário. Embora o grupo multiprofissional fosse mais

voltado para o cliente cirúrgico, quando erámos solicitados a assistir as demais especialidades, procurávamos a própria equipe da unidade a fim de que as decisões no suporte nutricional fossem tomadas junto a esta especialidade.

Fazíamos estudo dos casos assistidos em reuniões semanais, reservando também espaço para discussões sobre recursos materiais, participação em eventos científicos e desempenho das atividades no Hospital.

A sistematização da assistência envolvia a terapia como um todo abrangendo a estimativa das necessidades nutricionais do cliente, a história para o ingresso no suporte nutricional parenteral, o regime nutricional, acesso venoso, controle bioquímico e o acompanhamento diário ao cliente.

Devemos ressaltar a existência de impressos específicos para o suporte nutricional, com abrangência a todas as fases da terapia, sendo utilizadas ficha de dados do cliente, folha de prescrição diária, ficha de preparação da solução nutritiva e ficha de controle dos exames, ficando esse material arquivado e à disposição para fonte de pesquisa retrospectiva e como acompanhamento do cliente com estudo.

Observamos que entre estes impressos, não havia lugar para o registro dos cuidados de enfermagem; por isso, passamos a elaborar fichas que registrassem os cuidados diários e que possibilitassem o acompanhamento da assistência de enfermagem: fichas de acompanhamento de enfermagem, para avaliação nutricional e para controle bacteriológico do cateter venoso.

O papel do enfermeiro era intensivo e exclusivo no grupo, reconhecido como um elo de interação na equipe. As atividades diárias do serviço eram realizadas através de visitas às unidades, com assistência especializada e qualificada ao cliente e família. Os impressos eram atualizados e as rotinas do serviço divulgadas a fim de que a assistência tivesse continuidade. Havia controle de materiais especiais (cateter intravenoso, curativos biológicos,

bombas infusoras e equipos), ficando também a disposição das unidades para qualquer intercorrência.

Em 1990, o serviço de nutrição clínica passou a constar no organograma do Hospital. Porém, a equipe permaneceu nesta sistemática de trabalho por apenas dois anos.

Realizando experiências com a assistência especializada em nutrição parenteral, percebíamos a necessidade de assistir o cliente na sua totalidade. A assistência era muito voltada para o aspecto biológico, existindo uma preocupação muito grande com o êxito do serviço que estava sendo implantado no hospital.

A assistência era muito especializada, assim passamos a questionar a qualidade na assistência. Parecia que quanto mais especializada mais se distanciava da totalidade do cliente como “ser”. Segundo INFANTE e ALVEREZ (1987) apud GELBCKE (1992), o homem é um ser de relação, um sujeito coletivo, visto como um todo, uma unidade entre o psíquico, o biológico e o social, na qual não existem separações.

Observávamos que não havia essa preocupação mencionada pelos autores acima citados. Não se pensava em assistir o cliente como uma pessoa, possuidora de um mundo, de uma família, que estava ali acompanhando passo a passo o tratamento e estadia do cliente no hospital. Durante as visitas em equipe, observávamos que as discussões se delineavam diante dos aspectos técnicos e biológicos da nutrição parenteral. A família, muitas vezes presente, não era vista, não era comunicada. Observávamos a presença do modelo médico-clínico que entende a doença como um processo biológico do indivíduo, além de isolar o homem do seu contexto social.(GELBCKE,1992).

O nosso pensamento coincidia com o de POLAK (1991), que menciona o enfermeiro no suporte nutricional desempenhando funções expressivas,

além das funções instrumentais, estando, entre elas, o envolvimento do paciente, família e equipe num processo interativo.

Na tentativa de nos aproximar do contexto cliente e família para melhor assistir, elaboramos um histórico de enfermagem, baseado nas necessidades humanas básicas e na terapia em foco, a fim de que os cuidados que estavam sendo realizados fossem sistematizados, registrados e que pudessem evoluir para uma assistência mais próxima de uma visão holística.

Segundo CAPRA (1989), a assistência decorrente do modelo biomédico se restringe ao fenômeno físico, não adotando a abordagem holística da saúde. O autor faz menção a assistência fragmentada, sendo visto apenas o biológico, onde o homem não é assistido como um ser na sua totalidade.

Decidimos então, observar mais atentamente a clientela durante a nossa convivência. Verificávamos mudanças de comportamentos durante a nutrição parenteral apresentada muito frequentemente, como por exemplo, maior sensibilidade do cliente quanto aos cuidados diários, estados depressivos após iniciar a nutrição parenteral, e que os clientes mostavam-se mais motivados na presença da família, estando a família sempre envolvida no processo terapêutico.

Numa ocasião, ao prestar assistência a um cliente jovem, portador de insuficiência renal crônica que estava internado na unidade cirúrgica do hospital de ensino, pudemos perceber algo que o incomodava, quando perguntamos como ele estava, ao que respondeu:

*O que eu não estou gostando
é que eu não posso andar.*

Este jovem permanecia no leito após ter iniciado a nutrição parenteral. Ele pensava estar impossibilitado em deambular em virtude da bomba infusora e sistema de infusão que dificultavam seus movimentos. Ele não estava

orientado quanto a liberdade na locomoção com o sistema venoso e bomba infusora, mesmo diante dos cuidados necessários. Pensando-se em prevenir acidentes com o sistema de infusão, as orientações feitas reforçavam mais ainda o seu pensamento. Portanto, era necessário que ele fosse ajudado na deambulação e que fosse orientado nesse sentido.

Noutra oportunidade, ao assistir uma cliente idosa, durante a troca da nutrição parenteral, ela nos disse:

*não sei o que é isso...
acho que me dar é dor de
barriga...
tomara que tire logo esse
soro, coisa interminável...
tenho muita fome, sinto dor
no estômago...
tem hora que dar é vontade
de coçar tudo e arrancar,
sinto umas ferruadas...*

Após a sua fala procuramos explicar a necessidade e o funcionamento do procedimento para que ela ficasse mais calma, pois estava muito alterada. Ela mostrava desconhecimento da terapia nutricional, revelando desconforto e a não aceitação.

Nós não estávamos pesquisando comportamentos de clientes em nutrição parenteral, mas passamos a observar que essas experiências aconteciam com muita frequência, motivo por que iniciamos a prática de ouvir mais atentamente os desabafos de clientes em nutrição parenteral.

Para GOLDSTEIN apud AUGRAS (1993), cada homem será a medida de sua própria normalidade. Assim, em cada situação de convivência do cliente hospitalizado em nutrição parenteral, buscaremos o significado dentro dessa situação vivida.

Ao adentrar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará, pudemos compreender melhor a nossa busca, que, por muitas vezes se tornava obscura, tendo dificuldade em delimitar conscientemente o que nos intrigava. E foi durante as leituras a que tivemos acesso, em meio discussões durante as aulas, que vimos com maior transparência o que vivenciávamos junto ao cliente e a família.

Acreditamos que a possibilidade de perceber esse aspecto vivido pelo cliente e família durante a nutrição parenteral surgiu da familiaridade que obtinhamos na convivência com eles, presenciando momentos vivenciados por eles, cujas expectativas estavam sempre em torno da perspectiva de cura, do retorno domiciliar e normalidade de suas vidas. NETO (1994) relata que são as inquietações que nos levam ao desenvolvimento de uma pesquisa, nascida no universo cotidiano.

BERGER (1991) entende a vida cotidiana como uma realidade interpretada pelos homens, subjetivamente dotada de sentidos para eles, na medida em que se forma um mundo coerente.

Pensando assim, percebemos a importância que podia ter o significado da nutrição parenteral para o cliente e família que estavam vivenciando tal situação, passando a observar, mais atentamente, os sentimentos e comportamentos do cliente, através de falas e expressões durante diálogos no dia-a-dia, por ocasião dos cuidados prestados; enfim observando aspectos subjetivos que não eram normalmente divisados por nós.

MINAYO (1992) assegura que a realidade vai além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos e que o objeto de estudo está implicado na visão de mundo do pesquisador.

Segundo a lição desta autora, verificamos claramente que a assistência hospitalar ainda está muito voltada para o aspecto biológico e para o “ser-doente”, assistindo os aspectos emocional, social e cultural, em segunda

instância, e separadamente. Segundo GELBCKE (1992), o processo saúde-doença não exclui o fator biológico, porém o situa adequadamente quando se considera o homem um “ser-social”.

O interacionismo simbólico destina o mundo social dos seres humanos em vida grupal, no que eles experienciam individualmente e coletivamente segundo as suas respectivas formas de vida. (BLUMER, 1984).

Nesta visão, intentamos investigar o significado da nutrição parenteral para o cliente no contexto hospitalar, diante da situação que está vivenciando, centrada na abordagem à assistência e à participação da família em todo o processo de tratamento.

1.1 O Significado da NP - Um aspecto que parece ser esquecido?

Assistindo o cliente e a família no contexto hospitalar, o enfermeiro vivencia particularidades das pessoas que, durante a convivência contínua, compartilham momentos de situação de doença, que geram a intimidade no próprio cuidar, estando, assim, susceptível perceber aspectos significativos surgentes no processo de interação.

Segundo HAGUETTE (1992), o sentido que as coisas têm emerge do processo de interação entre das pessoas, não sendo percebido como algo intrínseco ao “ser”, seja como uma expressão dos elementos constituintes da psique, mente, ou de organização psicológica.

Quando falamos do sentido de algo, falamos da totalidade de relações significativas, da significância do mundo, das coisas, da ação, da idéia, que recebem seu “sentido”. Esse “ser” pode ser trazido à luz da transparência, não

devendo ser aprisionado nos limites de uma lógica exclusivista e categorizada. (MARTINS, 1989).

Podemos considerar com atenção especial, as pessoas que, na condição de hospitalizados, têm o seu cotidiano minuciosamente modificado como "ser". O que caracteriza como cliente, quando se encontra em nutrição parenteral.

CEREZETTI (1990) informa que a alimentação é muito mais do que a simples incorporação do material nutritivo, posto que possui um significado social e psicológico, porquanto envolve contato e calor humano e vem acompanhado de uma gama de afetos e simbolismos. Estando no hospital a vida social do cliente fica comprometida, pois esta pressupõe o ato de comer em comunidade. Em casa, na família, o aconchego, os cuidados na alimentação constituem carinho, benquerença, preocupação, amor, aceitação. Portanto, para o cliente na ambiência hospitalar e em nutrição parenteral, onde, as vezes, se encontra até mesmo sem acompanhante, o processo nutritivo passa a ter outra contextualização.

Segundo CEREZETTI (1990), para estes pacientes, o momento de alimentar-se sob estas condições não corresponde mais a um momento de integração e troca de afetos, pois passa a representar tensão, angústia e discriminação. Diz a autora que os sentimentos de abandono, desvalia e insegurança resumem-se na intensificação dos estados depressivos e regressivos; e que a hospitalização, por si, traz essas sensações e quadros, acrescidos de forte mutilação e do afastamento do convívio familiar em ocasiões de integração, com sentimentos de não mais fazer parte do contexto social, ressentimentos e/ou queixas por se sentirem na obrigação de se isolar das pessoas nos momentos das refeições.

A Autora ainda ensina que a nutrição parenteral não tem nenhuma carga de representação afetiva, não é desejada, mas imposta, somando-se a

impossibilidade da alimentação como uma das fontes de diminuição da ansiedade pelo ato de mastigar e sugar.

Segundo MEAD apud HAGUETTE (1992), a mente é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo, usando os símbolos significantes, sendo essa significância ou “sentidos” também de origem social.

Um paciente que está recebendo nutrição endovenosa por veia central necessita de apoio emocional significativa, tanto dos profissionais como da família, pois a via endovenosa central constitui uma fonte de stress e a incapacidade de receber alimento por via oral é incomum e desagradável. Pacientes podem se aborrecer porque perderam o apetite, queixando-se de preocupação com pensamentos sobre alimentos e sonhos ou alucinações relacionados ao abastecimento alimentar. Eles devem ser estimulados a exteriorizar seus sentimentos e interesses e informados de que estas reações são muito corriqueiras. (BODINSKI, 1988).

Segundo PHILLIPS (1978), é essencial o preparo do paciente e de sua família para aliviar a apreensão quanto à conduta a ser adotada. A família se preocupa especialmente com o fato de não se efetivar nutrição por via oral. Os pacientes costumam temer a possibilidade de não voltar a comer. Tanto o paciente quanto a sua família precisam obter a certeza de que será fornecida uma dieta integral por via intravenosa até que seja possível retornar à ingestão oral.

Para MEAD apud HAGUETTE (1992), o indivíduo age socialmente com relação às outras pessoas, da mesma forma que interage socialmente consigo, torna-se objeto das próprias ações a partir do processo de interação. Menciona ainda, o **self** sendo formado a partir de definições propostas por outros, e que servirão como referencial para ele ver a si através da auto-interação.

Assim, sentimentos e comportamentos de clientes devem ser levados em consideração, o mesmo devendo acontecer relativamente a interação com os que fazem o contexto hospitalar, levando-se em conta, por fim, a participação nas atividades diárias diante da situação vivenciada. Para CERZETTI (1990), ao estarmos atentos aos aspectos emocionais de nossos pacientes, estamos proporcionando a eles a possibilidade de vida também em qualidade, justificando-se o trabalho do profissional de saúde através do bem-estar humano, da humanização do ambiente terapêutico.

No próximo capítulo, abordaremos, especificamente, a nutrição parenteral, visando a aclarar melhor o tema, na busca de explicar nosso entendimento acerca do problema para o qual se buscam, aqui, as adequadas soluções ou possíveis respostas.

2 A NUTRIÇÃO PARENTERAL (Abordagem Específica)

O Suporte Nutricional Parenteral consiste na administração de aminoácidos, carboidratos, lipídios, vitaminas e eletrólitos por via endovenosa em forma de solução constituída pela mistura desses elementos.

Surgiu para suprir as necessidades orgânicas nutricionais do homem, quando impossibilitado de alimentação por via natural. Consiste em oferecer condições nutricionais necessárias para eficiência na funcionalidade orgânica, pois o estado de desnutrição proteico-calórica compromete o organismo a nível celular, diminuindo a imunidade e as condições de cicatrização.

A Nutrição Parenteral teve seu marco inicial em 1615, com Willian Harvey, que ao descobrir a circulação sanguínea, tentou várias de procedimentos para o sucesso dessa terapia. Dentre estas, encontra-se a introdução do vinho e do ópio em animais, empreendida por Sir Christopher Wren. Em 1831, Latta, citado por Grant, administrou solução salina em pacientes desidratados pela cólera. Mais tarde, em 1866, Voit confirmou a importância do uso da proteínas e balanço nitrogenado, e, em 1896, Bield e Kraus administraram com sucesso a glicose. Mas, somente em 1968 e 1969, foi demonstrado com Dudrick a utilização da glicose a 20 e 25%, de aminoácidos a 4 e 5% com crescimento e desenvolvimento. (POLAK, 1983).

Acrescenta RIELLA (1987), que após a divulgação das experiências iniciais de Dudrick e cols., o uso da nutrição parenteral cresceu muito, com efeito estimulador entre os profissionais de saúde.

Ainda RIELLA (1987), a nutrição venosa está indicada quando a via fisiológica normal não está funcionando, ou, então, quando o doente não pode comer, não deve comer, não pode comer o suficiente ou não come o necessário, tendo o objetivo de fazer com que o doente passe de um estado catabólico para anabólico.

Portanto, o objetivo do suporte nutricional parenteral consiste em se obter condições orgânicas ao cliente, que permitam qualidade das funções celulares a fim de recuperar a patologia básica.

A incidência de doentes desnutridos nas enfermarias clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais é alta (POLAK, 1991). Para RASSIAN apud POLAK (1991), o deficit calórico ou protéico resulta de vários fatores isolados ou associados, como a redução da ingesta de alimentos, problemas de absorção, perdas significativas ou aumento das exigências nutricionais em decorrência do hipercatabolismo presente.

POLAK (1991) menciona ainda, a desnutrição com vertentes oriundas do setor sócio-cultural, nas políticas vigentes, causadas pelo subemprego e pelos baixos salários, contribuindo para uma ingesta deficiente de proteínas e vícios alimentares, acarretando problemas nutricionais. Observamos essa caracterização na maioria dos clientes de hospitais da rede pública, que diante da carência nutritiva estão mais propensos a necessitarem da nutrição parenteral.

Segundo VIANNA (1983), nutrir por via venosa significa mimetizar a alimentação oral, seja na administração de substâncias simples que compõem os macro e micronutrientes, seja na composição das dietas, no que tange à quantidade total de calorias, relação calorias/nitrogênio, requerimentos mínimos diários etc. Trata-se de oferecer, por via venosa, os nutrientes necessários à manutenção dos processos vitais, em condições semelhantes àquelas em que elas são normalmente oferecidas à circulação após os processos de absorção.

Segundo RIELLA (1987), a nutrição venosa revolucionou a terapêutica de graves e debilitantes afecções. Antes da terapia nutricional por vias não naturais, muitos doentes eram considerados irrecuperáveis ou de mau prognóstico, ao passo que, hoje, a maioria dos pacientes sob essa terapêutica tem excelentes perspectivas de evolução positiva dos seus quadros, evidentemente levando-se em conta o nível de gravidade dos seus estados mórbidos.

Portanto, a carência nutritiva no homem, principalmente quando acometido de doença, tem sido alvo de grande preocupação há quase quatro séculos. Formas adequadas de reposição de nutrientes vêm sendo desenvolvidas e aprimoradas nas últimas décadas no intuito de oferecer condições orgânicas necessárias para que o tratamento da patologia de base obtenha sucesso.

Dentre as importantes repercussões do suporte nutricional cumpre destacar a conscientização dos profissionais da saúde, sobre a importância da nutrição. RIELLA (1987) chama-nos atenção para o fato de que é de se reconhecer, contudo, que ainda persiste em meio a muitos profissionais de saúde, considerável nível de ignorância e descaso em relação ao aspecto nutricional, fato que representa uma das principais razões para a prevalência da desnutrição de pacientes internos.

Consoante, ainda, este autor, o suporte nutricional não deve se correlacionar apenas como um parâmetro laboratorial, devendo-se levar em conta a recuperação, morbidade, mortalidade e tempo de hospitalização, sendo oportuna uma análise crítica do papel da nutrição parenteral frente o enfermo hospitalizado.

Em geral, a nutrição parenteral é indicada nos casos em que a alimentação oral normal não é possível, quando a absorção de nutrientes é incompleta, quando a alimentação oral é indesejável e, principalmente, quando estas condições estão associadas ao estado de desnutrição (WAITZBERG, 1990), podendo ser a única fonte de nutrição e calorias do cliente, como também, ser aliada a nutrição enteral ou até mesmo a alimentação oral.

O Autor ainda especifica as indicações da nutrição parenteral nas seguintes situações: pré-operatório por doenças obstrutivas intestinais, complicações cirúrgicas pós-operatórias (fístulas intestinais, íleo prolongado e infecção peritoneal), estados pós-traumáticos (lesões múltiplas, queimaduras graves, infecção), desordens intestinais(vômitos crônicos e doença intestinal infecciosa),

moléstia inflamatória intestinal (colite ulcerativa e doença de Crohn), insuficiências orgânicas (insuficiência hepática e renal), e condições pediátricas (prematuros, má formação congênita do trato gastrintestinal, diarreia crônica etc.).

RIELLA (1987) enfatiza que a nutrição parenteral pode substituir eficazmente, e por longos períodos, o processo nutritivo natural. Para tanto, são necessários cuidados especiais e sistematizados, nas diversas fases do suporte nutricional.

Os procedimentos de inserção do cateter venoso central devem ser eletivos, seguindo técnica asséptica rigorosa, tendo em vista a taxa de complicações sépticas, tornando-se evidente a importância do uso de sala de cirurgias para as punções e preparo adequado da pele do paciente.(JÚNIOR apud WAITZBERG,1990)

No que concerne, VIANNA (1983) assegura que a infusão das soluções nutritivas deve ser feita por acesso venoso profundo em razão da alta osmolaridade das soluções, em que fluxo sanguíneo entre a parede do vaso e o cateter seja suficiente para diluir rapidamente a solução, minimizando o risco de irritação endotelial. Salientando que a veia cava superior tem o maior diâmetro de todas as veias do corpo e seu fluxo, de dois a cinco litros de sangue por minuto, permite que uma solução com as concentrações de 1.500/1.800 mOsm por litro possa ser infundida à velocidade de 3ml por minuto.

BURRI e HENKEMEYER apud VIANNA (1983), recomendam as veias subclávias¹ e jugular externa como as preferenciais. VIANA aduz que o emprego do cateter especial de silicone² permite a instalação do túnel subcutâneo³.

¹ Veias subclávias - Infraclavicular e Supraclavicular.

² Cateter de Silicone - Apresentam características de permanência prolongada.

³Túnel subcutâneo - Técnica de instalação do cateter em acesso venoso profundo com exteriorização de sua extremidade distal à distancia da inserção, protegendo o paciente de infecções veiculadas pelo cateter. (Riella M. C. Suporte Nutricional Parenteral e Enteral. 1985.)

A nutrição parenteral é composta por solução cristalina de aminoácidos sob forma levógira, inadequados para o crescimento bacteriano; porém, a quantidade e a multiplicidade de aditivos que são injetados em um frasco para se obter a mistura podem levar a riscos de contaminação, exigindo condições rigorosas de vigilância, controle e assepsia em todas as fases do preparo para garantir a esterilidade da solução. (OLIVEIRA apud WAITZBERG, 1990).

Portanto, o preparo da solução nutritiva deve ser efetuado em sala apropriada, com unidade de fluxo laminar⁴, contendo antesala para a paramentação devida, a fim de preservar as técnicas assépticas.

O preparo é da competência do farmacêutico, seguindo o rigor asséptico e conhecimento da farmodinâmica, assegurando a compatibilidade físico-químicas dos constituintes da solução nutritiva, que consiste na mistura de aminoácidos, carboidratos, eletrólitos, elementos traços, vitaminas e lipídios. Como também, o controle de qualidade das soluções preparadas, entre estes, o prazo de validade para a administração e armazenamento, que deve ser em refrigerador entre 2oC e 4oC estando protegidas da luz.

OLIVEIRA apud WAITZBERG (1990) menciona que as soluções preparadas podem ser estocadas por até 72 horas quando não contém vitaminas, devendo ser administradas até 24 horas ao possuírem vitaminas e eletrólitos. Assim, podemos concluir que o preparo deverá ser diariamente, tendo em vista a indicação de vitaminas e eletrólitos na maioria das prescrições.

Os constituintes básicos são encontrados no comércio especializado sob várias formulações, podendo ter variedade na composição da solução, de forma a atender as necessidades de cada caso.(VIANA, 1983)

⁴ *Unidade de fluxo laminar é um dispositivo que ajuda a manter uma área asséptica. Os filtros evitam a entrada da contaminação que se gera no interior da zona e que possam ser removidos pelo ar, para partículas de 0,3 microns.(Veco do Brasil Indústria e Comércio LTDA.)

As soluções-padrão contêm aminoácidos essenciais⁵, utilizados como fonte de nitrogênio, em concentrações de 5 e 10%, que correspondem a 8 e 16 gramo de nitrogênio por litro. O frasco de 1000ml contém 500 ml de aminoácido, onde são adicionados 500 ml de glicose que varia de 5% a 50%, perfazendo um total de 1000ml.(VIANA, 1983). A essa mistura, são adicionados o sódio, potássio, cálcio, fósforo, magnésio, cloro; enfim, os eletrólitos conforme a necessidade do paciente.(POLAK, 1991)

Ainda POLAK (1990), é quem informa que, no mercado são encontradas as soluções especiais de aminoácidos para os casos específicos, como insuficiência renal e insuficiência hepática. Na insuficiência hepática, a oferta de aminoácidos aromáticos está reduzida (tirosina, triptofano e fenilalanina) e aumentada nos aminoácidos de cadeia ramificada (valina, leucina e isoleucina). Na insuficiência renal, a oferta de nitrogênio deve ser reduzida por gramo de nitrogênio sendo ofertados apenas os aminoácidos essenciais.

Vale salientar, que a emulsão lipídica quando misturada a solução de aminoácidos e carboidratos constitui o chamado sistema lipídico 3 em 1. Conforme WAITZBERG (1990), a solução torna-se mais balanceada por conter todos os nutrientes, tornando a administração mais simples por ser armazenado em um só recipiente todo o volume diário. Para isso, faz-se necessário o uso de bolsa de três litros, que reduz a manipulação e risco de contaminação do cateter e sistema de infusão, além da redução da osmolaridade da solução consequente a redução da concentração de glicose.

O uso da emulsão lipídica apresenta vantagens sobre a infusão exclusiva de carboidratos como fonte calórica, constituindo uma fonte eficaz de ácidos graxos essenciais, facilitando a nutrição parenteral para o diabético. (LAMY apud RIELLA, 1987)

⁵ Os aminoácidos essenciais são aqueles que não podem ser sintetizados pelo organismo, sendo representados por: isoleucina, leucina, lisina, fenilalanina, metionina, treonina, triptofano e valina.

O êxito do tratamento nutricional depende da adequação entre o valor calórico total administrado e o gasto energético total. A administração calórica em excesso pode causar hepatomegalia, disfunção hepática, alteração na mecânica respiratória por causa do aumento na produção de CO₂, hiperglicemia, diurese osmótica e níveis elevados de triglicérides e colesterol.

Enquanto que a oferta insuficiente de calorias, por sua vez, pode piorar a desnutrição e prejudicar a função imune, causar insuficiência respiratória e desequilíbrio de líquidos eletrolíticos.(WAITZBERG, 1990)

Por conseguinte, faz-se necessária a avaliação nutricional em todo o percurso do suporte alimentar. O acompanhamento do estado nutricional do cliente deverá ser diário, utilizando-se dos diversos métodos aplicativos de avaliação.

Ao iniciar a nutrição parenteral, as condições físicas do cliente deverão ser registradas através de ficha de coleta de dados, contendo: dados antropométricos (peso, altura, circunferência muscular do braço, prega cutânea) a serem avaliados diante de parâmetros ideais; dados bioquímicos (albumina sérica, transferrina sérica) para determinação das proteínas viscerais e contagem total dos linfócitos⁶ para avaliação da função imunitária; sinais e sintomas com aplicação do exame físico. (RIELLA, 1984). As necessidades calóricas poderão ser estimadas através da Equação de Harris-Benedict⁷.

A partir daí, um regime nutricional poderá ser traçado, segundo padrões determinantes que deverão ser obedecidos, onde a relação entre o total de calorias e o nitrogênio deverá ser de 120-180 calorias para 1 gramo de nitrogênio

⁶ * A contagem total dos linfócitos é calculada através do leucograma utilizando-se a contagem total de leucócitos e percentual de linfócitos, através da fórmula:

Linfócitos = % de linfócitos x contagem leucocitária / 100. Na desnutrição, a contagem linfocitária está entre 800-1200.(Riella, 1990).

⁷ Equação de Harris-Benedict correlaciona o gasto energético basal de um indivíduo normal determinado por calorimetria indireta com sua altura(A, em cm), seu peso (P/ Kg) e sua idade (I, em anos). Para homens, o GEB = 66 + (13,7 x P) + (5 x A) - (6,8 x I); e para mulheres, o GEB = 655 + (9,6 x P) + (1,7 x A) - (4,7 x I). (Riella, 1987)

(KINNEY e col. apud WAITZBERG, 1990); a proporção dos nutrientes em relação ao valor calórico diário deverá estar em torno de 50-55% de hidrato de carbono, 12-15% de proteínas e 30-35% de lipídio. (VIANA, 1983).

A reposição hidroeletrólítica pode ser avaliada através de exames laboratoriais e evolução clínica devendo haver registro através de protocolos para melhor controle, minimizando os riscos de complicações. (EDMED apud RIELLA, 1987).

Cuidados diários e sistematizados durante o suporte nutricional parenteral devem ser seguidos, visando prevenir complicações e o atendimento das necessidades calóricas do cliente. Para isso, é necessário que a administração da solução nutritiva prescrita, conforme regime nutricional adequado ao cliente, seja administrada corretamente, havendo controle rigoroso do ritmo de infusão. O controle da temperatura do cliente, podendo-se traçar a curva térmica, consiste também em importante cuidado, pois esses clientes são muito propensos a adquirir infecção, sendo a febre um sinal clínico sempre presente nos processos infecciosos.

Segundo EDMED apud RIELLA (1984), a presença de anabolismo durante a nutrição pode ser verificada com eficácia através do balanço nitrogenado⁸, sendo, ainda, considerado o melhor método quantitativo e dinâmico na avaliação da terapêutica nutricional.

Segundo POLAK (1983), as complicações mais frequentes da nutrição parenteral são classificadas como mecânicas, infecciosas e metabólicas. As complicações mecânicas (pneumotórax, hidrotórax, hemotórax, embolia gasosa e hematomas subclaviculares) decorrem de falhas de ordem técnica; as complicações infecciosas advêm da redução imunitária do paciente, resultante da própria flora microbiana ou agentes exógenos contaminantes, estando, também,

⁸Balanço nitrogenado baseia-se na excreção do nitrogênio uréico urinário durante o período de 24 horas. Quando a quantidade de nitrogênio (proteína) administrada no paciente é igual a quantidade excretada, dizemos que há equilíbrio; se a quantidade excretada for menor, dizemos que o balanço é positivo; e se for maior, dizemos que é negativo. (Riella, 1987)

relacionadas à manipulação do cateter venoso solução nutritiva e sistema de infusão venosa; as complicações metabólicas podem ser prevenidas com a adequada monitoração e reajustes da solução nutritiva.

No entanto, para que a terapia tenha sucesso faz-se necessário uma equipe qualificada, o que é salientado por CEREZETTI (1990) ao referir que o sucesso do tratamento, depende de muitos fatores, incluindo nestes o conhecimento e a competência técnica do pessoal envolvido no manuseio e treinamento do paciente.

Embora seja uma terapia aparentemente simples, não pode ser assim considerada, pois o metabolismo é complexo, exigindo cuidados especiais e sistematizados desde a indicação, regime nutricional adequado às necessidades calóricas e metabólicas do cliente. Como também, das técnicas assépticas e de administração da solução, tendo em vista a promoção do equilíbrio orgânico e sucesso no tratamento.

DORIS apud RIELLA (1987) ressaltam que a enfermeira deverá ser elemento ativo junto ao paciente, família e comunidade, na orientação da prevenção de futuros distúrbios nutritivos, decorrentes da cultura ou das condições sócio-econômicas do grupo onde trabalha.

CERIBELLI (1992) evidencia o envolvimento da equipe de enfermagem no planejamento, acompanhamento e orientação ao paciente, pessoas da família, e demais membros da equipe de enfermagem para o controle da assistência individualizada e correta, tanto durante a instalação e administração dos nutrientes quanto na prevenção e controle das complicações inerentes à terapêutica.

No entendimento de BODINSKI (1988), os objetivos da ação da enfermagem incluem a prevenção da infecção, a manutenção do ritmo do fluxo prescrito, a contínua assistência ao paciente e apoio emocional.

A importância da equipe multiprofissional no suporte nutricional parenteral é bastante enfatizada como um fator de segurança e eficácia do procedimento em questão. (POLAK, 1991)

Faz-se necessário o desenvolvimento de um programa de nutrição parenteral envolvendo profissionais que dela participam, formando-se uma equipe multidisciplinar e especializada com um trabalho coeso.

Para POLAK (1991), o trabalho desenvolvido de forma integrada com equipe multidisciplinar e a prestação de uma assistência isenta de riscos exigem do enfermeiro conhecimento técnico, científico, humano e legal adequados.

Acrescenta, ainda, a Autora, que a responsabilidade do enfermeiro no suporte nutricional parenteral é expressa mediante avaliação do próprio desempenho, à luz da demanda do cuidado do paciente, sendo da sua competência assistir sob uma visão integrada dos aspectos relevantes e com equilíbrio entre o desempenho técnico e compreensão das relações entre saúde e contexto sócio-político vigente.

Observamos o desenvolvimento técnico e científico no âmbito do suporte nutricional com grande avanço tecnológico, desde a elaboração de soluções específicas as indicações, facilmente encontradas no comércio, ao desenvolvimento aprimorado de catéteres venosos com propriedades que favorecem maior permanência, como também, o uso de bombas infusoras, cada vez mais evoluídas, facilitando a monitoração na administração da solução nutritiva.

No entanto, o que devemos considerar na atualidade, como marco primordial na área de suporte, é o trabalho em equipe multiprofissional, que sendo reconhecidamente importante pela assistência especializada a uma situação complexa e muito variável, mostra dedicação dos diversos profissionais, através de ações integradas, cada qual com a sua competência mas com o pensamento único, de assistir o cliente na superação do estado que se encontra.

E sendo o enfermeiro, integrante do trabalho em equipe, encontra-se sempre presente em todo o processo do suporte nutricional parenteral, tendo participação ativa no grupo por ser um verdadeiro elo entre os integrantes da equipe e demais profissionais. Através de atividades assistenciais continuadas, vivencia as particularidades do cliente e família no contexto que se encontram e mundo a que pertencem.

Nesse contexto, é que resolvemos estudar o cliente em nutrição parenteral, fazendo a opção pela metodologia qualitativa e teoria interacionista, por intentarmos a compreensão de aspectos subjetivos dessa clientela.

3 DESCOBRINDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 Abordagem Qualitativa

Nossa busca por apreender o significado da nutrição parenteral para o cliente hospitalizado, os sentimentos e comportamentos destes ao vivenciar essa situação, nos permitiu optar pela metodologia qualitativa. MINAYO (1994), menciona que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômeno.

HAGUETTE (1992), opina no sentido de que as estruturas existem e devem ser conhecidas, mas é a ação humana, a interação social que configuram a sociedade, sendo a metodologia qualitativa derivada dessa convicção.

Ainda MINAYO (1992) relata que a fenomenologia defende a idéia de que as realidades sociais são construídas nos significados e através deles só podem ser identificadas à medida em que se mergulha na linguagem significativa da interação social. Acrescenta, ainda, que a necessidade de convivência em situação de familiaridade sobre a forma de “nós” permite a captação do outro em sua individualidade.

Portanto, a convivência entre cliente, família e profissionais em situações de nutrição parenteral, cujo relacionamento direto e contínuo se efetiva em todas as fases da terapia, permite condições para apreensão de significados, justificando-se, assim, a pesquisa como qualitativa.

E foi observando o contexto hospitalar do cliente em nutrição parenteral, o cotidiano na hospitalização durante as fases do tratamento, que pudemos perceber formas diferente de comportamentos e sentimentos ostentados durante o relacionamento que mantínhamos com eles. Observamos evidências em certas

expressões durante diálogos, através de falas e gestos, que aconteciam naturalmente na nossa convivência.

Começamos a registrar essas evidências a partir da nossa definição para esse estudo, utilizando técnicas de observações livres de clientes das clínicas médica e cirúrgica de hospitais de ensino e municipal, no período compreendido entre julho de 1994 março de 1995.

Em busca da compreensão do significado da nutrição parenteral para o cliente no contexto hospitalar diante do enfrentamento da situação de doente em que se encontra, utilizamos o Interacionismo Simbólico como fundamentação teórica da pesquisa.

Identificamos a teoria com esse estudo por ser o significado o conceito central de investigação (MINAYO, 1994), onde as proposições da teoria são a partir da vida cotidiana, que permite uma instintiva investigação compreensiva de aspectos do comportamento (HAGUETTE, 1992), cuja visão teórica têm tomado como referência e contextos das ações individuais e grupais, a história, a cultura, e a ordem social, analisando os sujeitos particulares inseridos em seus cotidianos específicos, mas referidos a contextos explicativos de natureza cultural.(LUZ, 1993)

A escolha resulta da crença de que interacionismo simbólico mostra respeito pela natureza da vida e da conduta do grupo humano, estando na vida grupal a condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (BLUMER, 1994)

3.2 Descrevendo o Referencial Interacionista

O interacionismo simbólico, como teoria e método, pode ser compreendido como uma vertente da etnometodologia¹. Sua origem no fim do século dezenove,

¹ A etnometodologia estuda e analisa as atividades cotidianas dos membros de uma comunidade ou organização, procurando descobrir a forma como esses grupos as tornam

reúne estudos de CHARLES HORTON COOLEY (1864-1929), W. I. THOMAS (1863 - 1947) e GEORGE HERBERT MEAD (1863 - 1931). (HAGUETTE, 1992)

Em 1937, HERBERT BLUMER atribuiu à sua abordagem teórico - metodológica o termo “interacionismo simbólico” (MINAYO, 1992; HAGUETTE, 1992), pela convicção de que a ciência empírica deveria ser respeitada, por ser o mundo empírico o objeto de estudo, e, para ser estudado, seria necessária uma metodologia.

BLUMER iniciou escritos que representavam com clareza os pressupostos básicos da abordagem interacionista (HAGUETTE, 1992). Tendo a preocupação em criar uma metodologia, pois os manuscritos de MEAD não possuíam uma sistemática teórica. (BLUMER, 1994).

BLUMER manteve-se fiel ao pensamento de GEORGE HERBERT MEAD (pois existiam escritos e até publicações a partir de aulas, palestras, notas e manuscritos fragmentados sobre a teoria) que explorou não somente a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, como também a gênese do *self*, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente. (HAGUETTE, 1992)

MEAD foi professor da Escola de Chicago no período de 1893 a 1931, fundamenta a teoria na descrição do comportamento humano, cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento “externo” observável e também como atividade “encoberta” no ato. Ele se opunha à teoria de John B. Watson, seguidor da Escola de Iowa, que reduz o comportamento humano aos mecanismos a nível infra-humano, cuja dimensão social é vista apenas como influente sobre o indivíduo. (HAGUETTE, 1992)

Via de consequência, a concepção interacionista das relações sociais se fundamenta no princípio de que o comportamento humano é autodirigido e

visíveis, racionais e reportáveis, ou seja, como as consideram válidas, uma vez que o reflexo sobre o fenômeno é uma característica singular da ação. (Haguette, 1992)

observável, no sentido simbólico e interacional, permitindo o ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos. (MINAYO, 1992)

O interacionismo concebe a vida social estabelecendo interrelação consciencioso pelo sentido atribuído às ações, sendo manipulado, redefinido e modificado através de processo interpretativo. (MINAYO, 1992).

Com uma metodologia jovem e ainda imatura, em seus princípios teóricos e metodológicos (HAGUETTE, 1992), o interacionismo simbólico conta com a última análise de três premissas simples, criada por BLUMER:

Os seres humanos agem em relação às coisas, tomando por base o significado que as coisas tem para ele;

O significado de tais coisas, às vezes, surge de uma interação social que a pessoa tem com seus iguais;

Esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ele encontra. (BLUMER,1994)

As coisas a que Blumer se refere, incluem o que o ser humano pode observar em seu mundo físico (árvores, objetos, seres humanos, escolas, governo, ideais, atividades de outros, situações encontradas na vida diária). Conforme o significado que essas coisas têm para o ser humano, suas ações são dirigidas a essas coisas; portanto, é tomado como base o significado das mesmas. As regras e normas para as ações dos sujeitos são através da negociação de significados, de

sanções, de hierarquias e das próprias normas, sendo a partir da ordem social. (LUZ, 1994).

Para Blumer, o significado surge no processo de interação de duas pessoas, ou seja, o significado que uma coisa tem para uma pessoa cresce da forma pela qual as outras pessoas agem em relação a ele com relação a essa coisa. O significado é formado dentro e através de atividades definidoras das pessoas quando interagem.

Quanto ao processo interpretativo, é derivado do contexto de interação social, o que ocorre é que a pessoa escolhe, checa, suspende, reagrupa e transforma o significado à luz da situação como um processo formativo, onde os significados são usados e revisados como um instrumento para as diretrizes da ação (BLUMER, 1994). Podemos assim dizer, que o processo interpretativo através da auto-interação leva a uma resignificação do vivido, onde os valores individuais interferem no significado que as coisas tem para a pessoa.

O interacionismo simbólico fundamentado nas premissas é levado a desenvolver um esquema analítico da sociedade humana e da conduta humana que envolve idéias básicas relacionadas a grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como ator, a ação humana e as interconexões das linhas de ação.(HAGUETTE, 1991). A teoria desenvolve uma micro-análise por estudar as interações interindividuais, a negociação individual e reação do outro levando as atividades interpretativas, determinadas pela situação e interação entre as pessoas.

Os interacionistas definem a Sociedade constituída de indivíduos que interagem uns com os outros, onde as atividades dos membros ocorrem como resposta à um ou outro, ou em relação ao outro; a Interação Social sendo um processo formativo da conduta humana, em vez, de ser o meio para a liberação da conduta humana; um Objeto como qualquer coisa que pode ser indicada ou referida, cuja natureza consiste de significado que ele tem para a pessoa para

quem ele é um objeto, podendo ser físicos, sociais ou abstratos; o Ser Humano como um organismo que age, podendo ser objeto para si próprio, reconhecendo ele mesmo como um homem, guiando suas ações em relação aos outros, tomando por base o tipo de objeto que ele é para si. (BLUMER 1994).

E, o processo de Auto-Interação, emergindo da interação social em que outras pessoas estão definindo uma pessoa para si. Para MEAD, isso acontece quando a pessoa se vê pelo lado de fora, colocando-se na posição do outro e se vendo ou agindo em relação a si nessa posição.

A Ação Humana é vista como um resultado formado do processo de auto-interação; é construída através das indicações que a pessoa faz a si e interpretação do que indica para agir. A pessoa identifica que quer estabelecer uma meta, mapeia uma linha de comportamento, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona a sua situação, checka a si, elabora o que fazer com os outros pontos. (BLUMER, 1994).

Ao refletirmos um pouco sobre Ação Humana, cujo entendimento vem sendo discutido atualmente por estudiosos, na tentativa de fundamentar teóricamente a prática assistencial, vale ressaltar alguns pontos levantados por CARVALHO (1994), que menciona os interacionista Touraine e Boltansky não realizando especificamente uma sociologia da ação, mantendo-se apenas como ensaio; e Habermans constituindo uma teoria da ação comunicativa, mas sabendo-se que esta não se reduz a ação. No entanto, CARVALHO (1994) descreve a ação humana sendo um mundo, um universo tão vasto e complexo quanto o próprio homem, uma vez que é a forma mesma em que o homem realiza sua humanidade cotidiana e historicamente.

Assim, concluímos que a ação humana surge de um processo de criação, através da interpretação e a partir da interação social, sendo vista como o mundo da pessoa, pela sua historicidade, valores e cultura que possui, enfim o cotidiano.

Para MEAD, a Atividade Grupal baseia-se no comportamento cooperativo que surge através de cada pessoa em perceber a intenção dos outros e construir a sua resposta baseada naquela intenção, pois o comportamento não é uma resposta direta às intenções dos outros, que são transmitidas através de gestos tornados simbólicos, passíveis de interpretação.(HAGUETTE, 1992).

A pessoa que responde, organiza sua resposta tomando por base o que os gestos significam, e a pessoa que apresenta os gestos, os apresenta como indicações do que está planejando fazer, aquilo que quer que o respondente faça ou compreenda.

Com efeito, o gesto tem significado para a pessoa que faz como também para a pessoa a que é dirigida. A interação simbólica, que envolve o processo de interpretação da ação, procura compreender o significado da ação de cada outro. (BLUMER, 1994).

Assim, pretendemos compreender o significado da nutrição parenteral para o cliente hospitalizado, diante da interação simbólica com a situação vivenciada e da ação deste cliente no contexto social.

3.3 O Cenário do Cliente

O cliente que se encontra em nutrição parenteral, coincide com o ambiente físico terapêutico que já vem sendo vivido pelo cliente e família, pois o suporte nutricional parenteral consiste numa nova situação acrescida ao tratamento de base. Tem o objetivo de suprir as necessidades nutricionais do cliente naquele período crítico, oferecendo condições básicas ao organismo a fim de possibilitar êxito no tratamento da doença, e conseqüente reabilitação do cliente.

Ao cotidiano terapêutico do cliente serão adicionadas as particularidades do suporte nutricional parenteral, cuja existência se faz presente no seu corpo e imagem, de forma contínua e duradoura, sem interrupções, com permanência

normalmente não inferior a duas semanas, podendo perdurar por meses ou até a vida toda, ficando isso na dependência do estado do cliente e resolutividade no tratamento.

Consiste em um sistema contínuo de infusão, restrição total ou parcial da alimentação, e cuidados intensivos continuados, entre estes: o controle rigoroso das funções vitais, da infusão da solução nutritiva e das demais infusões, e eliminações, como também, atenção voltada para a mobilização e locomoção do cliente.

O sistema de infusão da nutrição parenteral constitui-se do recipiente da solução nutritiva, equipo de infusão, cateter intravenoso, curativo e bomba infusora.

O frasco de vidro, com capacidade apenas para 1000 ml, contém a mistura de aminoácidos, carboidratos, eletrólitos e vitaminas, correspondendo a infusão em torno de 1400 calorias, considerando-se apenas os carboidratos como fonte energética e em concentração a 70%, tendo os demais componentes as funções reguladoras e de manutenção do organismo. Assim, a emulsão lipídica é administrada por via periférica. Isto está voltado para o regime nutricional de adultos, pois em crianças, o volume é menor, sendo possível, adicionar à solução lipídica a esta mistura, permitindo a infusão das 24 horas, evitando-se maior manipulação do sistema de infusão. As bolsas do tipo 3 em 1 permitem a mistura dos aminoácidos, glicose e lipídios, pois tem uma capacidade para até 3000ml de fluidos, sendo ideal para adultos.

O equipo de infusão, conectado ao recipiente da solução, transporta o líquido silenciosamente. A caída de cada gota é atentamente observada, muitas vezes, impacientemente pela interminável duração. É preocupante se virar, sentar e andar, pois o fio não é tão grande e pode ser puxado, e aí tudo pode acontecer. Não pode ser dobrado, nem ser machucado, pois as gotas não podem parar de cair. E se parar, o que será?

E este, passando pela bomba infusora, máquina que trabalha continuamente, apitando quando algo está errado, também segura o recipiente da solução em seu suporte. Quando alarma, não para de apitar até que o problema seja resolvido, e tem que ser logo, pois quando a infusão é interrompida o cateter pode ser obstruído. Que aflição... O ideal é que nunca alarme, pois assim, toda a solução é administrada, garantindo a infusão das calorias necessárias para o organismo.

O cateter intravenoso, inserido a um acesso venoso central, de preferência na veia subclávia ou jugular, sendo fixado na pele com pontos de sutura, é alvo de observação contínua tanto pela fixação, como presença de sinais flogísticos no ponto de inserção. O ideal é que o cateter seja de poliuretano, pelas características de ser biocompatível, mais flexível e delicado, permitindo maior permanência no meio intravenoso com menores riscos de infecção. A técnica asséptica rigorosa na manipulação é obrigatória.

E, o curativo deverá ser oclusivo, permanecendo sempre limpo e seco. Deverá ser trocado conforme a necessidade de se manter assim, e periodicamente como rotina, não devendo ultrapassar a cinco dias, utilizando-se a técnica de curativo simples. Vale ressaltar, a existência do curativo transparente, que constitui-se de uma película adesiva de poliuretano estéril, permeável a água e impermeável a fluidos e bactérias.

Podemos destacar a restrição total ou parcial da alimentação, como fator inerente ao suporte nutricional, visto que a situação de nutrição parenteral é uma nova fonte nutricional para o cliente, e bem diferente da forma de alimentação conhecida. Dependendo da sua situação, a nutrição parenteral poderá ter duração curta, média, longa, ou até mesmo definitiva. Assim, o cliente poderá passar todo esse período sem a alimentação natural, por ser a nutrição parenteral a única fonte de nutrição. Conseqüentemente, ele ficará sem o ato de mastigar, de deglutir e sem a sensação de alimento no estômago, além da falta do prazer da

alimentação, desde a escolha dos alimentos, degustação e reunião com as demais pessoas. No entanto, poderá também, existir outra fonte nutricional além da nutrição parenteral, que mesmo sendo sob forma natural, não deverá estar satisfazendo totalmente essas situações descritas.

E por último, salientamos a modificação da mobilização e locomoção do cliente pela presença do sistema de infusão, acima descritos, fazendo-se necessários maiores cuidados e orientações ao cliente e família, com vistas a manutenção do sistema.

Podemos acrescentar também, a necessidade de cuidados especiais por ocasião da higienização, evidenciando que o cliente em situação de nutrição parenteral necessita de atenção especial no atendimento das necessidades básicas. Pois além das limitações sofridas pela doença e hospitalização, o cliente passa a vivenciar nova situação que vem intensificar as dificuldades de satisfação dessas necessidades.

Assim, através da nossa experiência com clientes hospitalizados em nutrição parenteral, por quase cinco anos, convivendo com essas pessoas e participando nos tratamentos, que nasceu a necessidade de saber como estariam elas se sentindo na situação de doente hospitalizado sob esse expediente terapêutico parenteral.

Imaginávamos como estaria sendo o processo de adaptação dessas pessoas no mundo hospitalar; qual seria o entendimento delas em relação a tantas coisas desconhecidas, e dentre estas, a nutrição parenteral. Ficávamos pensando como seria a vida dessas pessoas....o mundo deles, a família, os costumes, o trabalho, enfim, a vida cotidiana.

Assim, observávamos comportamentos e atitudes quando dos cuidados que estavam sendo prestados no atendimento às necessidades de higienização, locomoção, alimentação, eliminação, na tentativa de minimizar os sofrimentos.

Observávamos o relacionamento com o acompanhante, com a família por ocasião da visita, na tentativa de proporcionar o conforto emocional.

Pretendemos compreender o significado da nutrição parenteral para o cliente hospitalizado, não somente pelos fatos empiricamente observados durante a assistência, como também pela sua participação efetiva e voluntária no tratamento, levando-se em consideração o mundo a que pertence, a situação e contexto hospitalar que está vivendo. Compreendemos que, para buscar o significado, precisaremos ir além dessa realidade observada. Segundo BLUMER (1994), o mundo empírico existe na forma como o ser humano o concebe, mas, a realidade pode ser procurada nas imagens ou concepções, independentes de um mundo empírico.

3.4. Emergindo a Questão Norteadora

HAGUETTE (1992) argumenta sobre a necessidade de o investigador ultrapassar os limites artificiais entre sujeito e objeto do conhecimento em nome da objetividade e da neutralidade científica. Baseado neste pressuposto buscamos aproximar-nos cada vez mais dos clientes e conversar naturalmente sobre as necessidades do hospital, sobre o trabalho, família, tratamento e outros assuntos que demonstravam interesse. Observávamos que o cliente começava se expressar mais facilmente e participava mais livremente da conversa.

Por essa razão, nesse processo de interação, observávamos maior intimidade nos diálogos, mais confiança e liberdade deles, para revelar os seus sentimentos. Foi fácil perceber as modificações no comportamento, observando falas e expressões durante cuidados que prestávamos e na convivência diária com eles, o que pode também ser percebido por clientes nas descrições deste vivido a seguir apresentado.

Souza, jovem do interior e sem acompanhante, passou a chorar muito após o terceiro dia de nutrição parenteral. Presenciávamos sempre por ocasião do almoço. Passou a ser mais agressiva na sua fala demonstrando tensão e maior sensibilidade em estar hospitalizada. Ao sair da nutrição parenteral, disse:

..que alívio...

E, após iniciar a alimentação, depois de cirurgia de esofagectomia, disse:

..durmo melhor...

Ela demonstrava estar aliviada de uma situação que parecia ser de grande desconforto, que mesmo diante das orientações feitas sobre a nutrição parenteral, demonstrava espontaneidade no que dizia.

Gomes, 64 anos, sem acompanhante e sem visitas. No sexto dia de nutrição parenteral e com trinta e oito dias sem alimentação por via natural. Indagamos como estava e ele respondeu:

*..tudo bem né...eu tenho
vontade é de comer...
a fome é que tá me matando,
durmo bem,
urino bem, obrar não...*

Ele parecia não estar orientado quanto a ausência do bolo fecal por estar em nutrição parenteral total. Perguntamos o que ele estava achando da nutrição parenteral. Ele respondeu:

*prolongado...os médicos é
que sabe.....eu tava muito
fraco, não podia me operar
na mesma hora...tem que
sofrer um pouco.*

Ele parecia aceitar a nutrição parenteral como sofrimento, punição, sendo muito comum essa forma de interpretação em pessoas de vidas mais simples, que simbolizam o sofrimento como forma de conseguir misericórdia e purificação.

Indagávamos o que ele tinha vontade de fazer. Ele respondeu:

...me operar logo prá ir para casa... sem me operar não me dão de comer jeito nenhum....desde o dia sete que eu não como...

Observamos a necessidade do ato de comer com certa ansiedade, com sequência lógica nas fases no tratamento

Quando o inquirimos sobre o que sabia sobre a nutrição parenteral, ele respondeu:

....não lembro o nome desse tratamento do tubo grande... é mais forte...depois que comecei o tratamento melhorei um pouco, fiquei com coragem....até que tenho vontade de andar, mas com um tubo grande desse...

Observamos o reconhecimento de sentir-se melhor com a nutrição parenteral, no entanto fica evidente a falta de orientações sobre o tratamento.

Santos, jovem sem acompanhante, estava no pós-operatório de cirurgia abdominal. Encontrava-se nutrição parenteral há mais de três semanas. Perguntamos o que estava sendo a nutrição parenteral para ele. Respondeu:

.. não dar fome, mais dar a vontade de comer.. a vontade de poder comer o que tem vontade, na hora que quiser e o que quiser..é você ir ali

na esquina e comer um sanduiche...

Observamos a necessidade da liberdade em comer, a alimentação como forma de socialização.

Em cada diálogo, através das falas e expressões, nós ficávamos mais certas de que, para cada um deles, existia um significado da nutrição parenteral, diante de cada situação que estava sendo vivida.

DEMO apud NETO (1994) observa que o pesquisador, na tarefa de descobrir e criar, necessita, num primeiro momento, questionar, permitindo ultrapassar a simples descoberta, e, através da criatividade, produzir conhecimentos. assim, as nossas interrogações se ampliaram.

O que significa esse tratamento (nutrição parenteral) diante da hospitalização e tratamento da doença ? Como ele está percebendo a nutrição parenteral? Como ele está sentindo a nutrição parenteral?

Buscávamos o significado da nutrição parenteral através de várias perguntas, pois, muitas vezes, as respostas curtas nos davam a sensação de que o diálogo não havia terminado. Então, voltávamos a fazer perguntas similares.

Neste experienciado em buscar de uma questão que norteasse o significado da nutrição parenteral para o cliente, da situação que estava vivendo, individual e coletivamente, que sentimos emergir a questão nuclear do que estava sendo questionado:

“Como você está se sentindo com a nutrição parenteral?

Acreditamos que essa questão envolve o mundo de objetos do cliente, possibilitando, assim, a compreensão do significado na nutrição parenteral a nível hospitalar, através das interpretações desse tratamento.

3.5 Coletando os Dados

Resolvemos estudar adultos hospitalizados e em uso de nutrição parenteral, que estivessem conscientes, orientados e em condições de verbalizar suas necessidades, preocupações, sentimentos e atitudes.

Para a busca da compreensão de seus sentimentos referentes ao uso da nutrição parenteral, empregamos métodos qualitativos de coleta representados nas observações livres, observações participantes e entrevistas semi-estruturadas, que, segundo BOGDAN (1975), fornecem dados descritivos, permitindo ver o mundo como os informantes vêem.

Foram estudados clientes internados em enfermarias e que se encontravam a partir do terceiro dia de nutrição parenteral, por acreditarmos que esse período fosse suficiente para o cliente notificar as modificações orgânicas iniciais e consequentes e relatar seus pensamentos sobre acerca delas. Essa crença foi reinterada após fazer observações de uma cliente internada na unidade de cirurgia de um hospital de ensino, que se encontrava em nutrição parenteral há poucas horas. Conversando com ela, perguntamos como estava se sentindo após iniciar a nutrição parenteral. Ela respondeu:

*...não dá nem prá dizer...
comecei agora a pouco...*

Esta resposta nos despertou no sentido de que a pessoa necessita de um tempo para vivenciar a situação, atribuir significados à experiência e sentir as transformações.

A fim de conseguir maior aproximação com a clientela, tivemos a preocupação de conviver com o cliente e a família, desenvolver atividades assistenciais e preservar a realidade a que nos propunham estudar. Segundo NETO (1994) o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguir aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

Com efeito, foram realizadas observações livres e participantes nesse período de aproximação, sendo a entrevista semi-estruturada utilizada no momento de maior conhecimento entre nós. Antes da entrevista, esclarecíamos os aspectos práticos e éticos para a realização, falando ser do conhecimento da direção do Hospital e pessoas que ali trabalhavam, a fim de deixar o cliente à vontade, livre de constrangimentos e receios, preservando a interação.

HAGUETTE (1992), relata que a observação participante e a entrevista são métodos de coleta de dados não estruturados, métodos qualitativos que buscam a compreensão do fenômeno através do contato íntimo entre pesquisador e informante, em que a interação é valorizada. Para tanto, é que fizemos acompanhamento sistematizado do cliente em nutrição parenteral, com utilização desses métodos de coleta de dados.

MINAYO (1992) cita o roteiro de entrevista visando a apreender o ponto de vista dos atores sociais, devendo funcionar como facilitador na apreensão dos significados. Assim, o instrumento de investigação foi utilizado, permitindo ao cliente um discurso aberto e satisfatório às suas colocações e opiniões, mas com o devido cuidado para direcioná-lo ao roteiro do estudo.

Para a coleta, foi criado um instrumento de investigação (em anexo) contendo dados de identificação e observações do estado físico do cliente. Estes foram coletados no início do estudo de cada cliente, com a utilização do prontuário e aplicação de técnicas para a realização do exame físico.

As observações participantes e entrevistas possibilitaram aplicar informações que não estavam contidas no prontuário. Esta problemática resulta das falhas nos registros e nas abordagens justapostas e não interativas, centradas no modelo biomédico.

Foram efetuadas coleta das descrições e não apenas do cliente e da terapia, como também à situação familiar e a hospitalização. Estes dados constituíram o caminho para se chegar ao norte da questão:

Como você está se sentindo com a nutrição parenteral?

Neste passo, foram investigadas as necessidades do cliente conforme suas falas e levados em consideração os aspectos **sentimentos, atitudes e significados**.

A investigação foi desenvolvida com sete clientes hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital de ensino e um da rede municipal, no período de junho a setembro de 1995. Atendendo aos preceitos éticos e aspectos legais no presente estudo, os cliente foram identificados parcialmente segundo o sobrenome, cuja decisão foi comunicada a eles por ocasião da coleta de dados.

Quanto ao número de clientes estudados, não houve decisão prévia pelo quantitativo de clientes a serem estudados, estes foram mediados pela convergência das falas e exaustividade das observações complementares. MINAYO apud DESLANDES (1994), a esse respeito, informa que a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade da investigação em suas múltiplas dimensões.

Outrossim, vale salientar, que o emprego do suporte nutricional parenteral ainda não é de largo uso em virtude do alto custo, como também, pelas exigências do Código de Defesa do Profissional da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, que determina a necessidade de infra-estrutura na instituição, e o título de habilitação e especialização dos profissionais na área. Podemos assim observar, número restrito de clientes em nutrição parenteral, fato em que nos deparamos na coleta de dados, sendo motivo de reflexão para nós.

No entanto, a amostragem permitiu ver a pluridimensionalidade do estudo em foco, possibilitando atender satisfatoriamente o propósito da investigação.

Cogitando resguardar nossa integração ao grupo, aproximávamos da equipe de saúde apresentando a proposta do estudo e procurando nos familiarizar ao máximo com a rotina assistencial daquela unidade de internação. A esse

respeito, NETO (1994), aconselha que é preciso entendermos que a busca das informações que pretendemos obter está inserida num jogo cooperativo e de efetiva interação.

Assim, iniciamos a nossa busca com cada cliente, através do acompanhamento frequente, das observações livres e participantes. Tendo em vista que, a observação participante possibilita a captação de várias situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, por serem observados diretamente na própria realidade, transmitindo o que há de mais ponderável e evasivo na vida real.(NETO, 1994)

Após maior aproximação e conhecimento entre nós, cliente e família, apresentávamos a intenção do estudo para o cliente e família, solicitando seu envolvimento na realização da entrevista. Com seu consentimento e sua disponibilidade, procurávamos esclarecer a importância da entrevista como maneira de identificar as necessidades para melhorar a assistência no Hospital.

Segundo MINAYO (1992), a entrevista tem que ser incorporada a seu contexto e vir acompanhada, completamente ou como parte da observação participante, sendo captados as relações, as práticas, os gestos e a fala informal sobre o cotidiano.

Pensando assim, solicitávamos a permissão quanto ao uso do gravador durante a entrevista, mostrando a necessidade desse equipamento como meio facilitador para o estudo, visando manter a espontaneidade neste contexto. Todos eles assentiram na pretensão, o que foi bastante eficaz para fidelidade relativa da conversa. Procuramos realizar as entrevistas em horários de maior disponibilidade para o cliente, livre de interrupções de cuidados, do repouso e visita, no intuito de preservar as condições de naturalidade. O horário que melhor se enquadrava nessas condições era no período das doze às quinze horas.

E respeitando o estado geral do cliente, sua condição de hospitalizado, o seu silêncio e suas dificuldades no enfrentamento dessa situação de doente, deparamo-nos com alguns entraves para realização das entrevistas.

Por várias vezes, estávamos acompanhando o cliente em nutrição parenteral, fazendo observações participantes quase diariamente. Eis que, chegada a fase da entrevista, o cliente debilitava-se sendo transferido para unidades especializadas, ou submetendo-se a cirurgia de urgência, ficando o processo metodológico interrompido. Ocorria também, amiúde, o fato deles se mostrarem desinteressados, isolados, sem querer conversar. Isto posto, não insistíamos e aguardávamos uma outra oportunidade, o que atrasava nosso cronograma, acarretando às vezes perda de todo o material. Alguns, chegaram a demonstrar desinteresse quanto à participação no estudo; ficávamos, então, aguardando o acompanhamento de outro cliente. Aquí ficou demonstrada - e mais uma vez - a existência dos chamados “calhaus do pesquisador”, aquelas variáveis indesejáveis que, em várias ocasiões, costumam afastar o estudioso do seu objeto de busca científica, pelos constantes empecilhos à tranquilidade dos diversos passos da investigação. Foi, realmente, a fase mais difícil do presente estudo, mas que nossa determinação e acuidade profissional não permitiram nos arredássemos do nosso intento.

As intercorrências eram anotadas no “diário de campo”, na tentativa de resguardar as informações não incluídas nas entrevistas. Para tanto, seguimos as orientações de TRIVINOS (1987), que enfatiza as anotações de campo, devendo registrar as “reflexões” do investigador, sendo de natureza descritiva e dirigida a comportamentos, ações, atitudes, palavras etc., e envolvendo o significado próprio do sujeito e do ambiente sócio-cultural e econômico a que pertence.

3.6 Analisando os Dados

Ao caminhar para a fase de exploração do material coletado, as falas foram lidas exaustivamente na busca de elementos que expressassem significados latentes e manifestos, assim utilizamos a codificação para organizar o material, que segundo BARDIN (1977), corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto através de recortes, agregação e enumeração em unidades, permitindo uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo, ou seja, foi efetuada uma interpretação pelo pesquisador do vivido pelo cliente.

Durante a organização do material, observamos convergências nas falas, de modo que resolvemos agrupá-las em unidades de registro, optando pela Análise Temática que segundo BARDIN (1977), consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Segundo BLUMER (1994), para a compreensão dos dados, é necessária a compreensão do contexto, e a forma para testar as premissas básicas do interacionismo simbólico é ir ao mundo empírico, pois as premissas são declarações da natureza desse mundo.

Frente a este, concluímos que para a compreensão do significado da nutrição parenteral, era necessário conhecer o contexto e como o cliente estava na situação ora vivida, logo era necessário conhecer o seu mundo. Daí a preocupação em estudar o cotidiano de suas vidas, o convívio familiar, e costumes, resultando na formação das unidades temáticas a seguir.

3.6.1 As Unidades Temáticas

As unidades temáticas referem-se ao contexto sócio-econômico-cultural do cliente e ao enfrentamento da situação de doente. Mediante a extensão de

significados surgidos, utilizamos o sistema de categorização com o agrupamento dos dados em categorias e sub-categorias, a serem mostrados na demonstração a seguir.

- OBSERVANDO E OUVINDO AS PESSOAS -

4.1 CONTEXTO SÓCIO ECONÔMICO E CULTURAL <ul style="list-style-type: none">4.1.1 QUEM SÃO ELES?4.1.2 QUANDO ELES FALAM DE ...<ul style="list-style-type: none">4.1.2.1 TRABALHO, RENDA4.1.2.2 LAR E FAMÍLIA4.1.2.3 LAZER	4.2 ENFRENTANDO A SITUAÇÃO DE DOENTE <ul style="list-style-type: none">4.1.1 COMPREENDENDO A DOENÇA4.2.2 RELEMBRANDO A TRAJETÓRIA DA INTERNAÇÃO4.2.3 PERCEBENDO O CONTEXTO HOSPITALAR<ul style="list-style-type: none">4.2.3.1 O CUIDADO4.2.3.2 O ACOMPANHANTE4.2.3.3 A VISITA4.2.4 PERCEBENDO A NP<ul style="list-style-type: none">4.2.4.1 O DES(CONHECIMENTO)4.2.4.2 ALIMENTAÇÃO4.2.4.3 A CREDIBILIDADE4.2.4.4 NO ESPAÇO-TEMPORAL4.2.4.5 SENTIMENTOS COM A NP4.2.4.6 AÇÃO LIMITADA
--	---

4 OBSERVANDO E OUVINDO AS PESSOAS

.....a fim de compreender as ações das pessoas, é necessário identificar seu mundo dos objetos, o cenário, a textura das coisas que os confrontam.

Herbert Blumer

Esse excerto de Blumer faz-nos evocar as muitas vezes que nos aproximávamos dessas pessoas ao iniciarem a nutrição parenteral. Tínhamos como objetivo fazer esclarecimentos do tratamento, mostrando a importância para a sua recuperação e as diversas fases a serem enfrentadas. A aceitação e colaboração eram fatores imprescindíveis na realização da terapia, mas que para isso, era necessário compreender suas ações apresentados relacionados a nutrição parenteral. WEISSHAUPT (1994), menciona a sociologia touraineana desvendando como os atores, nos seus comportamentos, criam valores com adequação à historicidade, que é o princípio geral de sua teoria da ação.

Esses momentos nos faziam perceber a necessidade de abordar suas vidas, costumes, para que pudéssemos fazer comparações, facilitando, assim, sua compreensão, e quem sabe, despertar para a motivação e credibilidade no que estava sendo feito visando recuperação desses clientes.

Assim, surgiam dúvidas no tratamento, questionamentos e anseios, que estavam ligados ao mundo a que pertenciam, ao contexto socio-econômico e cultural. Na tentativa de reunir dados que proporcionassem a compreensão de suas interpretações do que seja estar em nutrição parenteral, achamos por bem agrupar em categorias os dados que possibilitassem o delineamento do perfil dos clientes que serão apresentados a seguir.

4.1 Identificando a Clientela no Contexto Sócio-Econômico e Cultural

4.1.1 Quem são eles?

Eles são delineados ao longo do estudo, mas podemos adiantar que foram pessoas internadas em hospitais da rede pública por motivos diferentes. O grupo foi composto de duas mulheres e cinco homens, pertencentes à classe social desfavorecida de condições sócio-econômicas do Estado do Ceará, procedentes do interior e litoral do Estado ou de bairros pobres da cidade de Fortaleza, como podemos ler a seguir.

1 Silva

Entrevistada em 22/06/95, procedente de Redenção, 56 anos, doméstica, trabalhava na roça; estado civil solteiro. Foi internada por fistula duodeno-pleural após submeter-se a esofagectomia há 28 dias, por megaesôfago chagásico. Com dreno de tórax esquerdo, tosse produtiva, encontrava-se no 13º dia de nutrição parenteral por veia dissecada no membro superior direito, que permanecia bastante edemaciado. Havia iniciado dieta oral líquida e restrita neste dia.

2 Guedes

Entrevistado em 04/07/95, morando em Fortaleza, 61 anos, camelô e com atividades ligadas à agricultura; casado, foi internado por neoplasia no esôfago há 35 dias e aguardava cirurgia. Com disfagia, sialorréia, tosse produtiva e perda de peso, encontrava-se no 5º dia de nutrição parenteral por veia subclávia direita. Estava com dieta oral zero.

3 Fernandes

Entrevistada em 07/07/95, procedente de Meruoca, 75 anos, aposentada; estado civil: solteiro. Foi internada por diarreia infecciosa há 65 dias e aguardava cirurgia por tumor neuroendócrino. Hipertensa com diarreia intensa, estava no 8º dia de nutrição parenteral, com dieta oral líquida.

4 Oliveira

Entrevistado em 08/07/95, procedente de Caucaia, 26 anos, trabalhava na agricultura. Solteiro, foi internado por obstrução intestinal há 19 dias e estava no pós-operatório da 3ª laparotomia exploradora por abscessos intracavitários. Ileostomizado, estado geral comprometido, encontrava-se no 11º dia de nutrição parenteral por veia subclavia direita. Estava com dieta oral zero.

5 Nogueira

Entrevistado em 22/08/95, procedente de Morada Nova, 63 anos, agricultor. Solteiro, foi internado por abdômen agudo há 58 dias e estava no 12º dia de pós-operatório de antrectomia e gastrojejunotomia. Com tosse produtiva, infecção na ferida cirúrgica, encontrava-se no 5º dia de nutrição parenteral por veia subclávia esquerda. Havia iniciado dieta oral naquele dia.

6 Costa

Entrevistado em 30/08/95, procedente de Caucaia, 21 anos, servente, trabalhava na agricultura. Solteiro, foi internado por semi-oclusão intestinal há

13 dias e estava no 3º dia de laparotomia exploradora por múltiplos abscessos intracavitários. Encontrava-se com sondas nasogástrica e vesical e no 4º dia de nutrição parenteral por veia subclávia direita. Estava com dieta oral zero.

7 Freire

Entrevistado em 09/09/95, procedente de Messejana, 30 anos, vendedor de peixe. Estado civil: solteiro. Foi internado há 16 dias por agressão a bala no tórax e estava em pós-operatório de toracotomia direita. Encontrava-se com dreno de tórax direito e no 8º dia de nutrição parenteral pela veia subclávia direita. Estava com dieta oral zero.

Foi através de diálogos durante as observações participantes e entrevista, sendo utilizado também o prontuário como fonte de informações, que pudemos reunir dados que mostrassem a forma como viviam, uma caracterização do contexto sócio-econômico e culturam que possuíam, visto assim.

A maioria é de analfabetos, outros apenas alfabetizados ou com primeiro grau menor incompleto. Trabalham na roça capinando, na agricultura, como camelô, servente, vendendo peixe, e, muitas vezes, desempregados. A renda de previsão difícil, pelo próprio consumo diário para o sustento da família, varia entre um a dois salários mínimos por mês, sendo este ganho por semana ou até por dia, podendo também ser inferior ou até deixar de existir.

Moram em casa de taipa, barracos ou casas desprovidas de saneamento básico. A maioria é tabagista, consumindo também bebida alcóolica. Dizem ser católicos e acreditar em Deus. Quase todos têm estado civil de solteiro, embora levassem uma vida conjugal há anos, com filhos; somente um deles havia se casado. Para encontrá-los não precisa ir muito longe visitando uma cidade do interior ou bairro mais pobre. Basta olhar ao seu redor na rua, no ônibus, sinal de trânsito, na feira ou até mesmo na casa de um conhecido. Eles são a grande

maioria que fazem a nossa sociedade, economicamente pertencem a linha de pobreza, mais do que carentes na promoção da saúde, na qualidade alimentar, são culturalmente subdesenvolvidos.

E foi nessa experiência vivida por nós, no contato com suas vidas durante a hospitalização, que nos envolvemos mais integralmente, chegando a nos identificar com eles, como seres humanos. Com a certeza de que somos iguais.

A despeito da nossa convivência com clientes hospitalizados e com a assistência hospitalar, supostamente conhecíamos essa clientela, ou seja imaginávamos esse conhecimento. Foi através das dificuldades que tivemos na compreensão dos seus discursos, das suas falas, ouvindo-os por várias vezes, relembando as suas expressões, apurando os sentidos ligados ao padrão de vida deles, que nos certificamos de que, para o conhecimento de cada mundo, é preciso pertencer a esse mundo, conviver na intimidade, compartilhando seus valores e costumes. BERGER (1991) explica que a linguagem é fundamental para a compreensão da vida cotidiana.

Para tanto, é que as falas foram consideradas na íntegra, de maneira exata os entrevistados, sem tirar nem por, visando à preservação da cultura, nível instrucional e das crenças com as quais convive a nossa população.

Para melhor compreendê-los no enfrentamento da situação de agravos de saúde, vale a pena ver o que eles contam sobre suas vidas, seu cotidiano, o convívio familiar, expressando suas atividades naturais do dia - a - dia, revelando aspectos pertencentes à sua individualidade e à personalidade de cada qual.

4.1.2 Quando eles falam de...

4.1.2.1 Trabalho e renda

No decorrer das entrevistas, percebíamos o nível sócio-cultural e educacional e o sistema de trabalho caracterizado como braçal, principalmente

quando colocava as condições econômicas. Podemos notar nas falas de Oliveira e Costa:

*estudei pouco, comecei a trabalhar logo
...quando o meu pai morreu, eu abandonei os estudos e fui trabalhar...não fiz nem o primeiro ano, vida de pobre...*

Eles começaram a trabalhar muito cedo para se sustentar, ainda adolescentes, reconhecendo que as condições econômicas de pobreza impediram que estudassem. É o que geralmente acontece em famílias pobres. Na luta pela sobrevivência, eles vão trabalhar ainda crianças ou adolescentes, abandonando os estudos, e, muitas vezes, caindo até na marginalização.

O trabalho “versatilizado” e, ao mesmo tempo, homogêneo pelas opções do trabalho braçal, é dependente do estado físico, que ora está comprometido, como mostram os depoimentos:

...meu trabalho era vendendo avulso, ambulante..(Guedes)

...trabalhava num sítio, na roça, capinando, essas coisas (Oliveira)

....assim, de servente, em todo canto, no campo, capinando roçado..(Costa)

Podemos, assim, observar, que eles se mostravam incapacitados e ameaçados de não retornar ao trabalho, pois o seu corpo é um instrumento de trabalho. Mesmo a maioria dos entrevistados sendo do sexo masculino, percebíamos a presença da mulher nos trabalhos típicos desenvolvidos no meio rural ou

bairros pobres das grandes cidades, somadas às atividades domésticas, do lar. Assim conta Silva:

...eu tomava conta de casa e do roçado..

Evidencia-se, também, a preservação do papel social do homem na família, pela mulher, como visto na fala de Fernandes:

...eu faço a minha luta de casa, meu marido é quem tira, quem resolve tudo, ele toma conta do dinheiro, eu sou mulher que tanto faz ter dinheiro como não ter.

Somos levados a crer que essa concepção de dominância do papel social do homem na família, conservada principalmente na classe menos favorecida e mais ainda no meio rural, está relacionada com o nível sócio-econômico-cultural a que pertencem.

A renda, cujo quantum mensal é difícil avaliar, era relatada por eles com incerteza, pois havia a dependência de conseguir um meio de ganhar dinheiro. Era consumida no dia a dia com o sustento e manutenção da família. Os depoimentos abaixo mostram o quanto é difícil:

...é até difícil da gente dizer porque a despesa é grande, a gente tira um pouco de saldo, ...dá prá pagar as despesas, tratar, nivelar a terra, a gente gasta muito, eu tenho o total por semana, trinta real, quarenta...(Silva e Costa)

....o meu emprego é o que eu faço, se numa venda eu não fizer nada, eu não ganhei

*nada, se eu tiver prejuízo, tive
prejuízo, se eu tive lucro, tive
lucro..é uns dez real por dia,
cinco real...(Freire)*

O dinheiro para o sustento familiar ficava entre um e dois salários mínimos, que conduz as pessoas à procura de outras opções de fonte de renda para sobrevivência. A opção principal é pelas atividades ligadas à agricultura, como mostram Guedes e Fernandes, que tinham uma fonte de renda principal mas buscavam a complementação na agricultura.

*...eu não trabalho na roça,
sou ambulante, mais tenho
renda da roça, tem arroz,
feijão...(Guedes)*

*...sou aposentada, nós tem
renda fora, nós tem um
terreno, a gente mexe o
terreno, esse ano não
plantaram nada lá, dava
carrada de coisa.(Fernandes)*

Com as dificuldades enfrentadas para o sustento, relatam também o trabalho no próprio meio familiar como forma de ajuda mútua, com sentido de coletividade.

*...tem um cunhado meu que
trabalha num terreno, tem um
sobrinho e dois irmãos, o
terreno não é só meu, é com
os meus irmãos, eu sou o
chefe, aí eu irriguei,
eu planto, um planta um
pedaço, todo mundo tem o
seu canto, cada qual faz
o que quer e não tem quem
proíba..(Nogueira)*

..eu tava capinando no terreno do marido dela, eu trabalho, o meu cunhado trabalha, a minha irmã também trabalha..(Costa)

Percebe-se a valorização do homem rural em possuir a terra e meios facilitadores para a agricultura. Nos depoimentos de Fernandes e Nogueira, observa-se a aquisição da terra como patrimônio.

...nós tem um terreno que tem setecentos e vinte metros de terra, tem cacimbão, cerca de arame..(Fernandes)

... que tem duas léguas de comprimento, eu tenho projeto de irrigação, motor a energia..(Nogueira)

Esse patrimônio, de certa forma, assegura parte das despesas com a manutenção da família e garante um meio de trabalho e renda para aqueles que não têm salário fixo.

4.1.2.2 Lar, família

Como forma elementar da vida cotidiana, “estar em casa” faz parte da inserção do homem no mundo conforme a sua vida individual, (KUJAWSKI - 1991). E esse homem que resolvemos estudar é o homem simples, na sua unidade e no sentido da palavra, é o trabalhador rural ou o operário que habita os bairros pobres das grandes cidades, estando o cotidiano muito ligado aos costumes

tradicionais seguidos no meio rural. Podemos observar nas falas de Guedes, Nogueira e Costa, que com semelhança na rotina do cotidiano, convergimos para um único trecho:

A rotina de casa é bom, eu gosto demais, saio às seis horas, quando eu chegava meio dia, ia tomar banho, almoçar, me deitar, voltar pro trabalho e voltar prá casa a tardinha...a noite agente fica por ali, assiste uma televisão, todo mundo junto, escutar um jornal, a gente por ali prá bater um papo até a hora de dormir, dormia a noite toda, enfadado do trabalho..

Assim, eles descrevem a realidade de suas vidas que, segundo BERGER (1991), são mantidas pelo fato de corporificar-se em rotinas, o que é a essência da institucionalização, sendo reafirmada na interação com os outros e mantida por processos sociais.

Esse homem simples habita mais o seu lar do que o homem pertencente a classes sociais mais elevadas. Conforme KUJAWSKI (1991), o habitar é não sujeitar-se a nada e a ninguém de fora, é dispor totalmente de si e para si.

Porque pertencentes a famílias numerosas, torna-se culturalmente natural a moradia de várias famílias juntas, o que é observado nas seguintes falas:

..eu moro com a minha mãe e três irmãos, tem uma ruma de gente, que mora duas famílias conjugadas numa casa só porque é tudo da família né, é sobrinho e filhos de irmãos...(Nogueira)

*....eu moro com minha irmã,
tem meu cunhado,
meus sobrinhos, tudinho
lá..(Costa)*

Eles mostravam satisfação em morar com a família, orgulhando-se de serem numerosas e sendo frequente a reunião familiar, o compartilhar do dia a dia, a socialização na família. Podemos observar com clareza no depoimento de Guedes, que descreve os sentimentos e a maneira de reunir a família.

*..às vezes a gente tem
saudade dos filhos tudinho e
não tá tudo, às vezes junta um
bocado, genro, neto, uma
bagunça, tem fim de semana
que junta três, quatro,
fora das pessoas da gente,
fora o final de semana, mais
fim de semana vão
passar lá em casa....*

Assim ele falava saudosamente e retratava a socialização familiar, que estava presente na sua lembrança. BERGER (1991) nos lembra de que somente uma parte das experiências fica retida na consciência e que essas experiências são consolidadas na lembrança como entidades reconhecíveis.

4.1.2.3 Lazer

*...o meu passeio é só a casa
de um colega, amigo, tomar
umas biritas na bodega
vizinha, passear na casa de
uma neta que mora
vizinho...(Guedes)*

Demonstrando nitidamente o sentimento de humildade, Guedes descrevia a sua maneira de lazer, embora que inicialmente, quando perguntamos como era o lazer para ele, dizia não possuir. A mesma coisa foi verificada nas respostas de Oliveira e Nogueira, motivo por que convergimos para uma única frase:

*...não tenho passeio não não,
era muito difícil passeio..*

Notamos que lazer para eles significava quase que necessariamente passear. No entanto, pensando em fazer com que eles dissessem como viviam o lazer, indagamos sobre as coisas que gostavam de fazer como forma de descontração. No decorrer do diálogo, eles falavam, espontaneamente e com simplicidade, a maneira como viviam o lazer. Podemos observar nos depoimentos de Guedes e Oliveira a forma como se descontraíam:

*..só ficar dentro de casa
mesmo, não tem prá onde
sair, meu lazer mesmo é só
assistir televisão...
(Oliveira)*

*...o meu divertimento em casa
é música, ler jornal, comer,
tomar café, jogar uma biriba
mais a minha esposa, genro,
filho....(Guedes)*

Em sintonia com os seus modos de vida, convivência com a vizinhança e família, vivendo as coisa mais simples e elementares, parecem não estar conscientes do sentido de vida experimentado por eles. No seu entendimento, o lazer era passeios fora do alcance, das condições econômicas em que se colocavam.

Acreditamos que ‘ir a praia’ é relatado por eles como uma representação de passeios, pelo fato de que lhes era possível dentro das suas condições alcançável às suas condições econômicas, ensejando o exercício da socialização no seu meio. Podemos observar nos seguintes depoimentos:

*Nunca fui muito de praia,
tomar banho de
praia...(Guedes)*

*Gosto de ir a praia, de passar
o dia brincando, tomando
banho, eu e mais meus
sobrinhos ...(Costa)*

E assim eles assumem identidades pessoais, pontos de referência conforme seus valores e costumes, Nogueira relata a forma como vive o final de semana.

*..... no final de semana é
fazer feira, domingo era
quase o mesmo movimento
de trabalho, porque quem
luta com bicho não tem
domingo, nem dia santo..*

Como nos é dado verificar, essa forma de viver o domingo é bem característica das pessoas que residem nas cidades de interior e do litoral, distritos da Cidade Grande. Passam o final de semana, também, trabalhando, como forma de socialização, sendo a feira uma ocasião de encontros, de lazer.

É fácil, ainda, observar as vidas deles pertencentes a um cotidiano, que corresponde ao conceito do que eles são, quem são, e para onde vão, enfim, o sentido de viver.

Parece que só percebemos isso quando somos interrompidos, quando paramos e pensamos no valor das coisas que fazem o nosso mundo, isto é, o que realmente somos e podemos fazer.

Assim, ficamos a refletir como essas pessoas estão enfrentando essa situação de doente, eles que tiveram as suas vidas limitadas e passaram a ter outra conotação de vida.

Quando uma pessoa entra num hospital para se internar, traz não só a doença, como também todos os problemas dela decorrentes. Quem adentra um hospital, conduz, também, crenças, visão particular a respeito do seu estado, a relação da moléstia com suas fantasias.(REZENDE,1989).

De posse desse entendimento, adquirido no curso da vida e na literatura, procuramos percorrer todas as trajetórias dos nossos sujeitos, envolvendo, desde o surgimento do mal, de como este é internalizado pelos clientes, até o processo de hospitalização e o conseqüente contexto em que vivem.

4.2. Enfrentando a situação de doente

Nós devemos reconhecer que as atividades dos seres humanos consistem no enfrentamento de uma sequência de situações nas quais eles devem agir, e que suas ações são construídas à base do que eles notam, de como eles avaliam e interpretam o que eles notam, e do tipo de linhas de ação projetadas que eles mapeiam.

Herbert Blumer.

4.2.1. Compreendendo a doença

Durante as entrevistas, nossas atenções eram dirigidas para os relatos sobre a doença procurando ensejar-lhes oportunidades para que revelassem como estavam compreendendo a doença, como havia sido causada, e que os levou a essa situação.

Então, cada um, com doença de procedência diferente, mostrava-se certo do que pensava ser sua moléstia, mesmo com a desvantagem do baixo nível instrucional que possuía.

Silva, portadora de megaesôfago chagásico, relatava a origem deste mal da seguinte forma:

O que eu sei que o doutor disse que não era uma doença sem cura, eu tava pensando que era o câncer, é o esôfago de chagas, aquele bicho que ferrôa a gente..

Embora tivesse insuficiente nível de instrução, ela sabia diferenciar uma doença maligna, incurável, de uma doença curável, causada por fator externo identificável, como é o caso da doença de Chagas. Na sua compreensão, sabia que era contraída pelo barbeiro¹, através da picada. Pensava estar com “o câncer” a julgar pela trajetória enfrentada durante a evolução do tratamento. Submeteu-se a cirurgia e a complicações que surgiam no pós-operatório. Vários procedimentos foram levados a efeitos, entre estes a nutrição parenteral.

¹ Inseto hemíptero da família dos reduviídeos, subfamília dos triatomíneos. Maior de três dizem de espécies transmissoras da Doença de Chagas (bócio) são conhecidos no Brasil. No hinterland cearense é conhecido, entre outras denominações, pelo nome de “chupão”.

Entretanto, o médico havia dito que não era uma doença sem cura, o que significava credibilidade no médico e na cura.

Guedes era portador de neoplasia de esôfago, com invasão para os brônquios. Reconhecia ter uma doença de base, mas não os sintomas apresentados em consequência da doença.

Eu já vinha tossindo lá em casa, eu tossi tanto que botava sangue prá fora da boca, a tosse empata deu beber água, deu comer, de tudo...

Ele parecia atribuir à tosse a causa e não uma consequência da moléstia. Falava da tosse, sangramento oral e das limitações em comer e tomar água como causas da doença.

Blumer (1994) define objeto como algo indicado ou referido, cuja natureza consiste no significado que tem para a pessoa. A compreensão da doença para Guedes, era a tosse, o sangramento oral e não poder comer e beber.

Para ele, era o que estava significando estar doente, era o que se fazia presente como doença, como objeto.

E Fernandes compreendia a doença da maneira como as pessoas definiam para ela. Conhecia o fato de ser portadora de uma hérnia, que, na sua compreensão, descrevia assim:

...é um negóciozinho que tem muito apertadinho assim, e eu tenho também aquele bicho, a hermes..

Ela compreendia a doença, segundo as informações que lhe foram concedidas, reconhecendo a dimensão pequena da massa tumoral, concretizando através do processo de interação com as pessoas que estavam lhe orientando, e, posteriormente, consigo, fazendo sua interpretação. Mostra o significado da doença surgindo de uma interação social com as pessoas.

Exteriorizando a compreensão da doença, Oliveira relata a sua doença da seguinte forma:

*Esse caroço na minha
barriga....*

Ele já havia sido operado por obstrução intestinal. Foi internado novamente, em caráter de urgência para submeter-se a uma enterectomia. E, mesmo após a cirurgia, ainda acreditava na presença de um “caroço”, tomando por base a definição da doença que os outros haviam feito para ele. Neste momento, ele se encontrava com abscessos intracavitários, após ter se submetido a laparotomia exploradora.

Oliveira parecia aliar o entendimento de que tinha um “caroço” a fatores que, segundo ele, complicaram sua recuperação em casa, após a alta hospitalar, na primeira internação.

*...estou aqui mais por causa
de bebida.....foi uma comida
que me fez mal, comí banana
verde e foi fogo, quando foi a
noite, foi vômito direto...*

Estava consciente de que o seu comportamento e suas atitudes após a cirurgia, através da ingestão de bebidas alcoólicas e alimentos indevidos, foram fatores do seu retorno ao hospital.

Oliveira, baseando-se nas definições que as pessoas constroem para ele de que esse seu comportamento tido foi prejudicial, atribuiu significado a esses fatores reprovativos, interpretando-os como causas da doença e da internação.

Ele reprovou-se e, agora, pensa selecionar o que é bom para se recuperar e atingir perfeita e contínua higidez.

4.2.2 Relembrando a Trajetória da Internação

Os participantes do estudo relembavam com detalhes a trajetória dos doentes, com os motivos que os levaram à internação. Caracterizaram, com clareza, o percurso das pessoas que procuram atendimento em hospitais da rede pública, que fazem (ou deveriam fazer) funcionar o sistema de saúde. Vejamos que leitura nos é lícito fazer do depoimento de Nogueira.

...eu tive uma crise, a dor era na barriga, fiz um bocado de exame, vim prá cá (hospital que estava internado), cheguei na emergência umas oito horas da noite, aí vamos sofrer, passei a noite em cima de uma cama dura, lá sofrendo, não fui internado, fui para o — Antonio Bezerra (é um outro hospital), aí foi o fim, piorei, quase morria, aí me trouxeram prá aqui e me operei...

A grande demanda pelos hospitais públicos e a falta de resolutividade institucional constituem motivos sobejos para dificultar o tratamento emergencial. Rotineiramente, as pessoas permanecem horas, dias e até noites aguardando uma vaga para internação, ou até mesmo para submissão a cirurgia, quando não se trata de um caso de extrema urgência. Então, uma das formas de contornar essa superlotação nos serviços é a tentativa de transferência dos casos

que possam ser resolvidos em hospitais de menor porte, que são menos procurados. Algumas vezes, esses clientes, quando transferidos, ainda retornam ao hospital de origem, pela falta de resolutividade do seu caso, voltando à longa espera para que o seu problema seja solucionado.

Conforme o acima exposto, é importante refletirmos um pouco sobre as disposições gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), que reza no Art. 2 e inciso 1, o seguinte: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, observamos que a funcionalidade do SUS está muito a desejar, tendo em vista o não cumprimento das condições estipuladas pela lei.

Freire, vítima de agressão com arma de fogo, foi levado para o atendimento emergencial de um hospital público de menor porte, que, sem resolutividade para o seu caso, mandou transferi-lo para um hospital de referência.

*...foi um tiro por questão de
futebol, me levaram pro
Gonzaguinha (Hospital),
depois vim prá cá..*

Como podemos ver, o fato de as pessoas não obterem resolutividade no atendimento nestes hospitais menores faz com que procurem emergências que realmente fazem o atendimento, ocasionando grande demanda na atenção dos serviços de referência. Às vezes, são atendidos, mas não recebem a assistência devida, fazendo com que tornem a procurar os hospitais de referência.

Assim aconteceu com Costa que, após a cirurgia, teve complicações que não foram resolvidas no hospital onde foi operado, o que fez buscar outro serviço. Vejamos uma parte da via crucis:

...fui para o Frotinha, fizeram a operação, fui prá casa e comecei a sentir dor na barriga, do Frotinha me mandaram prá cá..

As ações de saúde, que visam não só a aumentar a sobrevida, como também propiciar o mais alto grau de saúde (REZENDE, 1989), não estão atingindo um resultado nos aspectos quantitativo e qualitativo esperáveis. Esta verdade encontra arrimo no depoimento de Freire.

...cheguei na emergência uma quinta-feira de noite, saí na sexta-feira, colocaram o dreno e depois botaram eu lá na mesa de novo, passei a noite todinha...

Parece que o enfrentamento dessa situação de sofrimento no atendimento emergencial - a espera em local inadequado e desconfortável - estava mais marcado na sua mente do que a própria violência sofrida com a agressão a arma de fogo. Ele falava com tanta naturalidade sobre a agressão, que o fato nos conduz ao entendimento de que a violência é muito presente no meio em que vivem, considerada como um processo natural e aceitável, o que pode ser observado no depoimento, que antecede a última fala mostrada a forma como descreve a agressão sofrida, o motivo da agressão.

A frequência crescente da violência, vista diariamente nos atendimentos hospitalares, e a forma como acontecem mostram nos dias de hoje, uma profunda desagregação humana, desrespeito à vida, falta de amor e compreensão.

Salientamos que esta problemática não tem ocorrido somente no meio das pessoas pertencentes a classes sócio-culturais desfavorecidas, mas também entre os mais abastados.

Verifiquemos ocorrer a violência em Costa, vejamos a forma como aconteceu; estava se divertindo, quando foi agredido:

eu tava bebendo, passou um cara e me furou..

Com muita naturalidade, relatou a agressão. Notemos a maneira como acontece a violência intensa e tão frequente em pessoas de baixo nível social. BOLTANSKI apud DODIER (1993), em um dos estudos sobre a concepção da ação comum, aporta uma análise dos momentos de “violência”, estando a disputa pela justiça não regulamentada, verificando-se o domínio da violência por forças estranhas e desconhecidas.

Após a trajetória para a internação, eles passam a enfrentar nova fase - a hospitalização - que, para Guedes, transcorreu assim:

*....quando eu cheguei aqui,
eu passei oito dias,
tinha um exame prá fazer..
já fazia quinze dias
que eu tava aqui, queriam me
dar alta, prá depois
eu voltar, aí arrochou mais a
tosse e ele foi tratar só
disso...*

Ele estava ciente das dificuldades que o Hospital estava enfrentando em realizar esses exames, e da permanência no hospital, aguardando a realização desses exames, necessários para que o seu problema fosse resolvido. O enfrentamento dessa situação, surgindo a possibilidade de ele retornar para casa sem que nada tivesse sido resolvido, fazia com que ele atribuísse significado à tosse, como sendo o motivo da doença.

Nos hospitais públicos, em razão das dificuldades na realização desses exames, a permanência do cliente tem sido aumentada, intensificando mais ainda

o sofrimento durante a hospitalização. Algumas vezes, o seu estado fica complicado, diminuindo as chances de reabilitação.

Percebendo as dificuldades na hospitalização, o cliente faz as suas interpretações, mostrando como está compreendendo a sua situação.

Ele compreendia a doença não totalmente curada e, diante do recebimento da alta, como uma problemática a ser enfrentada na continuidade do tratamento, especialmente para a família, mostrando dificuldades relacionadas com a distancia da moradia, falta de transporte e de condições de adquirir materiais necessários para continuar, em casa, o processo da cura. A isto se pode adicionar a falta de uma alimentação adequada à reabilitação.

Esta situação está retratada no depoimento de Fernandes que se refere à a forma como evoluiu seu estado, após a alta hospitalar, e como se sentia enfrentando esta situação:

...fui embora para o meu interior, eu emagreci, começou o fastí e uma febre que só faltava me acabar, passei três meses fazendo exame, fiquei bolando, aí vim prá cá...

Fernandes havia sido operada de colecistectomia em um outro hospital. Tinha recebido alta hospitalar, ainda com um dreno, e teve complicações na recuperação após a cirurgia, apresentando infecção cirúrgica. A família havia tomado a providência de deixá-la na casa de um parente que parecia ter mais condições na assistência, segundo o depoimento de sua acompanhante:

...depois da operação ela saiu para a casa de uma sobrinha porque podia haver algum problema, e foi lá que o dreno saiu, o médico disse que o que tinha dentro

*dela era muita coisa, e
passou muito tempo saindo
pús...*

Pelo que se pôde intuir, que a família de Fernandes mostrava-se insegura em cuidar da cliente, recorrendo a uma pessoa de parentesco próximo que, provavelmente, lhe podia dispensar melhor assistência.

Acreditamos que as dificuldades econômicas da família em assistir o cliente após alta é muito presente, porém, a falta de orientações à família e ao cliente, quanto aos cuidados no domicílio, causa grande insegurança, fazendo o problema ainda maior.

Percebemos que a família de Fernandes estava ciente da infecção após a intervenção cirúrgica, mas não se mostrava interessada nas causas que levaram à infecção. A cliente recebeu alta ainda com um dreno, que deveria ser observado e cuidado assepticamente, até que o organismo estivesse no processo de cicatrização.

4.2.3 Percebendo o Contexto Hospitalar

Quando indagávamos como estava sendo a assistência recebida no hospital, diziam que estava boa, demonstrando estar satisfeitos. Observamos o mesmo sentido nos depoimentos de Silva, Guedes, Fernandes e Nogueira, e convergimos para a única frase:

*...a assistência tá boa graças
a Deus, acho bom aqui, tudo
ótimo... (Silva, Guedes,
Fernandes e Nogueira)*

Com simplicidade, eles também expressavam admiração pela equipe de saúde, reconhecendo que estavam bem assistidos.

*....é um povo legal, povo
amigo, todo mundo
trabalha bem, faz tudo
quanto é preciso, eu sou bem
atendido..(Guedes, Nogueira
e Costa)*

No reconhecimento de que estavam sendo bem assistidos, pude perceber também sentimentos de gratidão e conformação relativamente à assistência recebida, conforme nos é oferecido obter fala de Guedes.

*....eu achava que não
merecia tanta coisa, não
poderia ser mais que isso
não...*

Embora ele demonstrasse gratidão, percebia também as dificuldades na assistência, aceitando e compreendendo.

A humildade dele, naturalmente apresentada, mostrava a formação educacional e cultural, percebida normalmente nas pessoas economicamente pobres. Isto nos chamou a atenção, pois sempre assistimos pessoas desse nível, cuja maioria desconhece o direito da assistência à saúde, e, mais ainda, da qualidade assistencial.

DEMO (1988) aborda os direitos do homem de maneira incondicional, independente das circunstâncias econômicas e políticas, que passam a ser concessão, como doação de favores.

Mesmo diante das dificuldades na assistência, demonstram satisfação e reconhecimento de que estão sendo bem tratados. Os sacrifícios nas suas vidas leva-os a analisar e avaliar a assistência, como ultrapassando as condições de vida que possuem.

Vale ressaltar o funcionamento do sistema de saúde. A grande procura na assistência curativa e a falência de vários serviços sobrecarregam os que estão em atendimento. Estes serviços passam a fazer atendimento apenas em caráter emergencial; uma vez ultrapassada sua capacidade, oferecem a partir de então uma assistência desqualificada.

A identificação das necessidades de saúde da população deve ser o ponto de partida, posto que é a partir do diagnóstico, que se pode planejar o atendimento de saúde. (REZENDE, 1989)

Consequente, se as atenções a saúde fossem voltadas, em primeira instância, para a atenção primária em saúde e melhor desenvolvimento sócio-econômico das comunidades carentes, os benefícios teriam resultados pela integração das ações nos níveis de atenção à saúde, proporcionando equilíbrio no sistema.

As pessoas desconhecem a funcionalidade do sistema de saúde. Vivenciando essas situações de dificuldades, com aceitação, identificam-se como pessoas que vivem na condição de massa, de dominação e de instrumento a serviços de outros. (DEMO, 1988).

Embora estivessem gratos, e até conformados, com a assistência que estavam recebendo no hospital, eles revelavam, intintivamente, sentimentos, comportamentos e atitudes diante das dificuldades que percebiam.

Assim, mostra Silva no seu depoimento: durante a hospitalização, estando em nutrição parenteral, apresentava flebite no membro em que estava sendo infundida a solução nutritiva. A retirada do cateter venoso estava sendo estudada, mas ainda não havia uma tomada de decisão médica. Ela já havia se submetido a vários procedimentos venosos durante a nutrição parenteral. Na presença da sua acompanhante, demonstrava estar revoltada, como se verifica no seguinte depoimento:

..o doutor disse que era prá ter sido retirado ontem, (cateter venoso), se eu soubesse eu não continuava, não deixava isso aí não...a primeira vez que fizeram, fizeram aqui (mostrava o braço esquerdo), aí cortaram, trocaram, aí tiraram daqui e botaram aqui (mostrava o braço direito onde estava sendo infundida a NP), aí com poucos dias começou a vazar, aí eu não sei mais aonde vão botar, imaginem a dor....(Silva)

A acompanhante que se encontrava presente durante a entrevista acrescentou o que percebia através da fala:

...eles parece que tão com medo de tirar, tão? (referindo-se ao cateter venoso)...eu sou não trocar isso aí porque outro sofrimento no outro braço, sabe lá se vai ter que tirar logo né....

A atitude de Silva e da sua acompanhante em razão do que estava acontecendo fazia com que elas tivessem uma posição para a tomada de uma decisão, mostrando que estavam cientes do problema, sendo possível que elas fizessem suas opções diante do que consideravam ser melhor.

Silva, insegura e desesperada, descrevia as várias tentativas na manutenção do acesso venoso. Mostrava a opção em não querer mais continuar com o cateter venoso. Sua ação em não mais aceitar o acesso venoso surgiu do processo de auto-interação, através das indicações, que todos estavam fazendo para ela, de que o cateter venoso deveria ser retirado. Baseando-se no significado do que essas pessoas estavam dizendo, Silva demonstrava a própria linha de ação, à luz da sua interpretação.

Da mesma forma, acontecia com a sua acompanhante que, diante da situação percebida, fazia a auto-interação optando por não trocar o cateter, evitando, assim, um sofrimento para Silva, que tomava como significado para

sua linha de ação as tentativas das pessoas em manter o acesso venoso, percebido por ela como fracassos ocorridos.

Nogueira também percebia as falhas no seu tratamento, pois ciente de um erro na administração da nutrição por sonda nasogástrica, revelou atitude de tomada de decisão no procedimento, consoante expresso no depoimento:

...eu piorei porque trocaram o alimento, eu tava tomando soro por esse lado, ela vai e coloca o alimento no lugar do soro, me deu assim um choque, quase me mata, se não tira ligeiro, que mandei desligar, vão me matar mesmo?...ai me botaram na UTI...

Ele estava ciente do erro ocorrido na administração da nutrição nasogástrica, ocasionando o início de um choque anafilático, levando-o à Unidade de Terapia Intensiva. Diante da situação percebida e sentida, fazia com que tomasse a atitude em mandar desligar a administração do alimento que estava sendo infundido erradamente, ocasionando risco na sua vida e fazendo com que ele interpretasse que lhe estavam querendo matar. O processo de auto-interação estava sendo baseado no que estava percebendo e nas ações das pessoas nesta situação emergencial. Portanto, baseado no significado de como as pessoas estavam definindo aquela situação como grave, ele mostrava a sua linha de ação, pela via desse comportamento.

Assim, Silva e Nogueira percebiam as deficiências surgidas na assistência durante a hospitalização, fazendo com que tivessem suas interpretações e atitudes semelhantes.

Fernandes, Oliveira e Freire relatavam desconhecimento relacionado à cirurgia que estavam aguardando. Não sabiam quando iam se operar nem conheciam o cirurgião. Isso parecia causar apreensão, pois tinham a consciência de que a cirurgia era a solução para seus problemas, e após a recuperação, poderiam retomar as suas vidas. Através das suas falas em situações semelhantes e com o mesmo sentido, concorremos para um único trecho:

...ele ainda não disse nada. (Oliveira)

..a gente não sabe nada da operação, não tem uma pessoa que falasse como vai ficar essa minha operação ...muda(referia-se ao médico) e a gente não sabe nem quem é, um dia é um, no outro dia é outro..(Fernandes e Freire)

O relato de Oliveira, referindo-se ao médico quanto às informações sobre a cirurgia que estava aguardando, está pleno de expressividade. Estava esperando realizar uma laparotomia exploradora, encontrando-se em investigação diagnóstica. Não havia ainda condições de resolução para a realização da cirurgia, mas ele não estava sendo participado do que estava sendo feito no seu tratamento e esse fato tanto o magoava quanto lhe fazia desconfiar.

Fernandes e Freire percebiam, também, que não estavam sendo participados do que estava sendo decidido no tratamento. Relatavam que

desconheciam o médico que estava acompanhando o tratamento. Chegavam a duvidar se estavam sendo assistidos.

De posse desses depoimentos, podemos, ainda notar como Fernandes estava sentindo essa situação, esposada a seguir:

...eu não conhecia nada, meu destino era chorar, aí quando ele (o médico) chegou, ajeitou tudinho, me conformou e eu fiquei conformada, ele chegou aqui pelo menos prá a gente conhecer o doutor...

Assim, Fernandes sentia a ausência da participação do médico no seu tratamento; não que ela não tivesse sendo assistida, mas porque não estava sendo participada, orientada e não conhecia o cirurgião ou equipe que lhe prestava assistência.

A atitude de Fernandes foi demonstrada, inicialmente, através do choro, ficando depois conformada, após entender o que estava acontecendo. Ela estava fazendo as indicações para si, através do seu **self**, de que não estava sendo assistida, sentindo-se abandonada. Internalizando os motivos que a conduziam a pensar assim, ela chorava, identificando a assistência como deficiente, baseando-se nas ações que a equipe estava desenvolvendo com ela. E, após as orientações recebidas pelo médico, sendo participada do que estava

acontecendo, ela ficou conformada, baseando-se no significado do que o médico tinha dito para ela.

Apesar dos sentimentos, comportamentos e atitudes que apresentavam diante das falhas percebidas na assistência hospitalar, eles reconheciam o atendimento contínuo da enfermagem às suas solicitações, estando sempre presente durante o processo de assistência.

4.2.3.1 O Cuidado

No entendimento de WALDOW (1995), o cuidar é uma expressão de humanidade, necessário ao desenvolvimento e realização do ser humano, não devendo ser considerado como privilégio ou característica da enfermagem.

No entanto, a enfermagem tem maior aproximação com o cliente, estando disponível continuamente, assistindo diretamente as necessidades do cliente e família, compartilhando com todos os momentos. Tornando-se evidente, atribuir o cuidado como a assistência de enfermagem que os clientes estavam percebendo.

Os clientes percebiam que a equipe de enfermagem estava sempre disponível no atendimento às solicitações frequentes que faziam. Podemos, assim, observar, como Fernandes e Freire expressavam sentimentos de reconhecimento e gratidão à equipe de enfermagem:

*...graças a Deus o pessoal
daquí tudo me atende, eu
chamo um e outro, aí a
enfermeira me atende, eu
posso dizer que umas pessoas
dessas são ruím?*

O cliente em nutrição parenteral permanece mais no leito, em decorrência da presença contínua do sistema de infusão e bomba infusora, que propicia maiores dificuldades em deambular, mobilizar e, até mesmo, em auto cuidar-se, tornando-se mais dependentes da assistência de enfermagem.

No entanto, a enfermagem enfrenta dificuldades na assistência, podendo-se destacar dentre estas, a carência de pessoal de enfermagem relacionado com o número de clientes, principalmente quanto a complexidade do grau de dependência dos clientes a esses profissionais. É o que nos é oportuno notar na fala de Guedes, ao perceber esta deficiência.

...Às vezes funcionário pouco, assistência pouca naquele momento, e a gente grita (por uma pessoa) e não vem, não é muita gente prá olhar prá gente né, aí você tem que ter paciência, isso é normal....

Tivemos o ensejo de verificar que ele percebia a deficiência de pessoal de enfermagem, que desconhecia a formação da equipe e o atendimento, conforme o surgimento das situações que mereciam prioridade.

Creemos que, quando o cliente é orientado para a forma como as ações de enfermagem estão sendo desenvolvidas, ele se integra e participa no processo, demonstrando compreensão e mais tolerância, mesmo diante das necessidades e limitações que tem. Segundo PARSE (1993), a enfermagem tem a responsabilidade de agir na orientação do cliente e família, participando na co-criação da saúde.

Geralmente, a assistência de enfermagem nas enfermarias é mais deficiente, máxime pela carência de pessoal. Quando relacionamos o número de clientes internados ao pessoal de enfermagem, esta relação fica, em média, de uma auxiliar de enfermagem para cada dez clientes, de um enfermeiro assistencial

para o número de clientes que a unidade hospedar. Muitas vezes, o enfermeiro assiste mais de uma unidade, possibilitando-lhe apenas a supervisão dos cuidados e assistência direta, em situações mais graves e especiais.

Vale ressaltar, a normatização que garante o exercício do enfermeiro no Suporte Nutricional Parenteral (Resolução COFEN-162), sendo de sua competência o controle e administração da nutrição parenteral. E ainda, a Norma Técnica Especial do Paraná que exige exclusividade de enfermeiro constituindo o grupo de Suporte Nutricional Parenteral.

No entanto, os clientes enfrentam problemas em relação ao atendimento às necessidades afetadas, principalmente quando se encontram em NP. Silva mostra claramente as dificuldades que as vezes enfrentava, quando necessitava de uma aparadeira:

....às vezes a gente pede aquela pessoa prá ajudar e não tem uma enfermeira...a pessoa nem.....parece que não tem vontade de vir, eu chamo elas prá pedir uma coisa, quando eu tenho vontade de fazer um trabalho (defecar, urinar), eu grito é muito e elas dá uma massada prá vir, e quando vem que eu não posso botar (aparadeira), eu levanto (região sacra), elas botam e vão, aí eu fico gritando prá virem tirar....

Era assim que ela percebia, interpretando o atendimento de enfermagem em algumas ocasiões quando não era atendida devidamente. Estava acamada, com dreno de tórax, hidratação venosa no braço esquerdo e nutrição parenteral

com bomba infusora no braço direito, e ainda se registravam episódios diarreicos, necessitando, frequentemente, da aparadeira.

Em virtude de sua limitação no leito e impossibilidade física, ela era uma cliente muito dependente da assistência de enfermagem, necessitando continuamente de uma pessoa que lhe atendesse e lhe ajudasse na mobilização. E, como vimos, isto se torna muito difícil pelas condições existentes na enfermaria, conforme descrito.

Com efeito, as dificuldades no atendimento das necessidades emergiam para eles através do processo de interação social que privavam com a equipe de enfermagem. Baseando-se nas definições apresentadas pela equipe de enfermagem em atender as necessidades, eles definiam para si o significado do atendimento das necessidades. Apresentavam as interpretações e construíam as ações.

Vale salientar que as interpretações do cliente surgem do processo de interação social existente entre o cliente e a equipe de enfermagem. Mesmo frente às dificuldades que a enfermagem enfrenta no cuidado do cliente, podemos atender o nível de satisfação deles, através da interação humana, com orientações e explicações sobre os cuidados, com participação dele no processo, a fim de que possa compreender e colaborar com a assistência.

Verifiquemos como Fernandes, Nogueira e Freire se sentiam quando tomavam banho no leito e como interpretavam este cuidado:

*...enjoei de não tomar banho
na cabeça, aí eu pedi ao
doutor que eu queria tomar
banho (no banheiro)..
(Fernandes e Nogueira)*

*...é muito ruim tomar banho
deitado porque é frio
demais... (Nogueira)*

*..eu não banho, faço só me
assiar, é daqui prá baixo,
sabe....(Freire)*

Eles estavam com o estado geral um pouco comprometido, não tinham condições de deambular sozinhos. E, para levá-los ao banheiro, era necessária a disponibilidade de mais de uma pessoa, até mesmo para colocá-los numa cadeira de rodas e transportar a bomba infusora até o banheiro. Esses cuidados ficam mais difíceis de realizar em enfermarias porque, nem todos os dias, temos a disponibilidade de pessoal, principalmente quando acontece alguma intercorrência maior.

No entanto, quando havia condições de levá-los ao banheiro, isto era feito; depois eles relatavam o fato e o reconheciam como cuidado de realização difícil, em razão das dificuldades na assistência de enfermagem, o que eles também percebiam.

Na forma como Fernandes, por exemplo, expressa esse cuidado de enfermagem, parece haver, além do mero relato, o reconhecimento:

*...a enfermeira me leva com
todo trabalho, ela me levou
com isso aí (bomba infusora)
para o banheiro, no outro
dia, não me levaram não..*

Ela demonstrava o reconhecimento da dificuldade em levá-la ao banheiro para o banho, sabendo que isto não acontecia todos os dias. Portanto, a higiene estava sendo realizada mais no leito.

Como sabemos, o banho no leito parece não satisfazer o cliente quando ele tem disposição para tomar banho de chuveiro ou mesmo de aspersão. Conquanto o banho no leito proporciona higiene corporal e conforto, surgem as comparações com a higiene feita no banheiro. Observamos este fato,

principalmente em clientes que estão se sentindo com disposição, livres de mal - estar.

O cliente em NP, quando entra em estado de anabolismo, ganhando energia e calorias, sente-se mais recuperado, com disposição, necessitado de retomar as atividades que desenvolvia sozinho, o autocuidado.

E, assim, eles sentiam a necessidade de deambular, e do autocuidado, que segundo OREM (1993), é a prática de atividades executadas pelos indivíduos em próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Todavia, eles notavam a limitação no leito e sentiam-se impossibilitados. Temos a oportunidade de comprovar estes sentimentos nos depoimentos de Nogueira e Costa, que, sentindo disposição para andar, relatavam essa necessidade da seguinte forma:

...eu não ando só, fico só deitado numa cama dessa, agente não pode se levantar, andar... mais o médico falou que era prá eu andar, sentar e passar um pedaço.... ele hoje veio, me sentou, mais não andou porque o tempo dele não deu, e ele tá pedindo prá agente andar criatura, e é mesmo, tenho que andar, só com as pernas prá cima, assim eu não posso melhorar e ir prá casa...

Era nítida a necessidade de andar, pois sentiam reunir condições. O fato de o médico haver recomendado que eles andassem foi tomado como base na interpretação, aliado à própria disposição.

O cliente em NP necessita de deambulação para evitar complicações vasculares, cutâneas, musculares, articulares, pulmonar e outras.(POLAK, 1983).

Sendo tal impossível, eles precisam de mobilização ativa no leito, ou fora deste, desde que o organismo seja mantido em atividade.

Assim, em decorrência das limitações impostas ao cliente em nutrição parenteral, surge a necessidade da presença do acompanhante, como forma de ajuda na assistência.

4.2.3.2 O Acompanhante

A necessidade humana de gregarismo é de ordem psicossocial e, quando atendida, contribui para o restabelecimento do equilíbrio no ajustamento do organismo (DANIEL -1981).

Demonstrando grande necessidade, o cliente identifica o acompanhante não somente como uma pessoa familiar para lhe fazer companhia, mas, sobretudo, como pessoa para ajudar no atendimento das necessidades biológicas básicas. Esse aspecto ficou demonstrado nos depoimentos de Silva, Oliveira, Costa e Freire, que agrupamos assim:

....o acompanhante tem me ajudado bastante, tem me levantado, sentado, botado a paradeira, dado banho, trocado os panos..(Silva, Oliveira, Costa e Freire)

É fácil ao investigador, fazendo todo estudo, verificar que desenvolve atividades assistenciais junto ao cliente, fato merecedor de uma reflexão nos serviços de enfermagem. O acompanhante, por ser uma pessoa permanente com o cliente, poderá muito contribuir, tanto para a enfermagem como para o cliente, mas, antes de tudo, precisaria que a enfermagem se orientasse para os possíveis cuidados a serem prestados, mesmo assim, ficando a enfermagem com a responsabilidade de todos os cuidados.

No depoimento de Oliveira, vemos com maior clareza sua interpretação acerca das atividades desenvolvidas pelo seu acompanhante:

..elas quer que o acompanhante faça né, e não tem um que saiba fazer o que ela faz...

Era assim que ele interpretava a participação do acompanhante às atividades relacionadas ao banho no leito, troca de lençóis, mobilização no leito, enfim, atividades das quais o acompanhante poderia participar, mas que não deveria assumir como atividade obrigatória. Portanto, é notável o reconhecimento do cliente com relação à complexidade das atividades de enfermagem, tomando por base o significado dessas atividades quando desenvolvidas pela enfermagem, proporcionando-lhe a feitura de uma avaliação.

As necessidades fisiológicas são os melhores exemplos de necessidades básicas, que, quando não satisfeitas, proporcionam o aparecimento de necessidades posteriormente relacionadas, que, na hierarquia Maslow (1979), surge a necessidade de segurança. Essas necessidades, geralmente são afetadas quando o cliente se encontra acamado ou impossibilitado de decidir e também de agir.

Vejamos então, como Silva, Fernandes, Nogueira, Costa e Freire percebem a necessidade do acompanhante:

...vai que agente sente ou quer uma coisa, tem uma pessoa aí do lado da gente prá fazer, prá chamar a enfermeira, a gente não pode se levantar né...

Para eles, a necessidade do acompanhante é considerada como forma de segurança na sua assistência, diante das dificuldades no atendimento às necessidades fisiológica, gregária e afetiva.

Silva, Costa e Freire apresentaram nos depoimentos o prazer da companhia de uma pessoa conhecida, que, com o mesmo sentido, agrupamos da seguinte forma:

*....a gente tá conversando,
perguntando uma coisa e
outra, de noite agente
conversa, passa mais a
noite...*

A conversa será, talvez, a ocupação mais deleitosa e fecunda do cotidiano, permitindo o reconhecimento, sem reservas, das pessoas entre si, e, ao contrário de ser perda de tempo como pode parecer, é ganho, porque a frequência da conversa reforça seu poder gerador da realidade.(KUJAWSKI, 1991). E como forma de passar o tempo, conversando, motivando as lembranças eles se mostram mais compreensivos e satisfeitos.

Embora estivessem com acompanhantes, o que ensejava maior preenchimento do tempo com a convivência familiar, Nogueira e Costa disseram sentir-se ociosos, sentindo a falta de uma ocupação.

Vejamos a representação das falas.

*..aquí, o emprego da gente é
ficar deitado, tem hora que
tem sono, tem hora que não
tem, que não é moleza o
cabra passar mais de dois
meses em cima de uma cama,
não é fácil..(Nogueira)*

*..aquí a gente não pode fazer
nada.. (Costa)*

Nogueira era homem agricultor que trabalhava até nos domingos e Costa também trabalhando em serviços pesados, sentiam a falta do trabalho, ou de uma ocupação, sendo uma necessidade do ser humano estar continuamente se exteriorizando na atividade, pois esta necessidade antropológica é fundamentada no próprio organismo biológico do homem. (BERGER, 1991)

Neste passo, é conveniente salientar o reconhecimento pelo cliente, das dificuldades do acompanhante, percebendo os sacrifícios que a família faz para o assistir. Dentre estes, destaca-se a paciência na compreensão de comportamentos tolerados, como mostra Silva no seu depoimento:

*...eu aborreço muito ela, do
jeito que eu tô sendo, parece
que eu tô ficando é louca...*

Silva relatava que era grosseira com a sua acompanhante, e que esta fazia era lhe acalmar quando estava assim. Dizia ainda, que ela não faltava um dia. Portanto, sua interpretação em achar que estava louca baseava-se no significado que a acompanhante tinha para ela, dando-lhe tantos benefícios, dando-lhe tantos benefícios, compartilhando os momentos mais difíceis que Silva estava vivenciando.

A acompanhante tinha autorização de acompanhamento apenas a partir do meio dia, sendo fácil constatar a ansiedade de Silva em aguardá-la para a visita. A entrevista foi realizada neste horário.

Durante a permanência no Hospital, os sentimentos de depressão, angústia, e desespero são, também, entrevistados, consoante se nota nos depoimentos.

*...parece que eu vou me
acabar aqui nessa
cama..(Silva e Freire)*

*...às vezes agente se pertuba
com sí próprio...(Silva e
Guedes)*

*...eu sinto saudade da minha
casa. choro aqui quase todo
dia...(Fernandes)*

Durantes os depoimentos, fiz-nos oportuno verificar que os clientes se emocionavam quando falavam da hospitalização e da forma como se sentiam enfrentando essa situação.

Simplex foi verificar a necessidade que essas pessoas têm de atenção, compreensão, solidariedade; enfim, de pessoas que possam ouvir e compartilhar os seus anseios.

Portanto, nesse momento de sensibilidade, demonstrando suas fraquezas e necessidades em rever os amigos e pessoas da família, decidimos perguntar sobre as visitas, como estavam sendo para eles.

4.2.3.3 A Visita

Sendo sempre um momento de reencontro para a família e amigos, a visita acontece no período da tarde. Longe do acompanhamento médico e das decisões no tratamento, que geralmente ocorrem no período da manhã, quando da visita médica - os visitantes procuram a enfermagem, sempre presente, para esclarecimentos quanto à situação do cliente.

Nem sempre, porém ficam satisfeitos. Muitas vezes, a própria enfermagem não é informada quanto às decisões tomadas para o tratamento do cliente. A

família deve ser orientada, a procurar as informações que se fizerem necessárias, para o conhecimento da situação do cliente.

Contudo, a satisfação é sempre vista e relatada por eles. Guedes menciona a visita como momento de dialogal:

*..quanto mais visita mais
acho melhor ainda, de
maneira prá dialogar com as
pessoas...(Guedes)*

É de se observar, aqui, a necessidade de Guedes de conversar com as pessoas pertencentes ao seu mundo de objetos, a interação com os amigos e pessoas da família, demonstrando conforto emocional e maneira de se fortalecer como pessoa.

Por isso, o encontro com a família e os amigos durante a visita é momento muito significativo para o cliente. É o instante de rever as pessoas e conversar com os que participam do seu mundo.

A visita pode também ser um momento de tristeza, consoante se retira do depoimento de Costa:

*..eles chegam aqui e ficam
chorando, é triste, os
conhecido vem aí, vai
simbora, aí eu já não durmo
de noite e nem de dia...*

Era assim que ele se sentia na visita, que, em vez de ser momento de reencontro gerador de conforto emocional, era vivido com tristeza e depressão.

Até o momento, vale ressaltar a necessidade que se fez de identificar e compreender o contexto de vida do cliente, a trajetória da doença, a internação, e o contexto hospitalar que estava vivenciando. Para a compreensão do significado da nutrição parenteral para essas pessoas, era necessário o conhecimento do seu mundo de objetos.

4.2.4 Percebendo a Nutrição Parenteral

No depoimento de Freire, está esposada a forma como percebia a NP. Em razão do seu nível instrucional, o cliente compreendia e interpretava desta forma:

...eu acho que é o alimento né, que manda passar pelo meu organismo, prá ver se tinge alguma coisa. Me disseram que eu não posso me alimentar pela boca, que é prá puder tapar não sei o quê (fistula traqueo-brônquica) que tem no meu organismo, que é prá não passar alimento, que tá furado. Os médico diz que é prá ver se vou fazer a operação, parece que tão deixando sarar por sí só, por dentro, como é que pode? A operação é mais rápida né, eu preferia que fosse feita a operação..(Freire)

Freire interpretava a Nutrição Parenteral (NP), baseando-se nas informações que tinha recebido. Em virtude do baixo nível instrucional, ele não compreendia a finalidade da NP como solução para a sua doença.

No entanto, ele tinha uma fistula traqueo-brônquica, que entendia como alguma coisa que estava “furado” no seu organismo. A fistula foi ocasionada pela agressão por arma de fogo que sofrera na região torácica. Ele havia se submetido a uma drenagem torácica, e, ao iniciar a dieta oral, apresentou alimento pelo dreno, sendo, assim, comprovada a presença da fistula.

Por essa razão, a dieta oral foi suspensa e a NP foi iniciada, a fim de manter o estado nutricional orgânico. A fistula passou a ser observada quanto à evolução, se haveria condições de cicatrização natural ou se, para o fechamento, era necessário fazer cirurgia.

A NP estava sendo realizada para que o seu organismo tivesse condições nutricionais necessárias, tanto para um processo de cicatrização natural da fistula, como para provável recuperação pós-operatória.

A igual do que ocorreu com Freire, Silva, Guedes, Oliveira, Nogueira e Costa faziam suas interpretações relacionadas à NP. A maneira como percebiam a NP, está materializada no seguinte:

...aí chegou aquele remédio ali..(Silva).

...é uma vitamina né, que eles botaram dentro....(Guedes)

...é um soro que eu tô tomando.....(Oliveira)

...é um alimento forte que tem tudo, tem vitamina...(Nogueira)

..esse aparelho....(Freire)

Remédio, vitamina, soro, alimento e aparelho foram as formas como eles interpretaram a NP. O significado era baseado na forma como as pessoas definiam a NP para eles.

Portanto, a natureza da nutrição parenteral dependia da orientação deles, de como as pessoas referiam a NP. Assim, os significados foram formados pelas definições que as pessoas faziam para eles, de como definiam a NP no processo de interação.

O grau de conhecimento que possuíam sobre o tratamento nutricional está expresso na sentença que vem:

4.2.4.1 O Des(conhecimento)

*...eu não sei nada sobre ele...
disso aí... isso aí...*

Assim, todos eles responderam quando perguntávamos o que sabiam sobre “esse tratamento”. Usamos essa expressão, em vez de Nutrição Parenteral, para que percebêssemos se conheciam a denominação do tratamento.

Como não conheciam o nome da nutrição parenteral, dizíamos textualmente a denominação. Notamos, porém, que se intimidavam nas suas respostas diante do termo científico.

Eles respondiam olhando para a bomba infusora, como algo desconhecido. Constatamos que o desconhecimento se relacionava com a funcionalidade da bomba infusora, aliado ao sistema de infusão, representando uma tecnologia desconhecida.

Posteriormente, no decorrer da entrevista, quando eles ficavam mais familiarizados com o nosso diálogo, mostravam o que sabiam da NP, o que podemos ver numa única frase:

*....disseram que era ali-
mentação..*

Esta foi a resposta de todos eles, quando indagamos a finalidade “desse tratamento”, o que nos leva a intuir que eles não estavam interpretando a NP como alimentação.

Conquanto, suas respostas fossem baseadas no que lhe diziam, eles não estavam indicando para si a NP como alimentação. As observações que faziam

da NP, eram, segundo a forma como estavam vendo, diferente da maneira de alimentação que conheciam, que possuíam como representação.

Esse cotidiano que estavam vivendo estava organizado em torno do “aqui” do meu corpo, e do “agora” do meu presente. Segundo BERGER (1991), aquilo que é “aqui e agora” para mim na vida cotidiana, é a realidade de minha consciência.

Assim, podemos observar os seguintes depoimentos baseados neste sentido.

4.2.4.2 Alimentação

Como alimentação, era a utilidade que as pessoas diziam ter a NP para eles. No entanto, demonstravam as interpretações baseadas no que estavam percebendo.

....essa aí (NP), não precisa a gente comer ..(Silva)

....não é como a alimentação pela boca, prá mim a alimentação aqui tá zero...(Freire)

...não tem o que defecar, não tem alimento, prá ir no banheiro é só prá urinar, é diferente de voce puder comer tudo, eu posso me comparar com um tratamento desse, com um tratamento com comida pela boca? (Guedes)

Parece cristalino que eles não interpretavam a NP como alimentação. Silva deixa clara a dispensa do ato de comer, e Guedes, acrescenta as fases fisiológicas do **comer**, quando menciona o ato de **defecar**.

Ainda Guedes demonstra revolta ao questionar se “isso é alimentação”, referindo-se à NP, tomando por base o que as pessoas diziam para ele.

Freire, comparando a NP com alimentação oral, considera que o seu organismo não estando alimentado.

É bom ter-se em conta que as comparações da NP com a alimentação surgiram das interpretações, não havendo a intenção de abordar a óbvia diferença existente. O ato de comer faz parte do universo animal, sendo uma necessidade fisiológica para o homem. E como hábito, acarreta importante ganho psicológico tendo por base a estrutura instintiva não dirigida ao homem. (BERGER, 1991).

Em decorrência da relação que faziam da NP com a alimentação oral, surgiram falas que identificavam a forma como estavam acreditando na nutrição parenteral.

4.2.4.3 A Credibilidade

Os depoimentos de Guedes, Costa, Freire e Fernandes mostram que acreditavam na NP pela forma com estava se apresentando para eles, como tratamento que estava sendo realizado na sua doença.

*..isso aqui (NP) tá servindo
para fazer a minha
alimentação, mais não tá
servindo de alimentação...
(Guedes)*

*...é como tá comendo normal,
mesmo porque a gente não tá
se alimentando né ..(Costa)*

...isso (NP) é como tá se alimentando mesmo, tá almoçando, tá jantando.. (Freire)

...eu não como outra coisa, nem almoço e nem janta..(Fernandes)

É lícito concluir que esses depoimentos deixam mais claro ainda o fato de eles não interpretarem a NP como alimentação. Compreendem que a NP está sendo utilizada como nutrição no organismo, mas desconhecem a forma de expressar essa diferença.

A alimentação significa o “ato de comer”, cercada de todos os rituais e sentimentos vividos na forma de cada um. A escolha dos alimentos, a forma de prepará-los, estão de acordo com a representação do mundo das pessoas (KUJAWSKI, 1991). E a cultura do almoço e jantar, representando as grandes refeições do dia, significa a consideração de estarem sendo bem alimentados.

O reconhecimento da importância da NP, expediente para fortalecimento do organismo, foi observada nas falas de Silva, Guedes, Fernandes, Oliveira e Freire, que harmonizamos num só trecho.

...aí depois que eu cheguei aqui, graças a Deus que eu comecei (NP), se acabou as agonias que eu vivia sentindo, se não fosse isso aí (NP), não sei....eu não ia nem ao banheiro e agora eu tô indo, esse faltar, eu vou me alimentar com o quê?...se hoje eu não tivesse me alimentando, eu já tinha morrido.....

Afirmando que sentiam o organismo mais forte em condições até mesmo de andar, eles mostravam gratidão por estarem fazendo a NP. Reconheciam-na como indispensável à recuperação e até mesmo pelo estado em que se encontravam. Diziam até, que se não estivessem em NP, talvez não estivessem sobrevivendo.

Também sabiam do tempo em que estavam sob NP. Todos mencionaram a permanência da NP, no entanto, consideramos apenas um depoimento para demonstrar como o cliente estava se sentindo.

4.2.4.4 No Espaço - temporal

*...tá com doze dias ou mais
que eu tô nisso aqui (com a
NP), só comendo isso aqui,
passando fome...(Freire)*

Freire demonstrava sofrimento, remetendo-se ao tempo em que estava em NP, correspondente ao período em que estava sem comer, “passando fome”. Era assim que se sentia, com fome.

E Costa desabafava, também, com o sofrimento de abstinência do comer e beber:

*..prá melhor lhe dizer, eu
passei mais de quarenta dias
sem botar nem água na
minha boca, sem me
alimentar...*

É muito difícil avaliar esse sofrimento vivido por Costa e Freire e que, para Guedes, estava sendo também interpretado com muito sofrimento e preocupação com o seu corpo conforme suas queixas, assim externadas:

...eu tô quebrando peso, a gente perde muita coisa...primeiro disseram que eu vou passar quinze dias com isso aqui, eu não aguento mais nem a operação, não tem força, não tenho peso, tô que nem um vento...é grave, é incomparável...

Assim, Guedes reclamando de estar durante muito tempo com a NP, atribuía-lhe a “responsabilidade” por estar ficando “abatido”, como se estivesse perdendo tempo, em vez de se preparar para a cirurgia. Demonstrava sentimentos relacionados ao corpo, aliados à nutrição parenteral. Observava sentir-se fraco, perdendo peso, com o que estava muito preocupado, interpretando a situação como muito grave.

Pelos sentimentos esposados acerca da nutrição parenteral, fácil será depreender o que sentia no organismo quando a nutrição parenteral era instalada.

4.2.4.5 Sentimentos com a Nutrição Parenteral

...é uma água fria que dói até o coração.

Tocou-nos profunda essa lamentação. Jamais havíamos cogitado em que a NP pudesse ocasionar uma frialdade no interior das veias, indo até o coração.

Quanto a solução de NP é conservada na geladeira e só é retirada quando vai ser instalada. A rotina é aguardar duas horas para que a solução degele e possa ser infundida. No entanto, muitas vezes instalamos em tempo inferior, a fim

de evitar exposição prolongada da solução. Pois, a umidade do frasco, ocasionada pelo degelo, favorece a colonização de microrganismos que podem estar nas superfícies do recipiente.

Preocupa-nos, por conseguinte, a possível contaminação das soluções nutritivas, motivo porque é absolutamente necessário que se manipule o frasco e sistema de infusão, com técnicas e cuidados máximos de assepsia.

Quando instalamos a solução, o ajuste do gotejamento fica em torno de vinte gotas por minuto, de modo que, com tal frequência de queda das gotas a solução é infundida em temperatura quase ambiente, descartando a possibilidade de ocorrer choque térmico.

Todavia, a solução ainda está muito fria, pois conforme o depoimento de Guedes, é notável a sua sensibilidade quando recebe a solução nos fluidos orgânicos, o que lhe traz, intenso desconforto. É conveniente informar que cliente não vinha apresentando aumento de temperatura corporal. Aliás o controle térmico do cliente deve ser uma preocupação constante, tendo em vista o risco de infecção apresentada em cateter intravenoso. E principalmente quando se vai instalar a nutrição parenteral ainda muito fria. Parece um motivo prosaico, mas é, sem dúvidas, um motivo para reflexão. Isto é motivo para grande reflexão.

Ainda observando os sentimentos com a NP, relacionados ao aspecto biológico, percebe-se nos depoimentos de Silva, Guedes, Fernandes, Oliveira e Nogueira, o modo como se sentiam após terem iniciado a NP:

*...eu tô bem melhor com ela
(NP) do que antes, a gente se
sente mais confortável por
dentro, mais apoiado, se a
gente não sente a barriga
cheia, mais sente que está se
fortificando....*

Confessavam que se sentiam melhor após o início da nutrição parenteral. Estabeleciam comparações com condições em que se encontravam antes da nutrição parenteral. Isso fazia com que avaliassem a fase de melhora então experimentada, principalmente quando pensavam no estado em que se poderiam encontrar, caso não estivessem sob nutrição parenteral durante esse tempo todo.

Assim, eles percebem a manutenção do organismo mesmo na ausência do “comer”, da alimentação conhecida por eles. Neste sentido, percebem os benefícios da nutrição parenteral, o conforto do organismo em estar realizando as funções básicas de sobrevivência, o que for, também observado em Guedes, que mesmo, se mostrando revoltado com a nutrição parenteral pelo fato de não poder comer, manifestou esse reconhecimento.

Observando, ainda, os sentimentos relacionados ao aspecto biológico ligados à nutrição parenteral, ocorreu a presença da sensação de fome, relatada por Guedes, Oliveira, Nogueira e Freire, a seguir.

...eu me sinto com fome, dizem que a gente não passa fome, mais eu sinto. A minha vontade mesmo, é de tomar suco, água, comer fruta, porque a alimentação pesada, eles não oferece...muita vontade de comer o que for preciso, me alimenta, a gente quando vê a pessoa que se alimenta normal pela boca, a gente sente aquela vontade, aquele desejo de comer, de se alimentar pela boca, sinceramente, quando a gente vê os outros pacientes almoçando, e eu sem almoçar, me dá aquela vontade...

Aquí, exprime-se a necessidade do “comer”, sentida no organismo, quer dizer, o biológico trabalhando para satisfazer as necessidades orgânicas.

Os depoimentos clarificam suficientemente as definições propostas para ele pela equipe de saúde, configuradas no conceito de que a NP é alimentação. No entanto, ele sente fome, desejo de comer e tem outra definição de alimentação. Interpreta que está passando fome, pois, para ele, só valem “almoço e jantar”- os repastos principais do dia.

A privação do “comer e beber” vai de encontro às necessidades sentidas pelo organismo e que representam necessidades para a sobrevivência.

O desejo, vontade de comer, parece ser estimulado, ainda mais, quando eles presenciam os outros clientes se alimentando nas enfermarias. Segundo MASLOW (1979), não se pode ignorar totalmente a fome. O Autor expõe esse pensamento, quando se refere à alimentação como necessidade afetada. No entanto, esta referência é feita na situação de fome, diferente da situação que está sendo vivida, em que a pessoa está sentindo fome juntamente com um suporte de nutrição no organismo.

Mesmo assim, não devemos ignorar, mas refletir sobre o sentimento de fome consorciado com a nutrição parenteral.

Oliveira, Nogueira e Costa relatavam que não sentiam sede:

*..não tenho sede porque eu
não como.*

Interpretavam, então, a sede como uma consequência natural após o ato de comer, como uma necessidade que acompanha o processo da alimentação.

Foi-nos oportuno verificar também, a identificação do paladar e a maneira como estavam percebendo esse sentimento com a NP, segundo os depoimentos de Oliveira e Nogueira:

*...a gente fica com a boca
meia doce. Pela boca, a gente
sente sabor, e aí (NP), a gente
vê que tá se alimentando,
mais não tá saboreando
nada..*

Acreditamos que o paladar doce esteja aliado à ausência de alimento na boca, à ausência do sal. Eles estavam sempre relacionando a NP com a alimentação, pela via natural, para o homem. Identificando as diferenças, eles sempre interpretaram que a NP não era alimentação.

Fernandes e Guedes relataram que sonhavam fazendo comida para eles. A prática de cozinhar estava no cotidiano deles:

*...eu sonho fazendo comida
prá me comer, sonho muito,
porque a gente do interior,
quando chega prá almoçar e
falta uma coisa, a gente
estrala um ovo e vai misturar.
Sonho toda noite, ontem
mesmo eu sonhei fazendo
mucunzá, aí acordei...*

O depoimento de Guedes mostra os costumes alimentícios das pessoas simples e do “interior”. Identificando práticas culinárias vividas no cotidiano, demonstrava a falta através de sonhos.

O universo simbólico determina a significação dos sonhos na vida cotidiana. (BERGER, 1991). Portanto, os sonhos de Guedes significavam que ele estava sentindo a falta da culinária na sua vida.

Também o sentimento de medo, apareceu nas falas de Silva Guedes, da seguinte forma:

*...tenho medo de não
puder comer mais, de não
descer.....*

É simples tirarmos a conclusão de que o medo que sentiam estava relacionado a possibilidade de eles não conseguirem mais deglutir. Há muito tempo não deglutiam.

Este receio, psicologicamente procedente, foi revelado no melancólico relato de Freire:

*...é um negócio meio triste,
não tem coisa mais triste do
que a pessoa não se
alimentar pela boca, não tem
não..*

Lágrimas lhe caíam. Estava muito emocionado e com uma tristeza intensa pelo fato de não estar se alimentando. Sentia-se matratado e castigado. Queria se operar logo para que esse sofrimento terminasse.

Alguns relataram sentimentos relacionados ao aspecto sócio-cultural, ligado à alimentação. Silva, Guedes e Oliveira, falam, com palavras diferentes, a mesma coisa, configurada no trecho seguinte:

*...às vezes tenho vontade de
comer assim uma besteira,
não que eu tenho
fome, qualquer coisa, uma
maçã, chupar uma laranja, às
coisas mesmo....as minhas
comidas doidas em casa, eu
gosto de carne de porco bem
gorda, com pão de milho, um
peixe com leite de côco, o que
eu for comer na mesa, mais
não aqui, que eu abusei....*

A vontade que eles sentiam de comer alguma coisa não estava sendo interpretada por eles como causada pela fome. Estavam referindo o prazer de

comer alguma coisa, ou, até mesmo, o desejo de comer as “comidas”, que eram consideradas muito saborosas.

No entanto, essas comidas estavam sendo identificadas como lembranças, representando a cultura, através da escolha dos alimentos e hábitos alimentares.

Também, aqui está incluso o sentido de socialização durante a alimentação, pelo costume de comer à mesa, acompanhado de significados, normalmente na presença da família, desfrutando momentos de conversa e prazer.

Assim, a alimentação é cercada de significados sociais e culturais.

Notamos, que os sentimentos e comportamentos em registro se identificavam também com as limitações sofridas com a nutrição parenteral, na liberdade de ação. Leiamos:

4.2.4.6 Ação limitada

*...se eu ia comer outra coisa,
eu não como nem uma
bolachinha que eu gostava,
hoje em dia eu não posso
mais, eu tenho vontade de
beber água e não bebo, eu
andava por todo canto aqui,
agora depois que eu tô com
essa máquina, não posso ir
ao banheiro me barbear,
tomar um banho,...é estou
amarrada de um lado e do
outro, tô ligado, e não
adianta sair daqui ligado...
(Silva, Guedes, Fernandes,
Oliveira, Nogueira, Costa e
Freire)*

Assim, todos eles se sentiam com as ações impotentes, relacionando com a nutrição parenteral. A liberdade de agir encontrava-se limitada e restrita.

Algumas vezes, não tinham escolha para mover-se, locomover-se e eliminar, por exemplo. Sentiam-se incapacitados para satisfazer as necessidades básicas. LUZ (1993), menciona que são as ações dos outros que determinam a ordem social naquele contexto institucional, o próprio sujeito não re-define as normas e regras de uma situação.

Silva demonstra o sentimento de desilusão na perspectiva da sua vida, conforme sua expressiva fala:

*...minha vida tá acabada,
tenho cinquenta e sete
anos, não vou poder fazer
mais o que eu fazia...*

Deprimida, Silva pensava que a sua vida tinha perdido o sentido. As coisas que fazia, a vida que levava estavam ameaçadas. Parecia que tudo tinha se perdido.

Entretanto, as lembranças faziam demonstrar a vontade de retomar as suas vidas, de estar em casa.

*..eu quero tá em casa,
trabalhando, dando de comer
a minha família, uma hora
dessa, eu ia pescar...(Silva e
Freire)*

Simple é notar que eles estavam falando das suas esperanças e sonhos. Para MEAD (1994), o ator percebe, interpreta e julga a ação, de acordo como está vendo a situação, como está percebendo os objetos e conferindo os significados para ele. Pois, é no mundo de vivências, nos valores pessoais, que temos sonhos e esperanças, alimentando e motivando um novo dia.

5. REFLETINDO O SIGNIFICADO

Refletir a significação da nutrição parenteral para o cliente no contexto hospitalar significa também reflexionar a enfermagem no cuidado, circunstancialmente, em nutrição parenteral. O significado vem acompanhado do tratamento da doença e procedimentos terapêuticos, estando a nutrição parenteral incluída neste contexto.

Os sentimentos, comportamentos e atitudes observados diante das limitações impostas na nutrição parenteral e tratamento da doença, das dificuldades encontradas no atendimento das necessidades, demonstrava conflitos no **Eu** que emergiam do processo de interação social.

Eles definiam para si as necessidades, o significado do cuidado, interpretando e construindo suas ações.

As interpretações, surgindo da interação social - cliente e família com a equipe de enfermagem - mostram o cuidado a partir da interação humana, da participação intersubjetiva com o cliente e a família. O entendimento entre o cliente, família e equipe de enfermagem resulta em uma assistência qualificada.

Assim, observamos que a falta de orientações e diálogo com o cliente e família, de esclarecimentos e sobre a participação nos tratamentos e na hospitalização, fazia com que os mesmos se tornassem mais confusos, revoltados, e deprimidos.

E voltando a questão: “Como você está se sentindo com a nutrição parenteral”?, que norteou a busca dos significados sobre a situação vivenciada, pudemos apreender o cliente como inseparável do mundo de objetos e do ambiente presente, co-participando das diversas situações vivida por ele, interpretando e criando as ações. Ficando evidente, a necessidade do cuidar sob uma visão holística, levando-se em consideração as crenças, valores, educação, situação econômica e família, o mundo de objetos.

Reinteramos também a crença em mostrar para o cliente e família, a necessidade da participação no tratamento de nutrição parenteral. Proporcionando adaptação ao ambiente e evitando a inibição no conhecimento da nutrição parenteral, fatores que desencadeiam dificuldades no bem-estar e senso de participação.

Assim, cliente e família devem ser treinados e orientados em alguns cuidados com a nutrição parenteral, visando facilitar a mobilização, locomoção com a bomba infusora e todo o sistema de infusão, a fim de que possam agir seguramente dentro das limitações presentes.

O trabalho abriu a oportunidade de que eles fossem ouvidos, revelando sentimentos e opiniões, que através das orientações e esclarecimentos sobre a nutrição parenteral, após a entrevista, pudemos observar que eles mostravam-se mais satisfeitos e confortados, passando também a ter uma visão mais compreensiva da assistência da instituição.

Compreendemos que o cliente deve ser visto na sua totalidade, possuindo um mundo de objetos, conferindo e selecionando significados. Para tanto, sem a pretensão de exaurir o assunto, mas com a perspectiva de olhar o homem como um ser aberto e ator de suas ações, intercambiando simultaneamente com o ambiente e seus valores, elaboramos um diagrama mostrando os significados manifestados na interação social.

SIGNIFICADOS VIVENCIADOS PELO CLIENTE NO PROCESSO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL



Almejar sensibilidade no cuidado de enfermagem, no âmbito da nutrição parenteral, é tentar compreender o cliente como uma pessoa no seu mundo de objetos, enfrentando a hospitalização e a nutrição parenteral, dentre os procedimentos existentes. É perceber os sentimentos e comportamentos, diante das dificuldades na assistência. É repensar e fazer o cuidado, voltando-se para a orientação e co-participação com o cliente e sua família.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUGRAS, M. **O ser da compreensão**. 3. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis, Vozes, 1993.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BERGER, P., LUCKMAN, T. **A construção social da realidade**. 9. Ed. Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1991.
- BLUMER, H. **Symbolic Interactionism Perspective and Method**. Califórnia: Prentice - Hall, 1969.
- BODINSKI, L.H. **The nurse's guide to diet therapy**. Trad. SAMBAQUY, C. et al. New York: John Wiley and Sons, 1988.
- BOGDAN, R, TAYLOR. S.J. **Introduction to Qualitative Research Methods, a phenomenological approach to the Social sciences**. Trad. HAGUETTE, M.T.F. New York, John Wiley and Sons, 1975.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Trad. CABRAL, A. São Paulo: Cultrix, 1989.
- CARVALHO, M.C.B. **Teorias da Ação em Debate**. São Paulo, Cortez, 1993.
- CEREZETTI, C. C. N. "Aspectos Psicológicos do paciente com alimentação parenteral". In: WAITZBERG, D.L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990.
- CERIBELLI, M.J.P.F. **Suporte Nutricional Enteral e Parenteral: Pesquisa de Enfermagem e aplicações em uma realidade**. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.
- DANIEL, L.F. **A Enfermagem Planejada**. 3 ed. São Paulo: EPU, 1981.
- DEMO, Pedro. **Pobreza Política**. Cortez, São Paulo: 1988.
- DIMANJ ; FRAGER, R. "Abraham Maslow e a Psicologia da Auto Atualização". In: **Teoria da Personalidade**. São Paulo, Harper. 1979.

- DODIER, N. "Agir em diversos mundos". In: CARVALHO M.C.B. **Teorias da Ação em Debate**. São Paulo: Cortez: FAPESP: Instituto de Estudos Especiais, PUC, 1993.
- DORIS, D. C., POLACK, Y. N. S. "Papel da Enfermagem em Nutrição Parenteral". In: RIELLA, M.C. **Suporte Nutricional Parenteral e Enteral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 59.
- EMED, L. S.; RIELLA, M. C. "Controle clínico e laboratorial da Nutrição Parenteral". In: RIELLA, M.C. **Suporte Nutricional Parenteral e Enteral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.66-77.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- GELBCKE, F. L. "Processo Saúde Doença: a procura da essência". **Texto Contexto Enf.** Florianópolis, v.1, n.2, p. 4 - 9, jul/dez/1992.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- JR, P. E. P; et al. "Vias de acesso para NPT". In: WAITZBERG, D.L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. p. 154 e 220.
- KUJAWSKI, G.M. **A Crise do Século XX**. São Paulo, Ática, 1991.
- LAMY, L. A. MEYER ; NETO, J. G. C. "Macronutrientes Disponíveis" In: RIELLA, M.C. **Suporte Nutricional Parenteral e Enteral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 40-41.
- LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, 8080. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. CONASEMS - Publicações Técnicas 2. 1990.
- LUZ, M.T. "O interacionismo simbólico: breve exposição de uma corrente acionalista em ciências sociais". In: CARVALHO, M.C.B. **Teorias da Ação em Debate**. São Paulo: Cortez: FAPESP: Instituto de Estudos Especiais, PUC, 1993.

- MARTINS,J., BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos.** São Paulo: Moraes EPUC - SP, 1989.
- MARTINS,J., BOEMER,M. R.; FERRAZ, C.A. "A fenomenologia como alternativa para pesquisa: algumas considerações." **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.24, n.1, p. 139 - 147, abr. 1990.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO - HUCITEC, 1992.
- MINAYO, M.C.S.; et al. **Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- OLIVEIRA,M. F. et al. "O preparo das soluções de Nutrição Parenteral Total. In: WAITZBERG,D.L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. p.247-251.
- OREM, D.E. "A Teoria do Autocuidado". In: GEORGE, J.B. **Nursing Theories - The Base for Professional Nursing Practise.** Trad. GARCEZ, R. M.Prentice-Hall, New Jarsej. 1993. p. 91-107.
- PARSE, R. R. "Homem-Vida-Saúde". In: GEORGE, J.B. **Nursing Theories - The Base for Professional Nursing Practise.** Trad. GARCEZ,R.M. Prentice-Hall, New Jersey. 1993. p.268,269,278.
- HILLIPS, K. J. "Cuidados de Enfermagem na Nutrição Parenteral Total. In: FISCHER,J.E. **Nutrição Parenteral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1978. p. 96.
- OLAK, Y.N.S. **Enfermagem em Nutrição Parenteral: Uma revisão da prática de OREM.** Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1991.
- OLAK, Y.N.S. **Enfermagem e Nutrição Parenteral.** 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1983.
- SOLUÇÃO COFEN - 162. Regulamento do Suporte Nutricional. 1993.

- RIELLA, M. C. **Suporte Nutricional Parenteral e Enteral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1987.
- REZENDE, A. L. M. **Saúde - dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez 1989.
- SILVA, M. L. T.; WAITZBERG, D. L. "NPT - Sistema Lipídico mistura 3 em 1". In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. p. 234-237.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIANNA, R., LAMEU, E., MAIA, F. et al **Manual de Suporte Nutricional Parenteral e Enteral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1983.
- WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar. Maneiras de ensinar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- WAITZBERG, D. L.; JR. P. E. R.; CECONELLO, I. "Indicação, Formulações e Monitorização em NPT Central e Periférica". In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. p. 213.
- WEISSHAUPT, J. R. "A teoria da ação em Alain Touraine. Alguns supostos e uma aplicação teórica". In: CARVALHO, M. C. B. **Teorias da Ação em Debate**. São Paulo: Cortez: FAPESP: Instituto de Estudos Especiais, PUC 1993.

3. Dados sobre a Situação Familiar

O Sr.(a) tem filhos? Quantos? Qual a(s) idade(s)?

Quem mora com Sr(a)?

Quais as suas atividades em casa?

Como está a renda na família?

Como é o seu relacionamento com a família?

Como os seus familiares estão agindo em relação a sua doença?

Como estão as visitas? Tem recebido? De quem?

4. Dados sobre a Hospitalização

O que Sr(a) sabe sobre a sua doença?

Como está sendo o seu acompanhamento?

Como o Sr(a) está sendo cuidado?

5. Questão Norteadora

Como você está se sentindo com a Nutrição Parenteral?

(Nessa questão serão investigadas as necessidades do cliente conforme as suas colocações).