

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO EMANCIPATÓRIA UM PROCESSO  
EDUCATIVO NA ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO  
PARENTERAL**

FLAVIA COSTA BRITTO

*Dissertação submetida à  
Banca Examinadora para  
obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem*

ORIENTADORA: *Dra. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN*  
COORIENTADORA: *Msc. SAYONARA de FÁTIMA. F BARBOSA.*

**Florianópolis**

**1997**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Dissertação

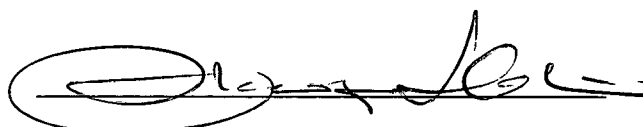
**AVALIAÇÃO EMANCIPATÓRIA UM PROCESSO EDUCATIVO  
NA ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO PARENTERAL**

Submetida à Banca Examinadora para obtenção  
do Grau de Mestre em Assistência de Enfermagem

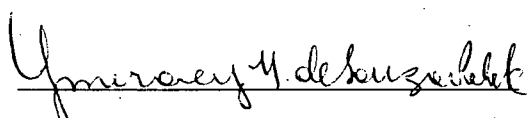
por

Flavia Costa Britto

Aprovada em 01/ 09 / 1997



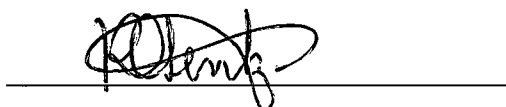
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Presidente / Orientadora



Dra. Ymiraci N. De Souza Polak



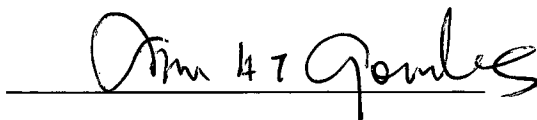
Dra. Zuleica Maria Patrício



Dda. Rosemery Andrade Lentz



Msc. Sayonara de Fátima F. Barbosa  
Coorientadora / Ouvinte



Dra. Lucia Takase Gonçalves  
Suplente

A VIDA É UM CAMPO EXPERIMENTAL ONDE OCORREM AS LUTAS E ONDE CADA UM VENCE OU É VENCIDO; É TAMBÉM O CENÁRIO ONDE O ESPÍRITO SE FORTALECE VERDADEIRAMENTE E ONDE, POUCO A POUCO, COM GRANDE VONTADE E ENTUSIASMO O SER VAI FORJANDO UM NOVO E ELEVADO DESTINO.

**Carlos Bernardo González Pecotche**

*“EU GUARDO, PARA TODOS AQUELES QUE DE UMA OU OUTRA FORMA  
CONTRIBUÍRAM PARA FAZER-ME MAIS GRATA A VIDA, UMA ETERNA GRATIDÃO, E  
ESTAMPO NESSA GRATIDÃO A LEALDADE COM QUE CONSERVO ESSA RECORDAÇÃO, A  
QUAL JAMAIS PÔDE EMPALIDECER ALI ONDE SE ENCERRA TUDO QUANTO CONSTITUI A  
HISTÓRIA DE MINHA VIDA”.*

*Carlos Bernardo Gonzalez Pechotche,*

## *AGRADECIMENTOS*

A meus pais Olsa e Luiz, pelo exemplo, estímulo e apoio ao longo de minha vida.

A Luiz Guilherme por compreender minhas ausências e cansaços, pelo carinho, paciência e amor, compartilhando a minha vida.

Ao meu irmão Luiz, minha cunhada e meu sobrinho, ao aceitarem e compreenderem meu afastamento.

À Sayonara minha amiga e co-orientadora pelo estímulo, contribuição e disposição em contribuir com o meu crescimento, compartilhando os acertos, erros e risos.

À minha orientadora Dra. Alacoque ao acreditar na minha capacidade, disponível e respeitando o meu caminhar, confiando e ensinando.

Aos meus amigos Nelson, Eunice e Kleyde na paciência em ouvir, partilhar, sugerir e sobretudo rir, torcendo para tudo dar certo e acompanhando o meu crescimento.

Aos meus colegas e amigos Neusa, Rosemary, Ruvani e Vanessa nas conversas e descobertas, no estímulo pela alegria, trocas, carinhos e torcidas, lágrimas e sorrisos...construímos a amizade.

À equipe de enfermagem do 5º andar ala B do HRSJ, pela paciência, motivação, carinho e disponibilidade em acreditar e participar tornando possível este estudo.

À toda a equipe de enfermagem da Clínica médica masculina 2 no acompanhamento deste processo, me proporcionando tantos momentos de reflexão, alegria e companheirismo.

À Eunice, Ita, Maria Gliolanda, Marcia, Marcinha, Nina, Roselene, e Tânia na solidariedade, disponibilidade, carinho, estímulo e amizade, proporcionaram condições para o meu caminhar.

Aos demais colegas da turma do polo Univali - Feovi e colegas da turma de mestrados da UFSC pelos momentos e descobertas inesquecíveis vividos nesta etapa tão importante de nossas vidas.

À Lygia Paim e Cleusa Rios nas contribuições e estímulo para o encaminhamento deste trabalho.

À Marisa Monticelli pela disponibilidade e carinho, estimulando e contribuindo para o meu crescimento.

Ao César Nitscke pelas sugestões e contribuições.

Ao grupo de suporte nutricional do HRSJ: Natia, André, Nilo e César na compreensão do afastamento, solidariedade e companheirismo.

A direção do HRSJ ao possibilitar, proporcionar e confiar este estudo.

A Ana Lucia Magela e Vera Radunz pelo esforço, coragem e por acreditarem na minha capacidade.

À Ymiraci N. de Souza Polak, Zuleica Maria Patricio e Rosemery de Andrade Lentz pelas orientações, estímulos, auxílios e gentileza em participar da Banca Examinadora.

A Helena, Cecilia, Romualdo, Francisco e Ione na eterna gentileza, tranqüilidade e competência no atendimento.

A Eliane, Daniela e Rosana do centro de estudos do HRSJ pelo apoio e carinho.

Ao Comitê Promocional da Qualidade do HRSJ, em especial, Andréia, Deborah, Denise, Léa, Marcia e Renata pelo estímulo, paciência e compreensão.

## RESUMO

A Nutrição Parenteral, vem sendo utilizada freqüentemente nas instituições hospitalares de médio a grande porte, no Brasil. Entretanto a enfermagem ainda não conquistou este espaço, na sua plenitude, faltando detectar e construir com o indivíduo que utiliza a Nutrição Parenteral e família, modos de conforto e cuidados embasados nas suas necessidades, além de buscar atualizar os conhecimentos e técnicas relacionadas ao suporte nutricional. Este estudo buscou, através da vivência da prática de enfermagem desenvolver junto à equipe, com a participação do indivíduo em uso da Nutrição Parenteral e familiares, uma avaliação de caráter emancipatório do processo de cuidados e modos de conforto proporcionados, culminando com a elaboração de um manual a ser utilizado pelo indivíduos / familiares, previamente ou concomitante com a utilização da Nutrição Parenteral. Para tanto foi utilizada a metodologia do Paradigma da Avaliação emancipatória, construída por Saul (1991), propõe três momentos: descrição da realidade, crítica da realidade e recriação coletiva das críticas levantadas. Essa trajetória proporcionou a verificação, crítica e reflexão da realidade dos cuidados prestados aos indivíduos em uso da Nutrição Parenteral, capacitando a equipe de enfermagem a refletir, e buscar as causas e soluções criativas para as situações assinaladas, como necessárias de mudança, para o cuidar competente, dos indivíduos usuários da Nutrição Parenteral, familiares e membros da própria equipe de enfermagem.



## ABSTRACT

The parenteral nutrition has been used frequently at health institutions from medium to large size, in Brazil. Therefore, nursing profession hasn't conquered this area in all its plenitude yet; it's necessary to detect and to build with the person that is in use of parenteral nutrition and family, ways to proportionate comfort and its care, based in their necessities, beyond of to search for update the knowledge and technical skills related to nutritional support. This study tried, by living the nursing practice, to develop with the nursing staff, with the participation of the individual that is use of parenteral nutrition and the family, an evaluation with an emancipatory character of the process of caring and ways of comfort that were provided. The methodology used was the emancipatory evaluation paradigm, which was proposed by Saul (1991), and has 3 moments: reality description, reality critique and collective creation of the critiques that were raised.

This methodology provided the verification, critique and reflection of the reality of the care that was provided to the individuals that were using parenteral nutrition, offering to the staff the capability to reflect, and to try to reach the causes and creative solutions to those situations, to a competent care, by the users of parenteral nutrition, family and member of the nursing staff.

# SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA O DESENVOLVIMENTO DO MARCO CONCEITUAL.....	15
2.1NUTRIÇÃO PARENTERAL .....	15
2.2 AVALIAÇÃO EMANCIPATÓRIA.....	25
3.FORMANDO O MARCO CONCEITUAL.....	30
3.1 ALGUNS PRESSUPOSTOS.....	30
3.2CONCEITOS NORTEADORES DO TEMA.....	31
4.DESCRICÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO.....	43
4.1CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	43
4.2APRESENTAÇÃO À INSTITUIÇÃO E À EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	59
4.3DESENVOLVENDO O PROCESSO ASSISTÊNCIAL.....	60
4.4DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO ASSISTÊNCIAL.....	61
5.ALGUMAS TEMÁTICAS EMERGIDAS DA DESCRIÇÃO DA PRÁTICA.....	91
6.REFLEXÕES FINAIS.....	105
7.ANEXOS.....	111
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129

# 1 INTRODUÇÃO

Ao concluir a graduação e licenciatura em enfermagem em 1986, com uma formação voltada à assistência em obstetrícia, pretendia permanecer crescendo nesta área. Para minha surpresa, após prestar concurso para a instituição pública hospitalar estadual, deparei-me com um hospital de médio porte, abrindo suas portas, sendo escolhida, com mais duas colegas, para estruturar, inaugurar e atuar em uma unidade mista de cirurgia geral e, também, clínica médica, que contava então com 30 leitos.

Permaneci atuando na clínica de cirurgia geral, e, após 6 meses de funcionamento, fui “apresentada” à terapêutica de Nutrição Parenteral. (N.P.)<sup>1</sup>, tratava-se de um indivíduo jovem proveniente do interior, caquético e com fístula digestiva de alto débito, cujo quadro indicava o uso da N.P. A insegurança gerada pela minha pouca experiência, foi superada pelo auxílio de colegas, enfermeiras e cirurgiões que me deram as primeiras recomendações quanto aos procedimentos, cuidados, preparo, riscos e orientações a serem prestadas à equipe de enfermagem em relação à utilização desta modalidade terapêutica.

Aos poucos, fui percebendo a existência de uma lacuna de conhecimento técnico, não preenchida na graduação. Reportando-me a esta época, vejo a graduanda observando esta terapêutica em um estágio numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e a única lembrança da N.P. era de um procedimento muito complicado e distante, perigoso, repleto de riscos e cuidados.

Durante o meu caminhar profissional, pude observar que esta ausência de conhecimentos não ocorria somente comigo, outras colegas também se referiam à mesma dificuldade, fato lamentável, pois entendo a N.P. como um suporte auxiliar para as demais especialidades na área de enfermagem e médica, que atendem ao indivíduo hospitalizado.

---

1. No sentido de tornar a leitura mais prazerosa substituirei ao longo do texto Nutrição Parenteral por N.P.

Desde 1987, quando iniciei minha prática com a N.P, muitos indivíduos foram submetidos à mesma, na instituição em que me mantive. Nesse meu caminhar, sem dúvida, todos os indivíduos com os quais estive proporcionaram alguma forma de aprendizado e capacitação, seja técnica, ética, familiar, social e educacional.

Decidiu-se pela criação do Grupo de Suporte Nutricional, composto por enfermeira, no caso com a minha participação, dois cirurgiões e uma nutricionista, em 1987. Inauguramos uma sala própria para o preparo da N.P., utilizando a capela de fluxo laminar - a primeira no Estado de Santa Catarina - em março de 1988, criamos uma rotina que consistia no acompanhamento dos indivíduos em uso da N.P. pela enfermagem, laboratório e nutrição, dispondo para o uso do setor de um impresso próprio para controle e avaliação da evolução e um carimbo que, além de facilitar a prescrição médica, evitavam o esquecimento de itens importantes.

A presença de um farmacêutico para a manipulação e, preparo da solução parenteral, também tem sido uma luta desde então, com períodos de trégua, pois já participaram do grupo 3 destes profissionais em períodos distintos.

Como avanços, do referido grupo de S.N., posso citar os vários trabalhos apresentados nos congressos da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, realizados no Rio de Janeiro em 1991 e em Canela - RS em 1993 e a capacidade do Grupo em prestar cuidado e tratamento adequados em situações críticas, como nos 03 indivíduos portadores de intestino curto.

Resgatando essa temporalidade e refletindo sobre o seu fluxo, percebi a necessidade de estudar sobre este tema, além do cotidiano através do curso de Mestrado em Enfermagem prosseguindo minha formação profissional, e aprendendo a trabalhar, da melhor forma, as ricas experiências que vivenciei com indivíduo, família, equipe de enfermagem e Grupo de Suporte Nutricional, possibilitando desenvolver junto à equipe de enfermagem, com a participação do indivíduo / familiares com N.P., uma avaliação de caráter emancipatório do processo de cuidados e modos de conforto proporcionado.

---

O suporte nutricional é uma terapia que envolve o aporte de nutrientes por via oral, enteral e parenteral, sendo considerada como uma das especialidades mais crescentes da enfermagem na prática assistencial, conforme descrito por Bayer (1983).

A justificativa que encontro no aumento da incidência da utilização da N.P., é ocasionada devido aos avanços tecnológicos que favorecem cirurgias de alta complexidade e porte, determinando muitas vezes o hiper metabolismo no indivíduo em pós operatório.

Esta terapia é aplicada em indivíduos adultos, politraumatizados, grandes queimados, com distúrbios gastrointestinais e até mesmo em recém natos de baixo peso, ou com outras complicações, e também na pediatria, dentre outras situações. A descrição das indicações para N.P. será realizada no capítulo a seguir.

A desnutrição pode ser identificada como um dos fatores preponderantes para o início do suporte nutricional, sendo detectada pelos métodos de avaliação nutricional e que ocorre em até 50% dos indivíduos hospitalizados tanto clínicos quanto cirúrgicos, já no momento da sua internação (Riela, 1995).

A considerar a questão social, Márques (1995) aponta a desnutrição como um ponto em comum da América Latina atualmente, e reforça que grande parte dos indivíduos já chega ao hospital com algum grau de desnutrição.

Entretanto, é comum esperar somente do profissional nutricionista a avaliação nutricional. Considerando-se as condições responsáveis pela indicação da N.P., é fácil observar a relevância da enfermagem em detectar precocemente a desnutrição e também prevenir complicações decorrentes do suporte nutricional, não se podendo furtar, então, a compreender e muito menos a abordar o aspecto nutricional como um assunto ou responsabilidade exclusiva de outros profissionais.

A N.P. pode ser utilizada tanto como uma forma de tratamento quanto de prevenção da desnutrição; o indivíduo em uso desta terapia requer atenção especial, em função da sua complexidade e gravidade, e é considerado como de risco, passando a exigir assistência especializada também pela doença de base, tornando-se interesse e foco de estudos de naturezas diversas.

Obtive, ao cuidar de indivíduos em N.P., depoimentos bastante significativos relacionados às dúvidas freqüentes sobre o tratamento, além das queixas frente à limitação da ingesta oral, imaginando com prazer o retorno da alimentação oral, a insegurança de familiares em confiar na capacidade “daquele frasco” em nutrir..., enfim, dados importantes que estavam sendo perdidos e poderiam proporcionar a futuros usuários melhores condições no atendimento.

Aproveitando essas inquietudes, revi o relatório da disciplina Prática Assistencial, realizada no 3º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC expansão Pólo Univali - Feovi, o qual continha os seguintes questionamentos: o que teria a dizer o principal envolvido, no caso o indivíduo em uso da N.P.? Como seria melhor atendido nas suas necessidades, vontades e desejos? Como se sentia atendido pela Enfermagem? E, assim, descobrir sensações de conforto e desconforto, que poderiam gerar satisfações/insatisfações, e transformar os estados de desconforto / insatisfação mediante cuidados da enfermagem.

Procurando caracterizar o conforto na assistência a esses indivíduos, como um elemento de qualidade do cuidado, busquei, com o enfoque da Qualidade, Programas de Qualidade empregados em vários hospitais, conforme Aidar (1994) e Aguayo(1993), envolver direção, funcionários técnicos e administrativos, enfim, todos os que prestam direta e indiretamente assistência aos clientes internos e externos.

Encontrei na associação da teoria da Qualidade (QC story -Campos 1992), com o Paradigma da Avaliação Emancipatória, os princípios para desenvolver um processo de enfermagem para o indivíduo em uso de N.P., já criado e utilizado na prática assistencial.

Esta experiência inicial foi fundamental, pois desenvolvi meus estudos, a partir das informações extraídas da prática assistencial, em conjunto com profissionais da equipe de enfermagem, direcionando o foco das atenções para o indivíduo em uso da N.P. e seus familiares. Pude perceber e ressaltar a importância de ir além do próprio indivíduo em N.P., sendo para tanto necessário instrumentalizar aqueles que prestam a assistência, para que esta seja realizada de forma competente, eficaz,

eficiente e legítima.

Utilizei como referencial teórico, o Paradigma da Avaliação Emancipatória de Saul (1991), para avaliar os cuidados de enfermagem ao indivíduo em N.P., procedendo a uma reflexão em nível individual e coletivo, (com os demais profissionais engajados neste trabalho) e caminhar rumo a modificações e propostas para uma prática mais consciente e satisfatória para indivíduo/ família e equipe.

Acredito que esta metodologia proporcionou uma visão crítica sobre a atual prática de enfermagem com a N.P. para os participantes, levando todos a repensar novas atitudes para transformá-la.

Desenvolvi o estudo com o **objetivo** de buscar, na própria vivência da prática da N.P., as possibilidades de desenvolver junto à equipe de enfermagem, com a participação do indivíduo / familiares com N.P., uma avaliação de caráter emancipatório do processo de cuidados e modos de conforto proporcionado.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA O DESENVOLVIMENTO DO MARCO CONCEITUAL

### 2.1 Nutrição Parenteral

Através dos estudos desenvolvidos por Dudrick (1968), Fisher (1978) e Polak (1991), realizo um breve histórico ressaltando estudos e descobertas que contribuíram para o avanço da N.P. embora esteja consciente que ainda muito será desenvolvido para minimizar riscos e desconfortos daqueles que utilizam essa tecnologia.

A definição de Dudrick et cols. (1968) para "hiper alimentação Parenteral" é de que esta consiste na administração de nitrogênio, calorias e outros nutrientes em quantidades suficientes para conseguir síntese tissular e anabolismo em indivíduos com necessidades normais ou excessivas, é ainda hoje aceita, como um conceito adequado.

Descreve a seguir os avanços que possibilitaram o suporte nutricional parenteral, portanto um período que descrevo como prévio aos trabalhos de Dudrick.

Para Dudrick(1995), a utilização da N.P. teve início no ano de 1816, com Willian Harvey, que descobriu a circulação sangüínea, proporcionando a base anatômica e fisiológica para o uso da mesma. Em 1656, Wren, realiza experiências, fazendo a primeira infusão de líquidos por via endovenosa (E.V), infundindo cerveja inglesa, vinho e ópio em um cão, sendo a via uma pena de ganso adaptada a uma bexiga de porco. No trabalho de Johann D. Major, em 1662, detecta-se, pela primeira vez, uso da via endovenosa no homem.

A definição de desnutrição, segundo Dudrick (1995), é relatada em 1775, no dicionário Oxford; Latta, foi identificado como o primeiro, em 1831, a infundir água e sais minerais endovenosos para compensar as grandes perdas de líquido por vômito/diarréia durante epidemia severa de cólera na Inglaterra.

A primeira infusão E.V. de glicose ocorreu com Claude Bernard em 1843. Em



1863, Lister investigou os procedimentos assépticos e anti-sépticos, neste mesmo período Pasteur descobriu a microbiologia e suas relações com as infecções e seps; conforme Dudrick (1995), ambos possibilitaram que as infusões E.V. pudessem ser levadas a cabo com razoável potencial de êxito. É inquestionável o avanço proporcionado por essas descobertas no mundo das ciências.

Foi no início do sec XX que Kraush infundiu pela primeira vez a glicose E.V. com propósitos nutricionais, insistindo que indivíduos no pós - operatório, quando não eram capazes de receber alimentos pela boca, necessitavam de alimentação "artificial".

Em 1913, Henriques e Andersen foram os pioneiros na administração de proteínas E.V., quando mantiveram cabras com equilíbrio nitrogenado por 16 dias (por infusão de hidrolisado de proteínas preparadas por digestão de músculo de cabras com extrato pancreático). Murlin e Richa infundiram graxa emulsificada E.V. em cães.

Apenas em 1920, Yamakawa conseguiu infundir gordura emulsificada em humanos.

No início do sec. XX, Seibert encontrou e descreveu uma bactéria específica que se reproduzia em água destilada e liberava uma substância estável e filtrável, capaz de produzir febre e calafrios quando entrava na corrente sangüínea. Esta descoberta pirogênica conduziu à produção de soluções E.V. mais seguras e ao desenvolvimento da indústria comercial, encerrando um problema que por 3 séculos assustou investigadores interessados em infusões E.V.

A descoberta dos aminoácidos essenciais e não essenciais ocorreu por Rose, em 1931. O mesmo autor teve grande participação na evolução da N.P., pois em 1934 sugeriu o uso dos mesmos para propósitos nutricionais, em 1937 definiu os requerimentos de aminoácidos (a.a) para seres humanos e desenvolveu uma fórmula para prover as exigências de a.a. essenciais. Em 1938, Shol e Blackfan reportaram a primeira administração E.V. de a.a. cristalinos em humanos, em 1944 A. Wrethind desenvolveu a primeira solução de a.a. bem tolerada pelo homem.

Em 1949, Francis Moore apresentou um estudo sobre a resposta metabólica

do indivíduo cirúrgico. Em 1952, Aubaniac descreveu pela primeira vez a técnica de punção percutânea da veia subclávia como meio de transfusão rápida de líquidos e sangue, nas experiências decorrentes do atendimento a soldados americanos no Vietnã; tal procedimento em muito colaborou com o avanço na administração de soluções hiperosmolares em vasos profundos por serem irritantes às veias periféricas.

Encontramos em KARKOW (1984, p.8), a melhor descrição que contempla o universo dos indivíduos em N.P., quando se refere que "encontram nas unidades de internação, indivíduos:

- ◊ não podem comer (neoplasia de esôfago)
- ◊ não devem comer (fístulas de alto débito)
- ◊ não comem o suficiente (síndrome de intestino curto)
- ◊ não querem comer (má absorção)."

A aplicação clínica, com êxito de infusão E.V. de solução lipídica, estável e confiável, derivada do azeite de soja e estabilizada com fosfatídios de ovo, ocorreu em 1961, descrita por Shubert e Wretlind.

Somente em 1962, Dudrick demonstra que a N.P. total era possível, prática, segura e eficaz. Em 1967, realizou experimentos em cães, conseguindo neste mesmo ano infundir N.P. com sucesso em uma menina com atresia de esôfago, sendo este então o primeiro ser humano a fazer uso da N.P..

Em 1968, Dudrick já havia aplicado o conhecimento adquirido em experiências anteriores através de experiências e tecnologia de laboratórios, nos indivíduos cirúrgicos desnutridos e criticamente enfermos, no sentido de alcançar as seguintes metas nutricionais básicas :

- 1) Crescimento desenvolvimento de crianças;
- 2) Ganho ponderal até o peso ideal em adulto;
- 3) Equilíbrio de nitrogênio ou balanço nitrogenado
- 4) Aumento de força e do sentimento de bem estar;
- 5) Atividades e função melhoradas;
- 6) Taxas de mortalidade e morbidade diminuídas;

- 7) Relação risco/benefício melhorada;
- 8) Recuperação, convalescença e reabilitação melhores;
- 9) Permanência hospitalar diminuída;
- 10) Melhor relação custo/benefício.

A descrição a seguir está relacionada ao período que descrevo como um período após o advento dos trabalhos de Dudrick.

No que se refere às etapas evolutivas da N.P., Alexânder e Fischer, descritos por Riela (1993), dividiram a área do suporte Nutricional, em 3 fases evolutivas.

A primeira fase, de 1968 até os primeiros anos de 1979, na qual se aceitou com entusiasmo e sem críticas os efeitos "milagrosos" desta nova modalidade terapêutica;

A segunda fase, mais equilibrada, crítica, de condutas céticas e hipóteses, sendo testada, durou, talvez, a metade da década de 70 até a metade da década de 80;

A terceira fase, a que nos encontramos, diz respeito ao período da humildade, onde nos conscientizamos de nossas limitações, fornecemos menos nutrientes e procuramos nos manter dentro de orientações metabólicas.

Baker e Bristian citados por Riela (1993), confirmam que a má nutrição vem sendo reconhecida há muito tempo como uma fonte potencial de aumento de morbidez e mortalidade nos indivíduos cirúrgicos; a incidência relatada oscilou de 10 a 50% em diferentes séries de indivíduos hospitalizados.

Blackburn e cols., citados por Sauthier (1979) constataram uma grande incidência de má nutrição calórico-protéica em indivíduos hospitalizados. Tal incidência tem sido acima de 50%, alterando significativamente o curso hospitalar de tais indivíduos com ação direta sobre mortalidade e morbidade. Aparentemente percebemos apenas a desnutrição em foco, contudo o fato só poderia ocorrer frente ao desconhecimento dos profissionais envolvidos e não atentos para este aspecto, bem como para a sua evolução.

A sua utilização no Brasil diz respeito basicamente ao ambiente hospitalar em instituições particulares e públicas que necessitam de estrutura apropriada para o

preparo, e profissionais atualizados para atuar com o indivíduo e a família, em uso de N.P.

Os estados do Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo já utilizam N.P. domiciliar, prática corrente em países como EUA e França, respondendo por inúmeras vidas, proporcionando qualidade neste viver e devolvendo para a sociedade um ser humano apto a desenvolver atividades profissionais e familiares com dignidade. Contudo, são indispensáveis condições mínimas de higiene, sociais e culturais, para que a manutenção dos materiais e solução assim como a exclusão dos riscos, ocorram com segurança.

Atualmente, inúmeras patologias clínicas ou cirúrgicas surgem em portadores com déficit nutricionais, acarretando uma incidência elevada de doentes desnutridos nas enfermarias dos hospitais gerais (Rasslan, 1985). A presença de profissionais enfermeiros e da equipe de enfermagem apta para identificar e promover ações de cuidados que minimizem tais complicações, propicia a crença de que estejamos mais próximos da assistência de enfermagem com competência.

Verifica-se, seguindo a evolução referida acima, como ainda é perceptível o grande desconhecimento dos profissionais de saúde perante o aspecto nutricional, colocando-o em segundo plano ou em total desconhecimento. As indicações da N.P. podem ser divididas em gerais, absolutas e relativas. Conforme Nitschke (1997) são classificadas em indicações gerais:

- a) Problemas temporários impedindo ingestão oral ou enteral por mais de 10 dias, especialmente quando já existe uma deficiência nutricional;
- b) Obstrução ou outro problema mecânico que possa acompanhar uma intervenção cirúrgica;
- c) Problemas obstrutivos / mecânicos múltiplos e/ou incorrigíveis associados a uma neoplasia avançada.
- d) Intestino curto severo secundário à ressecção cirúrgica, enterite por radiação, fístula gastrointestinal alta ou incapacidade para manter o peso e a composição corporal com regime enteral apropriado.

- e) Deterioração nutricional severa e/ou contínua no paciente com câncer avançado e em qualquer neoplasia maligna onde a desnutrição, mais que o câncer, é o problema primário.

São descritas como indicações absolutas: síndrome do intestino curto; fístula êntero-cutânea de alto débito(> de 500ml/dia); Íleo pós-operatório prolongado; jejum por via oral por mais de uma semana durante preparo pré-operatório ou tratamento clínico; desnutrição grave ( $\geq 20\%$  de perda de peso ou albumina sérica < que 3,0g/dl); doentes com desnutrição moderada-grave com doenças obstrutivas do trato gastrointestinal alto; infecção peritonial; pós-traumática: lesões múltiplas, queimaduras graves, infecção (sepsis); desordens gastrointestinais: vômitos crônicos e doença intestinal infecciosa; moléstia inflamatória intestinal: colite ulcerativa e doença de Crohn; insuficiências orgânicas: hepática e renal.

São descritas como indicações relativas: fístula êntero-cutânea de baixo débito; Desnutrição leve(perda de peso entre 10 e 20% no pré-operatório e albumina sérica entre 3,0 e 3,5g/dl); Pacientes portadores de neoplasia maligna, com desnutrição moderada a grave e que serão submetidos à cirurgia de grande porte.

As contra-indicações do uso da N.P. são identificadas quando a capacidade de se alimentar por via oral e/ou enteral estão preservadas, doença terminal com mau prognóstico (expectativa de vida inferior a 40 dias)e estado nutricional inadequado.

O acesso venoso deve ser escolhido conforme o tipo de solução, podendo-se utilizar o acesso venoso periférico, para a Nutrição Parenteral Periférica (NPP), quando o tempo previsto para utilização for previsível entre 1 a 2 semanas e com objetivo de complementar a nutrição enteral .

Esta solução Parenteral Periférica inclui a emulsão lipídica (a mistura da solução de carboidratos, a.a. e lipídios) à 10%, sendo comumente denominada de solução 3 em 1. A punção deve seguir a técnica asséptica e são utilizadas cânulas de poliuretano ou silicone com trocas que não devem exceder a 2-3 dias.

Vale destacar que neste estudo, este tipo de solução não foi utilizada, valendo a denominação de N.P para infusões com acesso venoso profundo.

O acesso venoso profundo deve seguir o rigor da técnica asséptica, prevenindo complicações infecciosas, utilizando-se a paramentação adequada, preparo da pele e orientação prévia do indivíduo a ser puncionado, quanto ao procedimento.

Após o acesso realizado, deve se assegurar da adequada localização através do controle radiológico, antes mesmo do início da N.P. O acesso venoso central preferencial é realizado através das veias jugular interna ou subclávia, que apresentam a vantagem, sobre as dissecções, de menor manipulação e risco de infecção.

O acesso venoso central deve ser exclusivo para a administração da N.P. exceto quando o cateter utilizado possuir vários lumes (duplo ou triplo) possibilitando a utilização de um lume exclusivo para a N.P. (Dinner, 1996).

Por via profunda, pode-se utilizar dois sistemas de soluções parenterais, o sistema glicídico: o qual a glicose hipertônica é a fonte de calorias exclusiva não protéicas, sendo o mais utilizado pela viabilidade econômica, administrando a emulsão lipídica 2 a 3 vezes por semana para prevenir a deficiência de ácidos graxos. O sistema lipídico é a solução balanceada contendo a.a, glicose, lipídios, vitaminas, eletrólitos e minerais em um mesmo frasco, também denominado de solução 3 em 1.

O início da N.P deve ser preferencialmente de forma gradual, fazendo com que a sobrecarga de carboidratos oferecida estimule a produção de insulina endógena e os mecanismos de equilíbrio metabólico. A solução para adultos possuindo partes iguais de a.a a 10 % e de glicose a 50 % deve normalmente ser iniciada com uma velocidade de 50 ml/hora nas primeiras 24 horas, não ocorrendo alterações metabólicas, pode-se elevar gradualmente até 100 a 120 ml/hora, conforme a exigência calórico/nutreica. (Nitshke, 1997).

As soluções padrão contêm a.a essenciais, utilizados como fonte de nitrogênio em concentrações de 5 a 10 %, que correspondem a 8 e 16 grama de nitrogênio por litro. O frasco de 1000 mls. contém 500 mls. de a.a, sendo adicionados 500 mls de carboidratos sob a forma de glicose a 50 %, somando um volume de 1000 mls. (Vianna, 1983).

A adição dos eletrólitos: cloreto de Sódio, cloreto de Potássio, sulfato de magnésio e fosfato de potássio, de vitaminas C e do complexo B e de oligoelementos ocorre através da prescrição médica com base nos resultados laboratoriais realizados periodicamente no sentido de prevenir complicações metabólicas, e conforme a rotina de cada instituição.

As soluções parenterais para indivíduos portadores de nefropatia e hepatopatia são específicas devido aos a.a presentes serem diferenciados. Os a.a são divididos em essenciais, aqueles que não podem ser sintetizados pelo organismo: isoleucina, leucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptofano e valina.; e não essenciais os sintetizados pelo organismo: alanina, arginina, ácido aspártico, histidina, cistina, ácido glutâmico, serina, tirosina, glicina, aspartina e prolina.

Para os indivíduos com insuficiência hepática e renal, existem soluções específicas, para cada caso. Na insuficiência hepática, a oferta de a.a aromáticos deve ser reduzida (tirosina , fenilalanina e triptofano) e aumentada a de a.a de cadeia ramificada (valina, isoleucina e leucina). No caso dos indivíduos nefropatas a oferta de nitrogênio deve ser reduzida, e aumentada, a carga calórica por grama de nitrogênio, sendo ofertados apenas os a.a essenciais. (Polak, 1991).

Devido às complexidades existentes no acompanhamento nutricional do indivíduo hospitalizado, fato que inclui a Nutrição Parenteral e enteral, foram criadas equipes multidisciplinares, descritas por Thompson (1992, p.62) “para detectar, identificar, assistir, tratar e monitorar pacientes que sofrem de desnutrição ou possuem provavelmente uma necessidade nutricional específica ou ocasionada por complicações. “

Ciosak (1997), citando Baxter, justifica que a terapia nutricional é considerada como um procedimento de alta complexidade, que exige uma ação coesa, integrada e harmônica dos diversos profissionais da saúde envolvidos na área, compreendendo não só o pessoal de nível universitário, mas todo aquele que atua de forma direta ou indireta no cuidado com o paciente.

Complementando, Polak (1991), afirma que o grupo de suporte nutricional poderá ser visto como um grupo organizado por profissionais de áreas correlatas,

que tenha como objetivos integrar esforços, conhecimentos, eliminar a defasagem de serviços e contribuir com o desenvolvimento de ações eficazes e integradas.

O surgimento dos grupos de suporte nutricional iniciaram na década de 70 nos países do primeiro mundo com uma expansão rápida e crescente, seguindo para o Brasil, na década de 80 (Baxter, 1997).

Os benefícios encontrados vão desde a redução de complicações metabólicas, mecânicas e infecciosas até na adequada assistência nutricional, verificada através do equilíbrio do balanço nitrogenado após a intervenção do grupo de suporte nutricional, verificado no estudo de Sheldon (1986).

Entretanto Baxter (p.20,1997) salienta que, a sobrevivência dos grupos de suporte nutricional, estará garantida "na medida em que perpetua os benefícios que traz para o paciente e para a estrutura hospitalar. Para isto é necessário a sistematização de todos os procedimentos e constante preocupação por parte de seus integrantes em conduzir estudos de custo-benefício e de tempo-movimento dos próprios elementos da equipe".

No sentido de descrever os passos, as dificuldades e sucessos obtidos com a implantação do grupo de suporte nutricional ao qual pertencço, e já descrevi anteriormente, realizamos um estudo de caso (Britto, 1993) objetivando auxiliar o surgimento de outros grupos, verificamos que a maior dificuldade empregada, desde a implantação do grupo até hoje, está relacionada à dificuldade de aceitação dos cirurgiões, de que o grupo atuasse com os "seus" pacientes.

Concluimos que a melhor maneira de implantar um grupo de suporte nutricional é : 1) Integrar inicialmente pessoas interessadas; 2) criar e escrever uma rotina; 3) convidar profissionais médicos dos setores que utilizam suporte nutricional para participarem do grupo e 4) sensibilizar a direção e corpo clínico da instituição para a importância do grupo tanto em relação aos resultados como à diminuição de custos.

Segundo outro trabalho extraído da experiência de cinco anos do grupo de suporte nutricional, (Nitschke, 1993) do período de 1988 a 1993, verificamos que, em várias ocasiões, o suporte nutricional parenteral utilizado não estava indicado,



levando-se em consideração o tempo que o mesmo foi administrado e que, por muitas vezes, poderia ser empregado o suporte enteral, diminuindo custos e riscos para os usuários. Este fato poderia ser abrandado, ao nosso ver, com uma atuação direta do grupo de suporte nutricional, o que, por impedimento do corpo clínico, não ocorreu.

Portanto, a presença dos grupos de suporte nutricional, possibilitam um maior e melhor controle dos indivíduos em uso da Nutrição Parenteral, prevendo o aparecimento de complicações e atuando rapidamente caso ocorram.

As complicações da N.P são divididas em:

Mecânicas: quando relacionadas à punção e à manutenção do cateter venoso; pneumotórax, hemotórax, lesão do plexo braquial, laceração arterial, lesão do ducto torácico, arritmias, embolia gasosa, ruptura do cateter e trombose venosa.

Metabólicas: relacionadas ao metabolismo da glicose (hiperglicemia, hipoglicemia, produção aumentada de CO<sub>2</sub>, esteatose hepática, deficiência de vitamina B1). Deficiência de eletrólitos, ácidos graxos essenciais e alterações da função hepática.

Infeciosas: bacteremia, sepse, infecção local relacionada ao cateter, e tromboflebite séptica da veia cava superior são as complicações possíveis.

Segundo Dinner (1996), a sepse relacionada ao catéter é uma complicação grave que ocorre em 3-7% dos pacientes em N.P, e é indistinguível da sepse que se origina em outros focos de infecção.

O suporte nutricional tem uma série de recomendações a serem seguidas para sua efetiva utilização. Baseando-me nas recomendações para o suporte nutricional de pacientes adultos hospitalizados do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (Dinner, 1996 p.13-14), descrevo no anexo 1 os cuidados de enfermagem na N.P. Vale ressaltar, que esta rotina foi elaborada também utilizando-se a rotina do grupo de suporte nutricional da instituição da qual também faço parte.

Milanez (1980) relata a percepção do que acomete ao indivíduo, quando em N.P., com longas hospitalizações e com possibilidade de ver-se comprometido na sua área psíquica. A dor, o medo, a falta de sono, o isolamento familiar e social alteram profundamente a resistência do indivíduo frente ao stress.

É inevitável destacar que, assim como na minha história profissional, centenas de profissionais da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, são formados anualmente, em todo o país, com um conhecimento teórico, em Suporte Nutricional, insuficiente. Tal fato também ocorre em outros cursos responsáveis pelos demais componentes da equipe multidisciplinar.

As afirmações anteriores têm o objetivo de chamar a atenção para a formação atualizada dos docentes e alunos para uma atividade cotidiana e inerente a qualquer ser vivo: a alimentação e a nutrição.

## **2.2 Paradigma da Avaliação Emancipatória**

O cuidado de enfermagem não pode ser desvinculado do seu papel educativo, e, em busca de complementar a fundamentação teórica descrita nos tópicos anteriores, encontrei no Paradigma da Avaliação Emancipatória aspectos fundamentais para o processo educativo que proponho para alcançar a satisfação das necessidades, desejos, anseios e segurança de quem utiliza especificamente a N.P.

O ensino é considerado como uma das principais ações de enfermagem, destacando o papel do enfermeiro como elemento modificador e orientador do indivíduo na aprendizagem das atividades que ele precisa aprender e / ou ser capaz de realizar, de maneira a promover o seu conforto.

Encontro em SAUL (1991) a denominação e descrição da Avaliação Emancipatória, destacando que sua construção foi inspirada em três vertentes teórico - metodológicas, descritas como:

- Avaliação Democrática :

Descrita por Mac Donald, citada por Saul (1991), como uma forma de

serviço informativo prestada à comunidade sobre as características de um programa educacional, reconhecendo o pluralismo de valores.

O valor básico é o de uma cidadania consciente, e o avaliador age como um intermediário nas trocas de informações entre diferentes grupos. São considerados como conceitos chave “sigilo”, “negociação” e “acessibilidade”. O conceito fundamental que justifica a Avaliação Emancipatória é “o direito à informação”. Entretanto, observa-se a grande dificuldade em transformar a realidade destes usuários de passivos receptores em participantes do seu próprio processo de saúde - doença.

Como exemplo deste aspecto incluo a descrição de Villalobos, (1996), acerca da cidadania e emancipação em seu estudo realizado entre os pais e crianças hospitalizadas, a qual descreve um conformismo e desconhecimento destes clientes em buscar o exercício pleno de sua cidadania, “A conquista da autonomia é nula na maioria dos pais, para não falar de todos. Desconhecem o que fazer, como fazer, se são capazes e se têm tais direitos.”... “ No cuidado, encontra-se um total despreparo dos pais e das crianças para viver o que há de viver bem ou morrer bem. Conduzem o processo de evolução de maneira grotesca e difícil por falta de preparo ou temor de fazer o que pode ser feito para progredir”.

A autora, acima descrita, relata a grande dificuldade em promover uma participação e emancipação dos pais nos cuidados e reivindicações, concluindo que o caminho a ser seguido pela enfermagem é buscar a modificação dessa realidade “...um caminho a percorrer com espírito de mudança, respeito pelo outro, compartilhando, criando, com desejos de pesquisar sempre, na conquista da sua autonomia como profissão, para vivenciar e ser bem sucedida”.

- Crítica Institucional e Criação Coletiva :

Apresentada por Segurier citada em Saul (1991), ao descrever investigação desenvolvida pela equipe do Inodep (Institut pour le Developement des Peuples), caracteriza a crítica institucional como um processo de investigação de uma dada realidade, visando à aplicação de métodos de conscientização aos mais variados tipos de organização.

Conforme observado por Saul (1991), o processo de conscientização proposto (desvelar a realidade, não pode existir fora da práxis, sem ação - reflexão...) é a criação coletiva, mola mestra de uma pedagogia emancipadora em que os membros de uma organização são tratados como seres autodeterminados, isto é, sujeitos capazes de, criticamente, desenvolverem suas próprias ações.

Destaca-se que existem três momentos previstos nesta etapa que atuam não separadamente, mas sim envolvidos de forma harmoniosa e inter relacionada:

1º momento - Expressão e descrição da realidade;

2º momento - Crítica do material exposto e

3º momento - Criação coletiva.

Possui seis princípios metodológicos descritos como: autenticidade e compromisso, antidogmatismo, restituição sistemática, feedback aos intelectuais orgânicos, ritmo e equilíbrio de ação - reflexão, ciência modesta, técnicas dialogais descritas detalhadamente na metodologia deste estudo.

O Paradigma da Avaliação Emancipatória, descrito por Saul, (1991) caracteriza-se, então, como um processo de descrição, análise crítica de uma dada realidade, visando transformá-la, pois por estar situada em uma vertente político - pedagógica cujo interesse é emancipador, libertador, busca promover a crítica, de modo a libertar o sujeito, no caso o indivíduo em N.P., de condicionamentos determinados.

Busco na autora, citada acima, a apresentação clara das principais características e descrições do Paradigma da Avaliação Emancipatória :

CARACTERÍSTICAS	DESCRIÇÃO
NATUREZA DA AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de análise e crítica de uma dada realidade visando a sua transformação.</li> </ul>
ENFOQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitativo</li> <li>• Praxiológico: busca apreender o fenômeno em seus movimentos em sua relação com a realidade, objetivando a sua transformação e não apenas a sua descrição.</li> </ul>
INTERESSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emancipador, libertador; visa provocar crítica, libertando o sujeito de condicionamentos determinados</li> </ul>
VERTENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Político-pedagógica</li> </ul>
COMPROMISSOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indiretamente, atingidas por uma ação educacional, escrevam sua própria história.</li> <li>• O avaliador se compromete com a "causa" dos grupos que se propõe avaliar</li> </ul>
CONCEITOS BÁSICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emancipação</li> <li>• Decisão democrática</li> <li>• Transformação</li> <li>• Crítica educativa</li> </ul>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Iluminar" o caminho da transformação</li> <li>• Beneficiar audiências em termos de torná-las autodeterminadas</li> </ul>
ALVOS DA AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas educacionais ou sociais</li> </ul>

<p>PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidogmatismo</li> <li>• Autenticidade e compromisso</li> <li>• Restituição sistemática</li> <li>• Ritmo e equilíbrio da ação-reflexão</li> </ul>
<p>MOMENTOS DA AVALIAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da realidade</li> <li>• Crítica da realidade</li> <li>• Criação coletiva</li> </ul>
<p>PROCEDIMENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialógico</li> <li>• Participante</li> <li>• Utilização de técnicas do tipo: entrevistas livres, debates.</li> </ul>
<p>TIPOS DE DADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominantemente qualitativos</li> <li>• Utilizam-se também dados quantitativos</li> </ul>
<p>PAPEL DO AVALIADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenador e orientador do trabalho avaliativo</li> <li>• O avaliador, preferentemente, pertence à equipe que planeja e desenvolve o programa</li> </ul>
<p>REQUISITOS DO AVALIADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiência em pesquisa e em avaliação</li> <li>• Habilidade de relacionamento interpessoal</li> </ul>

### 3 FORMANDO O MARCO CONCEITUAL

Marco Conceitual, no entender de Trentini (1987), é um conjunto de definições e conceitos interligados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de um modo abrangente.

Neste sentido, os conceitos foram desenvolvidos não somente com a discussão dos orientandos e orientadora, mas também enxertados com a minha busca individual, crenças, valores e experiências profissionais. De forma a tornar mais concreta e prazerosa a compreensão, interliguei os conceitos sob uma forma gráfica visualizada na página 42.

#### 3.1 Alguns Pressupostos

Os pressupostos a seguir surgiram através de minhas vivências profissionais a este estudo, e que despertaram questionamentos e buscas responsáveis pelo resultado deste projeto.

⇒ O indivíduo em uso da N.P. encontra-se dependente dos cuidados de enfermagem, é considerado de alto risco e, dificilmente é possibilitada sua participação acerca dos procedimentos realizados.

⇒ O indivíduo em uso da N.P. é privado do prazer de sua ingesta oral, possui aspectos emocionais atingidos, não percebidos, na maioria das vezes, na sua plenitude, pela equipe de enfermagem.

⇒ O indivíduo em uso de N. P. possui condições de compreender / aprender e atuar em seu benefício, quando devidamente orientado.

⇒ O indivíduo em uso de N. P. deve participar no cuidado de enfermagem, detectando resultados indesejáveis e sugerindo alterações nos procedimentos para eliminar / reduzir as insatisfações geradas.

⇒ O indivíduo em uso de N. P., além das manifestações orgânicas, também vivência uma gama de alterações que se refletem no ambiente familiar, gerando conflitos com repercussões econômicas, sociais, culturais e emocionais resultados pela sua hospitalização.

⇒A equipe de enfermagem, através do cuidado diário ao indivíduo em N. P., aprende a lidar com suas necessidades e solicitações muitas vezes de forma insatisfatória para ambas as partes, principalmente por falta de conhecimento científico e tecnológico.

⇒A enfermagem se fortalece na medida em que adota e desenvolve uma metodologia cujas experiências vivenciadas entre os profissionais da equipe e o indivíduo assistido são transformadas em conhecimento, promovendo o conforto no cuidado e nas relações diárias, incluindo os membros das equipes multidisciplinares que participam deste cotidiano.

### **3.2 Conceitos Norteadores do Tema**

#### **3.2.1 Enfermagem/ Cuidado e Conforto**

A enfermagem é uma profissão social, que necessita utilizar sensibilidade, intuição e prática somadas a um conhecimento científico proveniente de métodos teóricos e práticos para assim possibilitar a melhoria do cuidado e satisfação do indivíduo ao captar suas exigências, direitos, desejos e vontades, criando condições para sua vivência plena e confortável, através de soluções flexíveis do que foi identificado como resultado indesejável do processo de saúde.

O cuidado ao indivíduo em N. P. inclui orientação contínua, respeitando seus aspectos pessoais e as condições existentes na instituição; portanto, tanto o profissional quanto o indivíduo a ser cuidado estão sujeitos a um meio determinado por normas oficiais /extra-oficiais consentidas, aspectos técnicos e administrativos os quais devem existir em benefício de todas as pessoas nas suas singularidades.

As ações profissionais podem ser desenvolvidas com indivíduos, família e sociedade, considerando crenças e valores. É preciso que a competência tecnológica seja transformada respeitando os fatores culturais e regionais.

Percebo o cuidado de enfermagem comprometido, considerando a ausência de condições básicas que possibilitem a prática diária com dignidade para os



profissionais, que na grande maioria, sofre por condições econômicas, técnicas e humanas incompatíveis com suas responsabilidades profissionais.

Descrever o cotidiano da equipe de enfermagem hospitalar é tarefa difícil e complexa pelos diferentes objetivos de cada instituição, norteados pela sua política e filosofia; e mesmo entre as próprias unidades, pelas características dos cuidados a serem realizados, pelo grupo formador, pela liderança e uma infinidade de forças que interagem construindo ou minando a convivência, harmonia e lideranças.

Sabe-se que o cuidado em enfermagem em nosso país é realizado por uma força de trabalho constituída de auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros; todos estes ocupando funções diferenciadas, porém todas dizem respeito ao cuidado requerido ao cliente.

Entendo o cuidar / cuidado como Waldow e Neves-Arruda (Waldow 1995), cujo o mesmo significa comportamentos e ações empreendidos no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, e cuidado é a resultante desse processo.

Com relação à criatividade desse processo, Waldow (1992) descreve que o cuidado autêntico é criativamente dado de acordo com o estilo de cada um e, levando em consideração as particularidades e necessidades de cada pessoa que necessita do cuidado e que está sob a responsabilidade da pessoa que o fornece, reforça a importância do estímulo e orientação para o auto cuidado que contribui para estimular e continuar a busca em direção à completude como ser humano.

Como resultado esperado para o cuidado prestado pela enfermagem, percebo o conforto, este estado ou sentimento possui variáveis para cada indivíduo conforme sua cultura, história de vida, ambiente e condição emocional. Acredito ser o cuidado uma condição para o conforto, difícil de ser descrita, mas rapidamente compreendida no seu caminho inverso, o desconforto.

A concepção de conforto pode adquirir significado de um dos estados: alívio, encorajamento ou consolo, enfim de harmonia, resultado da integração corpóreo-espírito na relação consigo mesma ou seja, dela e do ambiente, no qual a pessoa se sente familiarizada, segura, cuidada, amada auto-controlada e capaz de

funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando seus papéis usuais, (Mussi, 1996).

A autora esclarece, ainda, que quando o conforto é definido como substantivo está vinculado a um resultado e quando é considerado verbo está implícita a idéia de processo.

O conforto possibilita alívio, bem - estar, ânimo, paz e condições para a recuperação física e emocional. O indivíduo em uso da N.P. deve ser atendido em suas necessidades de conforto, pela equipe de enfermagem ou pelos próprios familiares, quando possível, no sentido de minimizar as insatisfações geradas em nível físico, emocional e espiritual.

O reaprendizado por todos os membros da equipe de enfermagem para aprender a entender, perceber e cuidar dos sinais de desconforto do indivíduo cuidado requer a revisão dos modos de sentir e fazer e necessita que o enfermeiro, orientador desta equipe, possua conhecimentos afins que possibilitem a construção desta realidade.

É inegável o papel de educador facultado ao enfermeiro qual seja sua área de atuação, devendo exercê-lo junto à equipe, assim como aos indivíduos e seus familiares.

Esta educação para o cuidado, descreve Waldow (1993), revela os diferentes modos de interpretar o mundo. Nela, educadores tentam criar situações que permitam a expressão de inteligências e tentam oferecer oportunidades para liberar a imaginação de forma que os aprendizes possam descobrir o que reside além, buscando alguma possibilidade significativa.

A proposta educacional inserida neste trabalho através da Avaliação emancipatória, segundo Saul, está situada numa vertente político - pedagógica cujo interesse primordial é emancipador, libertador, visando provocar a crítica, devendo libertar o sujeito de condicionamentos deterministas. O compromisso principal desta avaliação é o de fazer com que as pessoas, direta ou indiretamente envolvidas em uma ação educacional, escrevam a sua "própria história" e gerem as suas próprias alternativas de ação.

Creio que possibilite um exercício do pensar, refletir e agir baseado na realidade de cada indivíduo, podendo, a partir desse novo olhar, iniciar um outro caminho, com mais satisfação, havendo, desta forma, um envolvimento conjunto entre indivíduo, equipe de enfermagem e familiares.

### **3.2.2 Indivíduo**

Neste estudo, pretendo centralizar a utilização da N.P. em indivíduos adultos que por diversas razões não podem utilizar a via digestiva, ou esta é insuficiente para prover sua necessidade calórico/nutricional momentânea.

Cada indivíduo em N.P. possui respostas diferenciadas para ações previstas, daí a ser essencial individualizar o cuidado.

O indivíduo hospitalizado, em uso da N.P., encontra-se sob forte stress proveniente da hospitalização, do afastamento familiar e social, da dificuldade de decidir e prever seu futuro, das limitações econômicas decorrentes do seu afastamento profissional, e das alterações provocadas pela rotina hospitalar nos seus hábitos diários.

A proposta educacional deste estudo inclui emancipar e provocar a crítica para que o indivíduo possa se libertar do condicionamento e, através da reflexão, gere as suas próprias alternativas de ação para, ao menos minimizar, as insatisfações geradas.

As formas com as quais lida com as dificuldades do cotidiano são também influenciadas pelas experiências anteriores e pelos conhecimentos conquistados através delas, atribuindo-lhe potencialidade e capacidades diferenciadas para buscar satisfação na vida. Acredito, então, que a transformação das situações de insatisfação pode ocorrer através da imaginação, intuição, raciocínio e diálogo com outros indivíduos.

Na sua hospitalização, as necessidades atuam como estímulos para a busca de melhorias nas condições de viver, desejando o conforto através dos cuidados de enfermagem.

Nasce com potencial para ser inteiro, livre, consciente, participante, intuitivo, emocional e racional para fazer a sua história, mas também ser influenciado por ela. Contudo, nem por isso vive só, é imprescindível para sua existência o convívio social e cultural com os demais pares.

Creio que não pode haver satisfação e competência no cuidado se ao menos a equipe envolvida não for consciente da complexidade que envolve o conceito de indivíduo/ser humano e a sua saúde.

### **3.2.3 Ambiente**

Diz respeito ao espaço externo e interno de um indivíduo. É entendido como o ambiente externo que o cerca: aspectos sociais, culturais, familiares e demais fatores que possam atuar externamente; refiro-me ao ambiente interno inter-relacionando-o ao "mundo": mental, emocional, espiritual e instintivo; ocorrendo, freqüentemente, a fusão entre os dois .

A sensação de harmonia ocupada na relação entre esses espaços, interno e externo, produz ou é produzida pela satisfação, determinando mais um fator que fortalece/fragiliza no processo evolutivo. O ambiente externo pode interagir de forma positiva com o indivíduo, proporcionando-lhe segurança, bem - estar e higiene, oferecendo condições de viver com satisfação .

Vietta (1986) descreve que a conduta de uma pessoa está sujeita a variações condicionadas pelos estímulos ambientais. É sabido que todos os seres vivos são afetados profundamente pelas condições em que vivem;... nutrição, higiene e condições de habitação e trabalho, com repercussão no seu crescimento, na resistência e duração máxima de vida, fato que comprovo ao perceber como cada usuário da N.P. reage de forma diferenciada ao stress, solidão, dor e fome.

Observando o cotidiano do indivíduo em uso de N.P., constatei alterações significativas na sua adaptação ao ambiente hospitalar, como exemplo, quando criava ao seu redor arrumações que caracterizavam a individualidade do seu espaço como: toalhas, xícaras, vasos com flores, santinhos..., estabelecendo um ambiente mais próximo com o seu, proporcionando-lhe mais aconchego e satisfação.

- ser humano apresenta-se como a espécie viva mais adaptável a fatores ambientais e stressantes, principalmente ao utilizar os conhecimentos adquiridos ao longo da existência, mas também pela sua vontade que aciona a criatividade e pelo saber pensar crítico e participante, sempre buscando formas de viver que lhe propiciem conforto e estado agradável.

### **3.2.4 Saúde e Nutrição Parenteral**

É a relação de harmonia conflitual orgânica, mental e emocional, manifestada pela sensação de desconforto ligada à condição individual e cultural de se adaptar com maior ou menor flexibilidade a situações que desencadeiem um resultado indesejável.

É um dos meios que ocasionam aproximação entre indivíduo e profissional da saúde.

A experiência com o uso da N.P. pode ser vivenciada com diversos matizes por quem a utiliza e por quem cuida deste indivíduo.

A educação adequada e acessível para iniciar o auto-cuidado, a possibilidade de contar com familiares próximos e interessados, a formação de um elo afetivo forte entre quem cuida e é cuidado e, principalmente, o objetivo firme de “ir para casa”, foram alguns dos vários aspectos que percebi na convivência com equipe e indivíduo em uso da N.P.

Os mecanismos que cada um utiliza para lidar com suas frustrações, angústias e tristezas provêm das conquistas individuais, culturais e sociais; os resultados destes conflitos podem promover desequilíbrios orgânicos e desconfortos.

Ser / estar satisfeito permeia a busca, o comprometimento e a aceitação nas suas interações com o ambiente; com as possibilidades de ser confortável com o mundo e consigo, através da adequação dos desejos, interesses, vontades, necessidades, expectativas e possibilidades, incluindo a realidade econômica, política e social.

O indivíduo em uso da N.P., mesmo antes de sua utilização, apresenta um

desequilíbrio orgânico acarretando/acarretado pelo desequilíbrio emocional percebido através da irritabilidade, queixas freqüentes, negação das restrições impostas pelo repouso ou dieta, desânimo, inquietudes, dentre outros.

A utilização da N.P. é conseqüência de um processo patológico anteriormente presente, e a prevenção ou tratamento de sua(s) complicação(ões) indicam este tipo de assistência.

Vale destacar que as complicações oriundas da N.P. podem suplantar, com relação a gravidade e alterações, os desconfortos iniciais da doença de base.

N.P., segundo o conceito de Polak, (1991) significa a administração por via venosa central de vários nutrientes, tais como: a.a, carboidratos, eletrólitos, vitaminas, elementos traços e gordura. A mistura de todos esses elementos constitui a chamada solução nutritiva.

Refleti, através das leituras de Sauthier (1979), que a organização e a dinâmica do serviço, bem como o preparo da equipe em N.P., são variáveis que interferem na competência do cuidado prestado.

Porém, percebo uma lacuna na orientação aos profissionais que lidam com os indivíduos submetidos à N.P., para valorizar e/ou detectar o quanto de social e profunda é a relação de todas as culturas com a alimentação, e, por conseguinte, não é somente de nutrientes que o indivíduo está privado ao utilizar a N.P.; com esta reflexão, verifiquei um caminho pouco percorrido pelo cuidado de enfermagem, acostumado a verificar, medir e controlar, tornando-se inevitável incluir, na percepção de cuidado, modos de confortar e proporcionar satisfação .

### **3.2.5 Educação/ Emancipação**

Segundo Freire, citado em Saul (1991), a finalidade de qualquer ação educativa deve ser a produção de conhecimentos que aumenta a consciência e a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos.

O conhecimento é mais um instrumento da educação, que deve permitir ao indivíduo a reflexão, a crítica e a participação, transformando o indivíduo de objeto em sujeito da sua história, determinando mudanças com o objetivo de alcançar

melhorias, no âmbito individual e coletivo, para intervir e buscar satisfação e conforto na vida.

Educar é proporcionar idas e vindas, gradativas e individualizadas, respeitando os valores sociais e culturais de quem é educado, para que possa compreender, solucionar, refletir e aperfeiçoar-se, e assim elaborar e propor modificações adequadas à sua realidade.

O indivíduo com N.P. deve ser alvo de um processo educativo para compreender e participar do seu cuidado, melhorando-o continuamente; desta forma, acredito que a enfermagem deve participar desse processo educativo em conjunto com as ações desenvolvidas pelo enfermeiro no suporte nutricional, que inclui N.P. e enteral, voltadas para 3 objetivos distintos e inter-relacionados, conforme Polak (1991, p.37):

-“Desenvolver ações de apoio para o indivíduo e família em Suporte nutricional parenteral, visando obter uma participação no tratamento de modo a torná-lo o menos dependente possível da equipe de enfermagem.” Através de esclarecimentos dos procedimentos, “tradução” dos termos técnicos, revisar orientações para perceber o grau de compreensão, auxiliar e encorajar pequenas atividades que possa desenvolver : contar as gotas / min. Sem tentar alterar o gotejamento; realizar o controle de diurese (após supervisão)...;

-“Planejar e dotar ações que visem reduzir riscos e potencializar os resultados do S.N. Parenteral.” Como exemplo: orientar para exercícios ativos e passivos prevenindo tromboembolia e favorecendo o anabolismo; orientar para comunicar em sinais de hipo ou hiperglicemia...

-“Promover meios que assegurem o processo interativo dos membros da equipe multidisciplinar com o indivíduo”. Estimulando e aproximando familiares e indivíduos para esclarecimentos com o nutricionista, médico, enfermeiro...

Busco através de Saul (1991) a Avaliação emancipatória já descrita na fundamentação teórica, cujo compromisso principal desta avaliação é o de fazer com que as pessoas direta ou indiretamente envolvidas em uma ação educacional escrevam a sua "própria história" e gerem as suas próprias alternativas de ação,

realizando o processo educativo e participativo.

Emancipação prevista pelas propostas dos participantes ao elaborarem suas próprias ações através da crítica e da consciência da realidade, buscando a sua transformação. A participação democrática permeia este processo, pois não é possível haver envolvimento e tomada de decisões dos participantes, incluindo todos os passos do processo, mudanças de rumo, consensos e dissensos, sem a participação ampla e diversificada dos envolvidos.

Considero o Paradigma da Avaliação Emancipatória como o método educacional viável e coerente para realizar a proposta educacional a que me proponho, visando o indivíduo em uso da N.P.

### **3.2.6 Competência**

Destaco o conceito de competência por percebê-lo muitas vezes subentendido no cuidado de enfermagem e pouco citado na bibliografia.

Está diretamente relacionada com o desempenho profissional, permeia a garantia, através da verificação de menos riscos, maior satisfação, incluindo menos custos; é perceptível a relação direta com a educação, tanto no profissional que presta o cuidado quanto no indivíduo que recebe o processo educativo.

Inclui mais do que capacidade técnica ou intelectual pois não é específica a uma situação determinada, inclui aspectos subjetivos como respeito, amabilidade e condições básicas para o procedimento a ser executado .

O conforto existe quando o indivíduo identifica como obtidas suas necessidades, interesses, desejos, vontades e possibilidades, parcial ou completamente.

O indivíduo com conforto, participa de seu cuidado, colabora de forma a permanecer no estado de satisfação que se encontra. Ao expressar esta condição, delega aos profissionais de enfermagem envolvidos a responsabilidade de tentar mantê-lo bem, demonstrando com alegria e entusiasmo as etapas alcançadas e identifica o estado de saúde e as possibilidades de retorno ao lar.

O profissional, no caso, da equipe de enfermagem, deve ser consciente, atuar



com respeito e liberdade, usando a criatividade para atingir o objetivo.

Acredito estar intimamente ligado à ética, porque a preocupação com o outro, seus sentimentos e intimidade devem ser preservados.

A competência é buscada experienciando os princípios metodológicos de Saul(1991).

### **3.2.7 Equipe de Enfermagem**

De acordo com Dall'Agnol (1994), é uma equipe de trabalho de um turno (manhã, tarde ou noite) que, no âmbito da unidade de internação hospitalar, compõe-se de profissionais de enfermagem de nível médio (técnicos e/ou auxiliares) e de nível superior (enfermeiros). Deste último nível provém a liderança formal, hierarquicamente constituída, de acordo com o amparo legal previsto pela lei do exercício profissional. Eventualmente também fazem parte da equipe outros profissionais, como auxiliar de saúde e escriturário.

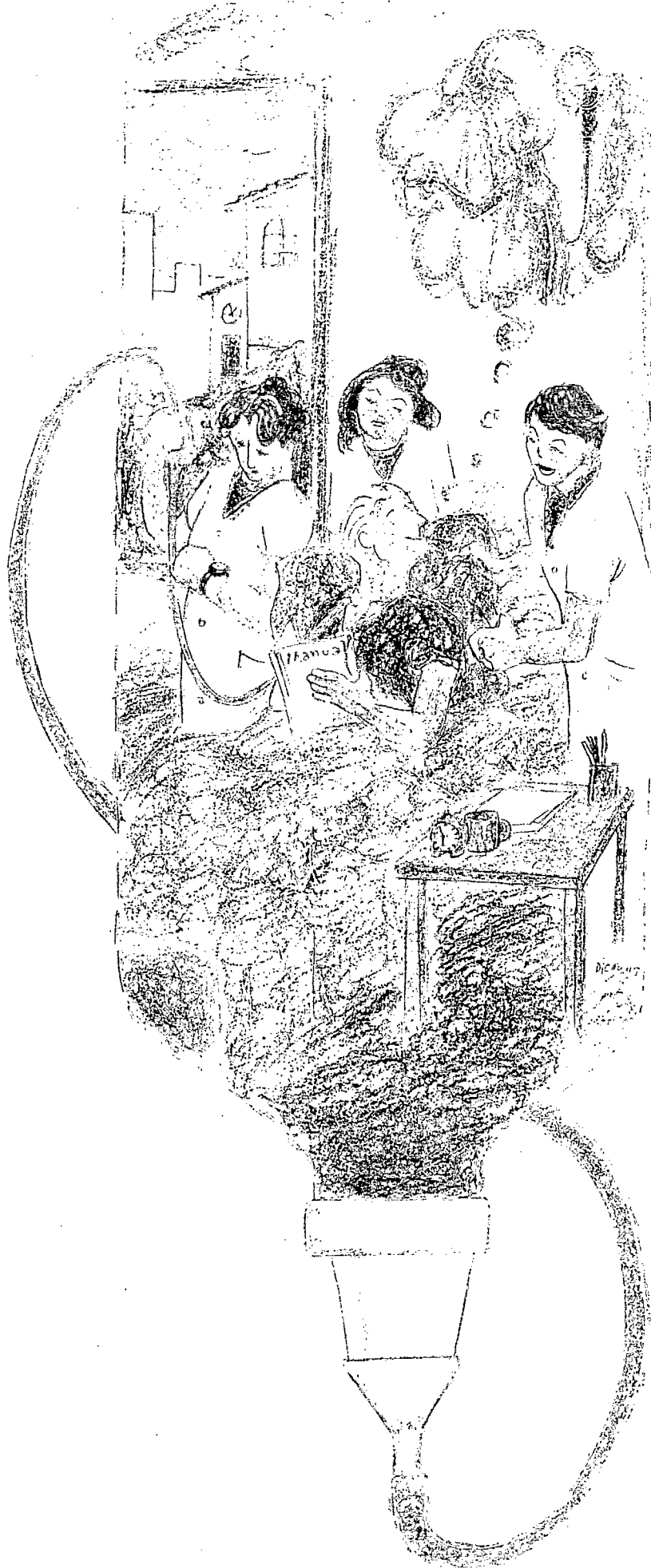
Cada membro dessa equipe é um indivíduo com história, formação, experiências profissionais e pessoais únicas. Realiza sua atividade profissional seguindo as atribuições relacionadas com a lei de exercício profissional, e conforme as rotinas da instituição; um número significativo deles possui mais de um vínculo empregatício, dados os baixos salários, acarretando em jornada de trabalho duplicada, e, por conseguinte com o stress acentuado e seus desdobramentos.

O cuidado de enfermagem com competência, realizado em cada setor da instituição, é resultado do cuidado de todos os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos. Daí a necessidade de uma educação continuada possibilitando uma consciência crítica para manter ou transformar o profissional em alguém que exerce a sua função com maior competência.

A equipe de enfermagem competente proporciona satisfação ao indivíduo em uso da N.P., pois possui conhecimento, habilidade técnica e capacidade de relacionamento interpessoal.

A busca de um referencial teórico que englobasse as minhas exigências pessoais e do próprio estudo, foi saciada pelo Paradigma da Avaliação

emancipatória ao incluir bases da educação, proporcionando mudanças no pensar, agir e refletir sobre uma realidade através da construção também do coletivo.



Representação gráfica dos conceitos do Marco Conceitual

## 4 DESCRIÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Cuidados de Enfermagem

Descrever o cotidiano da equipe de enfermagem hospitalar é tarefa difícil e complexa devido aos diferentes objetivos de cada instituição, objetivos estes, norteados por sua política e filosofia; e mesmo entre as unidades de internação, pelas características dos cuidados a serem realizados, pelo grupo formador, liderança e uma infinidade de forças que interagem. Contudo Erdmann (1996) descreve o caminho desse cotidiano através das relações, interações e associações da equipe de enfermagem, ou, pessoas desse espaço organizacional pinçando momentos da prática da enfermagem no sistema de cuidados em que é envolvida.

Muito se tem ouvido sobre o cuidar, de como e deve ser realizado. Neste contexto, tenho observado que a educação ao indivíduo e familiar quanto ao suporte nutricional, no caso a N.P., é fundamental para sua recuperação, representando uma das faces do cuidar.

Parece óbvio, mas o conhecimento acerca do suporte nutricional não pode ser de domínio exclusivo de alguns profissionais, sejam eles: enfermeiros, médicos, nutricionistas ou farmacêuticos. A atuação da equipe de enfermagem ao cuidar deste indivíduo em uso de N.P. só pode ser verdadeira e condizente com as necessidades, vontades, expectativas deste indivíduo caso também esta equipe acredite e possua capacitação coerente com as atividades e cuidados a serem prestados no seu cotidiano.

A condição básica para o cuidar harmônico é incluir toda a equipe de enfermagem no mesmo processo. É possível encontrar instituições com rotinas descritas, enfermeira capacitada, grupo de suporte nutricional apto, porém os cuidados advindos da equipe de enfermagem somente ocorrem devido a uma fiscalização ferrenha. Admitir essas falhas no cuidado ao indivíduo em N.P. talvez seja o primeiro passo para uma transformação na assistência pelo cuidar.

Segundo dados do COREN-SC (1996), a população de profissionais de enfermagem cadastrada até 31 de maio de 1996 em Santa Catarina é de 1789

enfermeiros (13,44%), 1724 técnicos de enfermagem (12,95%), 4615 auxiliares de enfermagem (34,68%) e 5179 atendentes de enfermagem (38,91%). Os profissionais com franquias vencidas até esta data não foram incluídos.

Considerando-se o número de leitos, demanda de atendimentos de saúde no Estado, e os dados acima citados, é possível, ao menos, inferir que as atividades diretas do cuidado são realizadas pelos profissionais de nível médio, os quais nem sempre se encontram capacitados e atualizados com relação aos cuidados específicos da N.P. e enteral, já que a dificuldade de atualização já ocorre com os enfermeiros, como descrito anteriormente.

A maioria das instituições hospitalares possui somente um enfermeiro por unidade de internação, muito mais ligado à área administrativa que a relacionada ao cuidado, levando o cuidado direto ao indivíduo a ser realizado pelos demais membros da equipe de enfermagem, auxiliares e técnicos de enfermagem.

As atividades administrativas também possuem relações com o cuidar ao incluírem o planejamento e a administração voltada para o cuidar com possibilidades adequadas. Porém, Waldow (1995) encaminha pontos fundamentais de discussão acerca da contradição entre a vida acadêmica e a profissional do enfermeiro, percebendo a frustração vivida em não ser viável o cuidado direto conforme o aprendido.

O debate sobre estes aspectos deve ocorrer no sentido de adequar o profissional a ser formado sobre as verdadeiras atividades que irá desenvolver na sua vida como enfermeiro e acima de tudo, valorizar e incentivá-lo para uma permanente formação educacional, numa crescente busca de espaços técnicos e políticos no cuidado.

O saber adquirido pelo profissional provém do esforço e consciência individual, buscando cuidar com dignidade, competência e satisfação. Entretanto, vale destacar que esta atitude é prevista no Código de Ética dos profissionais de enfermagem como atribuição de cada profissional, detalhada no capítulo II, art.14: **Atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais.** E posteriormente no capítulo III, art. 18: **Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos,**

científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão. Vale salientar que o não cumprimento dos deveres do Código de Ética traz conseqüências inegáveis para a prática profissional, muito embora se perceba que após o término do curso (seja técnico ou graduação) poucos mantêm esta prioridade.

Indo um pouco além neste mesmo caminho, Campos (1994, p.61) reflete melhor meu pensamento, "...Em saúde, a alienação produz ações antiéticas. Ainda que inconscientes, ainda que não criminosas, ainda que não aceitáveis, pela moralidade vigente. E convenhamos, a moralidade, a eticidade vigente andam rasteiras, quase virtuais".

O conceito de Ética descrito pelo mesmo autor, aborda **ética - lei** quando apela para critérios, normas, princípios ou determina o que é certo ou ético para se fazer, em **ética-ação** quando julga o certo ou errado olhando para o sentido ou conseqüências do ato em si mesmo, tomando como exemplo que um ato é ético quando promove o maior bem para o maior número de pessoas, e por fim **ética-de-situação** ou contextualismo, em que determinamos que é ético olhando não para a lei, mas para as conseqüências e significado da situação".

A resposta dos profissionais enfermeiros para o questionamento encaminhado por Gelain (1991, p.133), acerca dos valores básicos que formam o "ethos" e a consciência ética, demonstra uma "preocupação no sentido de que o cuidado é um compromisso a ser desempenhado com competência, responsabilidade e honestidade perante o indivíduo, a equipe de saúde e de enfermagem, a instituição e a sociedade".

Penso que a grande maioria dos profissionais envolvidos com a prática do cuidar acredita estar realizando cuidados com competência. Contudo, a distância entre o desejo e o viável ainda é para nós alvo de pesquisa e reflexão, pois tanto se pode esbarrar na ausência de material, medicamentos e número viável de profissionais, como na ausência de conhecimentos específicos ao manusear diariamente com a solução parenteral sem causar iatrogenias.

A satisfação do indivíduo em N.P., a meu ver, está associada ao estímulo e

formação proporcionados pela equipe de enfermagem, para que este indivíduo e família possam compreender o que está ocorrendo, e tenham condições de realizar cada vez mais atividades relacionadas com o seu auto-cuidado. Acredito que se tornando independente, pela competência pessoal de se auto-cuidarem, mesmo que em ações consideradas simples, ocorra o fortalecimento de sua auto-estima e o início de um processo de crescimento e esperança.

Percebo, na prática, profissionais que associam cuidar com assumir, impedindo a independência, desestimulando ações, negando informações; enfim, um processo que diz "você não sabe, você não pode" acarretando ao indivíduo assistido a dependência, fazendo do profissional possuidor de um poder que não é seu, além de lhe sobrecarregar com atividades desnecessárias.

Encontro em McKenna (1994 p.33) a conceituação de maturidade, que percebo estar embutida nas ações relatadas acima "...Para que a pessoa que presta os cuidados consiga afastar-se do seu autocentramento e tenha consciência das necessidades dos outros, é essencial a maturidade."

Reforçando a descrição acima, menciono Morin, citado em Erdmann (1996, p.119), "tudo o que é auto - alguma coisa precisa sempre do outro, mas precisa do outro precisamente para desenvolver suas próprias virtudes e forças autônomas" e complementando este raciocínio, Mayeroff (1971, p.24) exprime ... "o cuidado, enquanto ajuda o outro a crescer e a se realizar, é um processo, uma maneira de se relacionar com alguém que implica desenvolvimento..."

Vários aspectos são citados na literatura como inclusos na ação do cuidar. Os conceitos citados foram incluídos pela seleção da minha sensibilidade e de acordo com o objetivo do trabalho, porém muito longe de satisfazer a elucidação dos conceitos cuidar/cuidado.

Segundo Erdmann (1996), a vida / o processo de viver é um contínuo processo de cuidado mútuo e simultâneo de si, dos outros, pelos outros, das formas vivas (seres vivos) e de seres inanimados (mundo material físico). Todo o ser humano busca o cuidado pela vontade de sobreviver e se cuidará segundo valores de vida e amor próprio, estando na dependência também da vontade de outras

peças para que ele sobreviva. A atividade de cuidar surge da criatividade humana, das sensibilidades frente às trocas com o outro e das condições naturais de capacidade do homem de criar novas situações.

Em Waldow, citando Roach (1995, p.18), encontro de forma resumida, porém abrangente, a categorização do cuidar/cuidado incluída em cinco "Cês": compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento. Segundo Waldow:

- "**Compaixão** compreende uma relação vivida em solidariedade com a condição humana, compartilhando alegrias, tristezas, dores e realizações. Envolve uma simples e despretensiosa forma de estar presente, uma forma de estar uns com os outros. Roach acrescenta a necessidade de enfatizar o ingrediente humanizador, que é a compaixão no mundo cada vez mais frio e impessoal da ciência e da tecnologia.

- Por **competência**, Roach define o estado de ter conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação necessários para responder adequadamente às demandas das responsabilidades profissionais..." enfatiza a necessidade de haver competência com compaixão com o risco de se tornar "desumana e brutal, e compaixão sem competência pode ser nada mais do que uma intrusão inexpressiva, se não prejudicial, no mundo da pessoa que necessita ajuda".

- "**Confiança** refere-se à qualidade que promove relações onde as pessoas se sentem seguras. Este estado de sentir segurança, de sentir confiança na relação, envolve um outro ingrediente, que é o respeito.

- **Consciência** é definida como "o estado de conhecimento moral....não deve ser equiparado à emotividade ou sentimentos casuais; significa uma resposta intencional, deliberada, significativa e racional".

- **Comprometimento**, descreve a autora, "como uma resposta afetiva complexa caracterizada pela convergência entre desejos e obrigações e por uma escolha deliberada para agir em concordância com ambos."

Percebo que o cuidado em enfermagem pode ser identificado, como descreve Polak (1991), em ações de natureza instrumental relacionadas às técnicas



propriamente ditas e ações de natureza expressiva, ou afetiva, destinadas a criar um ambiente de desenvolvimento, onde o indivíduo sintá-se aceito, protegido e apoiado.

Nas ações de caráter expressivo, incluem atuações que possuam, como objetivo, o bem - estar do indivíduo, sem que ofereçam prejuízo à sua condição física.

Identifico, então, que o respeito mesclado à preocupação humanitária nas ações de enfermagem, visando um cuidar consciente e competente, está permeado por um significado Ético.

Reconheço a ética incluída na capacidade de perceber a individualidade ao prestar o cuidado. Esta sensibilidade está atrelada ao conceito que o profissional possui com o processo de cuidado, não somente com o conhecimento teórico adquirido, mas com as experiências em proporcioná-lo.

Torna-se inevitável citar que o cuidar também é estendido à família/sociedade que cerca o indivíduo em N.P., visto que da hospitalização desmembram-se fatores econômicos e sociais que interferem na recuperação.

A solução nutritiva também deve ser encarada como uma evolução tecnológica; ao permitir a nutrição artificial viável, através de uma série de condições previamente construídas; como exemplo, a capela de fluxo laminar, desenvolvida na II Grande Guerra, e hoje utilizada para manipular com segurança, para solução (sem contaminação) e para quem realiza (capelas de fluxo laminar na manipulação de quimioterápicos).

A tecnologia hospitalar é identificada por Barbosa (1995) como um instrumento que a enfermagem dispõe para estar junto do ser humano em determinada experiência de saúde vivida; entretanto, conforme a própria autora verifica, a sua utilização também pode contribuir para um afastamento entre indivíduo e equipe.

A tecnologia relacionada à solução nutritiva não pode ser encarada como uma especialidade distante das demais dentro dos serviços de saúde; já que a desnutrição está aliada a todas as condições relacionadas à saúde

independentemente de idade.

Vale destacar que a indicação da N.P. não está relacionada apenas na presença ou possibilidade da desnutrição, sua utilização diz respeito a casos em que não é possível utilizar a via gastro - intestinal para alimentação ou, mesmo, quando é insuficiente sendo utilizada tanto em indivíduos em condições crônicas quanto agudas, tornando-se um cuidado de enfermagem comum em instituições de médio a grande porte, levando os demais membros da equipe multidisciplinar a participarem de forma mais efetiva, através da criação dos grupos de suporte nutricional.

Incluindo a experiência do psicólogo na equipe multidisciplinar, ressalto as colocações de Cerezetti, citada em Waitzberg (1993p.178) afirmando que todos os seres humanos no cotidiano, percebem o alimento como "muito mais que a simples incorporação da matéria nutritiva, possui um significado social e psicológico, visto que envolve contato e calor humano e vem acompanhado de uma gama de afetos e simbolismos".

Identifiquei nos relatos dos usuários da N.P. os mais variados sentimentos, confirmando que a ausência do prazer oral da alimentação ocorria despertando negação, raiva, frustração, rejeição, tristeza, depressão, fantasias e algumas tentativas de barganha. É certo que esses sentimentos provavelmente foram potencializados pelo stress da internação hospitalar e pela própria doença.

A autora segue afirmando que na ausência da alimentação oral, associada ao fato da internação hospitalar e uso de sondas ou cateteres, há um fator de agravamento, pois, para estes indivíduos, o momento de se alimentar sob estas condições, não corresponde mais a um momento de integração e troca de afeto, mas sim a um momento de tensão, angústia e discriminação.

Descreve, ainda, o papel fundamental da equipe de suporte nutricional e, incluo aqui a equipe de enfermagem, em estar atento aos termos utilizados, erroneamente, orientá-lo; como por exemplo: "não mexa no equipo que é perigoso" - sem explicar o porquê. "Chegou a feijoada" - ao trocar o frasco da N.P. "tem que se ajudar" - sem dizer como. Estes fatos são causadores de muitos temores, fantasias e

sofrimentos infundados, que podem contribuir significativamente para seu agravamento.

Será que algum profissional da saúde já não ouviu e, até sorriu, perante uma analogia dessas? Muitas vezes acreditando que o próprio sujeito envolvido sentia com "carinho" esse retrato distorcido de intimidade.

A ética, para muitos profissionais, ainda é vista como sinônimo de lei ou xerife, porém é nestas pequenas demonstrações do cotidiano que precisamos identificá-la, para promover um ambiente de respeito e paz para o indivíduo sob os nossos cuidados.

Santos (1985) relata reações psicológicas encontradas em seu serviço, confronta-as com resultados fornecidos pela literatura em indivíduos em uso de N.P. e fornece algumas sugestões para os princípios gerais da assistência psicológica a serem dispensadas a esses indivíduos. Em muitos momentos sugere a presença do profissional psicólogo e descreve na tabela a seguir os Princípios de assistência psicológica em suporte nutricional:

- 1) Orientar o indivíduo (e família) a respeito da sua doença e suporte nutricional;
- 2) Treinamento básico para a manipulação do suporte nutricional;
- 3) Estimular a participação e a colaboração no processo terapêutico;
- 4) Prover apoio psicoterápico de rotina;
- 5) Reconhecer e manejar as reações psicológicas à doença e ao suporte nutricional;
- 6) Diagnosticar e tratar as intercorrências psiquiátricas;
- 7) Promover a recreação, o lazer e a terapia ocupacional;
- 8) Estimular a sociabilidade e desenvolver a reabilitação psicossocial;
- 9) Supervisão psicológica à equipe multidisciplinar.

Com base na literatura exposta, concordo com as afirmações que os cuidados em suporte nutricional vão mais além do que os aspectos técnicos ressaltados.

A própria equipe de enfermagem e grupo de suporte nutricional devem estar

atentos para as múltiplas alterações a que o indivíduo e família são expostos e, por conseguinte, às frustrações e impedimentos que a equipe enfrenta no cotidiano através da falta de materiais e medicamentos, até na recepção de indivíduos, transferidos "do interior" em condições de saúde agravadas de tal forma, que impossibilitam sua recuperação, ou na desestrutura familiar e social do indivíduo aumentando visivelmente seu sofrimento.

Acredito que, para o processo de cuidar tornar-se viável, é necessária presença de mais um profissional neste contexto, o psicólogo ou até mesmo o psiquiatra, se a situação assim exigir.

Reconheço que o conceito de cuidar / cuidado é extremamente complexo, não por ser de difícil identificação, mas por ser o nosso cotidiano, ainda muito marcado pelo maternal, religioso, disputas pelo poder, um "forte ar tarefeiro" em contrapartida com a pouca pesquisa e pela busca da comprovação científica.

Tenho consciência de que este espaço lançou algumas noções acerca do assunto, mas, ao mantermos o debate sobre o conceito referido, estaremos alcançando uma profissão com bases mais sólidas e científicas, quando até determinar o valor do cuidar será mais fácil.

Destaco que a busca pela melhoria do cuidado com competência e satisfação, através dos cuidados da equipe de enfermagem e do grupo de suporte nutricional, é incessante e necessita de um engajamento interdisciplinar .

Com a experiência realizada na disciplina da Prática Assistencial senti a necessidade de conviver e construir com a equipe de enfermagem formas de participar com indivíduo/ família em N.P. dos seus cuidados diários, não os percebendo como um empecilho das atividades assistenciais, mas como participantes de um processo e capazes de exercer a sua cidadania.

Assim, o caminho metodológico, seguido, incluiu os princípios metodológicos de Saul, descritos a seguir :

1) Autenticidade e compromisso: Propõe que o pesquisador demonstre honestamente o seu compromisso com a causa em questão, oferecendo contribuição específica na área de sua especialidade.

2) Antidogmatismo: Descreve capacidade de não influenciar a pesquisa com idéias preestabelecidas ou princípios ideológicos.

3) Restituição sistemática: Consiste no retorno das informações aos grupos de base, característica da pesquisa qualitativa.

4) Feedback aos intelectuais orgânicos: Consiste em promover a discussão entre os diversos colaboradores, permitindo atingir um determinado nível razoável de discussão científica sobre o que se faz no campo, gerando uma importante articulação teórica de modo a formar uma visão integrada de todo o conhecimento.

5) Ritmo e equilíbrio de ação - reflexão: Este princípio propõe que se mantenha uma sincronização permanente de reflexão e ação no trabalho de campo, como um ato de permanente equilíbrio intelectual. Das bases, os conhecimentos são recebidos e processados; a informação é sintetizada em primeiro nível e a reflexão se dá em um nível mais geral e válido. Em seguida, os dados são restituídos às bases de uma forma mais consciente e ordenada; estudam-se as conseqüências desta restituição; e assim por diante, indefinidamente, mas de maneira mais equilibrada, determinada pela própria luta e por suas necessidades.

6) Ciência modesta e técnicas dialogais: Este princípio assume que a tarefa científica pode ser realizada mesmo nas situações mais insatisfatórias e primitivas, com o uso dos recursos locais, e que, na verdade, a modéstia do manuseio do aparelho científico e das concepções técnicas é a principal maneira de se realizar as tarefas necessárias ao nível atual de desenvolvimento na maioria dos locais. Isto não significa que, devido à sua modéstia, este tipo de esforço científico seja de segunda classe ou que lhe falte ambição.

O Paradigma da Avaliação Emancipatória é um método com enfoque qualitativo, pois, segundo Bogdan e Biklen, descrito em Lüdke e André(1986), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatizam mais o processo do que o

produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes.

Percebo que minha opção em relação ao tipo de observador vai ao encontro do descrito por Lüdke e André (1986), como observador participante, pois minha identidade e o objetivo do estudo foram revelados ao grupo desde o início, havendo maior possibilidade de acesso a uma gama variada de informações, até mesmo confidenciais, porém o controle do grupo sobre o que será publicado ou não, também existirá.

Para o registro dos pareceres dos participantes da experiência, quanto aos modos de conforto proporcionados pelas propostas geradas e assumidas, foram utilizadas com algumas questões norteadoras (anexo 2). Assim, os momentos da Avaliação emancipatória terão a dinâmica apresentada a seguir:

### **1º Momento : A Descrição da Realidade**

Este momento ocorreu no início do uso da N.P. pelo indivíduo / família, graças ao consentimento destes em participar da experiência e dos encontros da equipe de enfermagem. Fazem parte deste momento os cuidados com o indivíduo e com a solução nutritiva. O levantamento para descrição da realidade constou do registro da verbalização, descrição da linguagem corporal, incluindo anotações no prontuário.

Em relação a este aspecto, Saul (1991) afirma que a expressão pode envolver fatos, conceitos, valores e sentimentos. Frequentemente esse material revela as posições dos participantes de um grupo a respeito das situações de trabalho e de vida, o que de fato ocorreu pois foi percebido.

Buscou-se Para a descrição do contexto as percepções dos indivíduos/familiares e dos membros da equipe de enfermagem em relação aos seguintes aspectos:

- Situação em que o indivíduo se encontrava através de queixas, expectativas, condições físicas e emocionais.

- Dificuldades que o indivíduo enfrentava.

- Recursos materiais, físicos, financeiros, humanos ... que percebeu como

disponíveis para a sua atenção.

- Conhecimentos acerca da doença, da N.P. e seus cuidados específicos.

- Disponibilidade pessoal para a emancipação: liberdade/ autonomia, poder de decidir e agir

Os dados coletados relativos aos aspectos anteriormente citados, foram organizados e apresentados à equipe de enfermagem.

### **2º Momento: Crítica do Material Expresso**

Tratou-se de um momento de aprofundamento reflexivo e de busca de teorizações dos dados coletados no momento anterior.

Em reunião com a equipe de enfermagem, apresentou-se a crítica e a análise dos pontos destacados da etapa anterior. Foi um refletir conjunto, um descobrir o outro e a si mesmo, um desvelar a prática coletiva e individual.

Os próprios trabalhadores da enfermagem definiram vários encontros, pois embora façam parte da mesma unidade de internação, o conhecer e aprender os aspectos destacados por cada um deles suscitou um mundo de surpresas frente a aspectos técnicos, sociais e culturais que os deixaram curiosos, estimulados e comprometidos em continuar.

Sucederam-se os encontros para que cada um pudesse “assumir a crítica de sua própria ação, através de procedimentos de reflexão sobre a sua prática” (Saul 1991).

### **3º Momento : Criação Coletiva**

Esgotada a crítica de todo o material descoberto, esta etapa propôs prever “o delineamento de alterações necessárias no curso da ação em uma organização”, geradas coletivamente e assumidas também por estes participantes mediante o parecer dos envolvidos quanto aos modos de conforto proporcionando novas alternativas de cuidado.

O espaço deste momento existe para que a criatividade, somada ao processo de conscientização deflagrado desde o 1º momento, através atualização e

capacitação para educação continuada sobre o assunto: N.P. e a metodologia de assistência de enfermagem, possibilite aos profissionais reverem seu processo de cuidado.

O processo criativo requer técnicas que permitam passar da consciência crítica de uma realidade para a idealização de uma nova realidade imaginada, teorizada ou preditiva. A criatividade, conforme descrita por Alencar (1993, p.28) citando Torrance como ...“um processo de se tornar sensitivo a problemas, deficiências e lacunas, formar hipóteses ou idéias com relação a estes problemas ou deficiências; testar estas hipóteses, comunicar os resultados modificando e retestando sempre que necessário estas hipóteses”. Kneller (1987) define a criatividade como um processo mental, “o termo (criatividade) na realidade significa um grupo de capacidades relacionadas, como fluência, originalidade e flexibilidade.”

Vários autores citam as fases relacionadas ao processo criativo, pois a criatividade não pode ser encarada como uma inspiração aleatória. Alencar (1993) complementa como pré - requisitos a preparação do indivíduo, disciplina, dedicação, esforço consciente, trabalho prolongado e conhecimento amplo de uma área do saber.

As cinco fases desse processo descritas em Kneller (1987) incluem: apreensão, preparação, incubação, iluminação e verificação.

Apreensão é descrita como a sensação ou percepção de que existe um problema a ser resolvido, não havendo a inspiração, mas apenas a noção de algo a fazer.

Na fase da preparação, ocorre a investigação através da leitura, anotação, discussão, indagação, exploração e coleção, é um aprofundamento do assunto.

A fase da incubação está relacionada com o inconsciente, é um período onde a inspiração e o conhecimento sobre o assunto ficam latentes.

A fase de iluminação, descrita também como *insight*, *eureka*, ou *aha*, é quando surge a solução ou a inspiração; pode ocorrer quando o criador está acordado, dormindo ou envolvido com tarefas leves e não relacionadas com o trabalho inicial;



é descrita como imprevisível; Kneller (1987) e Wechsler (1993) citam diversas histórias de escritores, cientistas e artistas e seus momentos de iluminação, atitudes que na verdade proporcionavam condições apropriadas para a produção criativa respeitando as características de cada um.

A fase de verificação inclui analisar, elaborar, alterar e corrigir as propostas provenientes da fase de iluminação, podendo proporcionar mudanças e até novas intuições.


Escolhi a ludicidade como técnica de criatividade para viabilizar a proposta de alternativas na prática. Esta técnica se resume nos exercícios propostos por Wechsler (1993, p.359-373), em especial na, *Técnica criativa de resolução de problemas*. A autora descreve, inicialmente, que a referida técnica traz a concepção que “Todo problema pode ser resolvido” dependendo da criatividade para a sua solução. Demonstra, através do diagrama com seis estágios, a atuação de dois tipos de pensamentos na elaboração de soluções, através da criatividade.


O pensamento Divergente que explora possibilidades, procura múltiplas respostas, não busca soluções certas, evita julgamentos e aceita todas as idéias, é citado como sinônimo do pensamento criativo. Mas, segundo a autora, é necessário complementá-lo com a atuação do pensamento Convergente, que procura a melhor solução, usa critérios avaliadores, busca a objetividade, examina prós e contras, julga e critica as respostas para ajudar a colocar em prática a melhor idéia encontrada pelo pensamento Divergente, com soluções mais alternativas e inovadoras.


A *Técnica criativa de resolução de problemas* é composta por 06 passos, sendo que os passos 01, 02 e 03 são contemplados através do 1º momento - descrição da realidade e 2º momento - Crítica do material exposto; utilizei alguns dos exercícios para criatividade propostos pelos passos descritos abaixo:


Passo 4 - Encontrando idéias, é caracterizado pela procura de idéias para solucionar o problema, depois de bem definido, algumas técnicas sugeridas são: tempestade de idéias, teia de aranha com criatividade e desenvolvendo o lado direito do cérebro. . . . .


Na tempestade de idéias, criada por Alex Osborn, em 1953 os participantes são estimulados a verbalizarem as idéias que surgem em torno do problemas levantados. O autor sugere atitudes que facilitam o fluxo de idéias, levando em consideração:

 Evitar a crítica, pois assassina as idéias e desmerece o seu possível potencial;

 suspender julgamentos, porque se percebe que as avaliações interrompem o fluxo das idéias, só devendo ocorrer após o processo de ter muitas ou inúmeras idéias, nunca antes;

 estimular as idéias; quantidade traz qualidade; estimular o grupo para pensar em um grande número de idéias, deixar livre a imaginação; não se prender ao que já se viu ou ouviu falar;

 orientar para a possibilidade de pegar carona nas idéias dos outros: muitas vezes as idéias boas aparecem combinando e melhorando o que já existe; sem medo de elaborar, implementar ou ir além de algum conceito ou objeto já conhecido;

 criar um ambiente de humor livre de punições; as boas idéias só podem aparecer num clima livre de restrições. O humor ajuda a procurar soluções além do óbvio, o tradicional.

A Teia de aranha com criatividade tem relação com a chuva de idéias, onde uma idéia pode nascer através da elaboração ou do melhoramento de uma idéia já existente, devendo utilizar as sugestões de Osborn, evitando o julgamento e crítica. Utilizei folhas de papel craft que possibilitaram a escrita das idéias dos participante a partir do problema descrito no centro. Após um bom número de idéias, destacamos as sugestões eleitas em consenso.

O passo 5 - Encontrando soluções, propõe avaliar e julgar as idéias encontradas na fase anterior, através de pesos para avaliar cada idéia; 3= muito boa, 2= boa, 1= ruim e com critérios sugeridos pelas perguntas: É caro, é durável, é

eficaz, produz resultados a longo prazo, é ético, tem recursos para fazer, é aplicável, será aceito pelos demais?

O passo 6 - Encontrando aceitação, busca antecipar as dificuldades que serão encontradas ao apresentar a nova idéia, procurando as melhores formas de ganhar aceitação e vencer os obstáculos, as perguntas sugeridas são: O que (devo dizer, fazer), quem (devo convencer), onde (em que lugares devo fazer isto), como (que formas devo usar) e por que (quais as razões que devo apresentar).

#### **4.2 Descrevendo Local e os Participantes**

Este estudo foi desenvolvido em um hospital geral público, localizado na grande Florianópolis, e classificado como de médio porte por possuir acima de cento e cinquenta leitos ativados.

A unidade de internação utilizada neste estudo, constituiu-se da clínica de cirurgia geral, que, devido a características e patologias, inclui um número maior de indivíduos fazendo uso da N.P.

A unidade de internação cirúrgica possui 37 leitos, destacando que 09 leitos encontram-se fechados devido à deficiência no quadro funcional da enfermagem, sendo 03 ocupados pela cirurgia urológica, 02 cirurgia torácica e os demais 25 para a cirurgia geral. A equipe de enfermagem é composta por 03 enfermeiros, sendo que 01 encontrava-se de licença durante este estudo, 06 técnicos de enfermagem, 19 auxiliares de enfermagem e 03 técnicos administrativos perfazendo um total de 31 profissionais que realizam uma carga horária de 30 horas semanais.

Respeitando o cunho ético deste estudo não foi elaborado nenhum impresso solicitando consentimento informado. O consentimento dos indivíduos em participar do estudo tanto por parte da equipe de enfermagem quanto dos indivíduos em uso da N.P., foi obtido de modo verbal, após estes receberem informações gerais sobre este estudo.

De forma a assegurar o anonimato às pessoas envolvidas neste estudo, optei em utilizar para os clientes a inicial do primeiro nome e os membros da equipe de enfermagem escolheram nomes fictícios.

W., 68 anos, casado, aposentado, permanecer internado por 15 dias com diagnóstico inicial de massa cística na cauda do pâncreas. Iniciou com o uso da N.P. mantendo-se por 7 dias, no sentido de manter em repouso o sistema digestivo e também como preparo para provável cirurgia, enquanto realizava exames no sentido de comprovar o diagnóstico inicial. Por fim, foi identificada uma pancreatite, afastando a indicação de cirurgia.

M., 77 anos, casada, aposentada, permaneceu 28 dias internada com diagnóstico de colelitíase, pancreatite biliar, posteriormente realizou uma cirurgia de colecistectomia, após 16 dias de internação. Iniciou a N.P. no período pré operatório, mantendo-se por 7 dias.

V., 52 anos, casada, do lar, permaneceu 40 dias internada, com diagnóstico de câncer de reto. Realizou a primeira cirurgia retossigmoidostomia abdominal e com surgimento de uma fístula colo cutânea iniciou com o uso da N.P. permanecendo por 7 dias. Neste ínterim, foi submetida a uma segunda cirurgia para realização de uma colostomia devido à deiscência parcial da anastomose.

C., 56 anos, solteira, doméstica, permaneceu 102 dias internada, sendo o diagnóstico inicial um câncer de ovário, foi submetida 5 cirurgias e inúmeras lavagens de cavidade abdominal. Apresentou várias complicações: fístulas, abscessos, choque hipovolêmico e sepse. Iniciou a N.P. devido ao hipermetabolismo e fístula de delgado, permanecendo em uso por 30 dias.

#### **4.3 Apresentando à Instituição e Equipe de Enfermagem**

A oficialização do prosseguimento deste trabalho, ocorreu com a apresentação do mesmo à diretora de enfermagem, quando foram explicitados seus objetivos, local de desenvolvimento, participantes e período de realização. De imediato a mesma mostrou interesse em desenvolver o trabalho em outras unidades além da unidade de internação cirúrgica, (Unidade de Tratamento Intensivo, Neonatologia, Ala de aptos 3º A e Clínica Médica). Expliquei-lhe, então, que um dos motivos, para a restrição do local para o estudo, seria o limitado tempo físico, e a necessidade de aprofundamento do processo.

Contactei por telefone a enfermeira chefe do setor de internação cirúrgico, já que a mesma estaria de folga nos próximos dias. Esta, mostrou-se animada e desejou-me "boa sorte", uma vez que devido aos contatos prévios, já conhecia a proposta.

Ainda dando seguimento aos acordos para dar início à pesquisa, ficou estabelecido que os participantes da equipe de enfermagem seriam apresentados com nome de flor, resguardando o anonimato, tendo sido optado em selecionar apenas entre nomes femininos e masculinos.

Houve participação de 11 profissionais entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

#### **4.4 Desenvolvendo o Processo Assistencial**

Neste mesmo dia, por volta das 18:30 horas para a passagem de plantão e, embora conhecesse o ambiente e os funcionários, devido a minha atuação pregressa no referido setor, inicialmente senti vontade de

"sair correndo". Superado este impulso inicial, tentei detectar o motivo desse meu sentimento, e de pronto percebi agitação e irritabilidade no "ar". Indaguei aos trabalhadores a razão daquele "clima" e estes atribuíram ao cansaço gerado pelo turno de trabalho e potencializado pelo calor exaustivo.

Avisei que eu tinha informes para a passagem de plantão, e percebi que os membros da equipe de enfermagem tornaram-se disponíveis e aproveitaram para desabafar algumas questões, dentre elas o descaso dos outros com a N.P. e a falta de material e condições para trabalhar.

Às 19:00 horas nem todos os membros da equipe do plantão noturno estavam presentes, mesmo assim iniciaram a passagem de plantão intercalada com reclamações relacionadas com: a letra do residente na prescrição médica, falta de medicamentos, poucos funcionários de nível médio... cada um que passava "seu plantão" justificava o horário do ônibus para se ausentar, e ir embora.

Experimentei sentimentos entre a decepção e a resignação, mas decidi realizar a divulgação somente com a equipe do período noturno, já completa, que parecia

estar curiosa com a minha presença.

Relatei o curso que estava realizando (Mestrado em Assistência de Enfermagem), apresentei o projeto e os objetivos; detendo-me na metodologia e nos 3 momentos descritos em Saul. Após questionarem o prazo para o término, expus meu cronograma; questionei-os da disponibilidade em participar, por unanimidade concordaram, afirmando que *“é bom, pois a Nutrição Parenteral precisa ser levada mais a sério...”* e *“Está (a N.P.) muito jogada...”*

Firmei o compromisso de acompanhar este plantão e percebi a primeira dificuldade: não seria possível realizar o processo com toda a equipe de enfermagem da unidade e sim com a equipe de cada plantão, pois a maioria possuía 2 vínculos empregatícios, impossibilitando a junção entre os plantões.

Meu segundo encontro com a equipe de enfermagem ocorreu no dia seguinte, no turno da tarde. Descreveram que a maioria dos servidores da equipe de enfermagem cumpria carga horária correspondente a 12 horas de turno diurno com 2 dias de folga e que realizavam uma escala para cuidados integrais, o que me facilitaria no acompanhamento.

Conversei com a enfermeira do turno e comuniquei o motivo da minha presença, meu contato anterior com a direção, chefia do setor, e a necessidade de conversar com a equipe de enfermagem do turno para convidá-los a participar do projeto.

Nos reunimos na sala utilizada para passagem do plantão e momentos de folga, expus o motivo da minha presença, o objetivo do projeto, os 3 momentos, a garantia do anonimato e a participação com indivíduos em Nutrição Parenteral. A aceitação foi imediata e também unânime.

#### **4.5 Desenvolvimento do Processo Assistencial**

Descrevo cada vivência, detalhando os momentos da metodologia. Em alguns casos os momentos de interrelacionavam e optei em manter esta característica, no relato.

## Vivência com W.

### Apresentação

Durante a apresentação com a equipe de enfermagem do turno noturno, tomei conhecimento que o W. estaria iniciando naquele dia, às 18:00 horas, a primeira etapa da Nutrição Parenteral. Após o compromisso firmado entre a equipe, os mesmos avisaram animados: *"olha Flavia, entrou o W. na Nutrição Parenteral será que não dá para ele participar?"* e *"tomara que você tenha sorte, para entrar mais gente."*, relacionando o azar, com períodos sem nenhum indivíduo com indicação para o uso da Nutrição Parenteral.

Fui sozinha ao quarto do W., pois a equipe estava atrasada com o preparo das medicações. A primeira experiência foi solicitar a autorização de W. para participar do estudo, que iniciava com Nutrição Parenteral naquele dia. Amistoso, negava dor e apenas "desconforto" pelo curativo que dificultava a mobilização do pescoço no local da punção da veia jugular.

Apresentei-me: enfermeira e mestrandia, convidei-o juntamente com o filho, no momento sentado em uma cadeira de praia, a participar do estudo. Neste momento **Amor perfeito**, entrando no quarto, para administrar medicação, aproveita para incentivar: *"vai ser bom, a gente vai fazer alguma coisa para melhorar a assistência"*. A este ponto descrevi a proposta do estudo, os 3 momentos descritos em Saul, o objetivo e a garantia do anonimato. Nesse momento **Amor perfeito** intervém e explica sobre a Nutrição Parenteral, *"vai ajudar o Sr. a se sentir mais forte, ali dentro (do frasco) tem tudo que se precisa para viver, sem comer."*

W. e seu filho consentiram verbalmente em participar, e acertamos o meu retorno para o dia seguinte. Perguntei-lhe se alguém havia lhe explicado sobre a N.P. e ele disse que não, mas que também não havia perguntado nada a ninguém. Optei em não explorar seu conhecimento naquele momento, pois já se preparava para dormir.

Vale ressaltar como já referido anteriormente, que nem sempre é claro o limite entre um momento e outro, havendo situações em que ocorrem concomitantemente.

A seguir descrevo situações com a equipe de enfermagem, indivíduo em uso

da N.P. e familiares relacionadas aos momentos traduzidos por Saul como: primeiro momento/ descrição da realidade, segundo momento / crítica da realidade e terceiro momento/ criação coletiva.

### **1º Momento:**

Nos encontros iniciais com a equipe de enfermagem detectei que alguns mais desinibidos logo se colocaram a favor, interessados em colaborar, como demonstrou Azaléia *“a gente também tem dúvidas com a Nutrição Parenteral “ e “tem muita gente que não sabe, não pergunta e acaba fazendo coisas erradas!”*. O grupo entendeu o recado e recordaram fatos relacionados com erros no armazenamento e descongelamento da N.P., indo além, discutiram sobre a falta de medicamentos, materiais, problemas administrativos e de recursos humanos.

Optei em permanecer como ouvinte, mas regularmente um membro da equipe de enfermagem questionava: *“você acha certo isso?”* frente às situações ocorridas naquela unidade. Lembrava-os nesses momentos, da minha proposta, ressaltando que estas situações deviam ser esclarecidas dentro do grupo.

Retornei ao assunto gerador, reforçando os aspectos relacionados aos cuidados ao indivíduo em uso da N.P., comuniquei a inclusão de W. e a disposição em acompanhar os procedimentos da equipe de enfermagem com o mesmo. Ressaltei ainda, que minha presença objetivava detectar junto com o indivíduo em N.P. e equipe de enfermagem à realidade do cuidado prestado, para posteriormente juntos : enfermeira/ mestrandia, equipe de enfermagem e indivíduo em uso da N.P., fazermos a crítica desta realidade, para então criarmos juntos as soluções.

Saindo da sala me encaminhei para o quarto de W.; acompanhado por familiares ele sorriu, me reconhecendo, apresentei-me para os familiares e informei-os da proposta aceita por W. e seu filho. Frente à resposta positiva do pai, não expressaram dúvidas na participação. Na oportunidade, perguntei como estava se sentindo?

*“- Agora estou bem, mas quanto tempo vai ficar este vidro? “*

*“- O Sr não conversou com o seu médico sobre isto? “*



*"-AH! Eles entram aqui e logo saem, não dá nem pra perguntar."* Com um tom de voz irritado.

Lembrei-os que a presença de acompanhantes, com autorização para as 24 horas, possibilitava a família realizar questionamento ao residente e médico assistente. Logo a nora se colocou afirmando que W. sabia que a Nutrição Parenteral era para o período que antecedia a cirurgia e que estavam aguardando alguns exames para decidir a data. Neste momento o W. ficou quieto, e resmungou. Os familiares me olharam e sorriram, um deles disse *"- não é fácil!"*

Retornei ao posto de enfermagem e, como Orquídea estava escalada para cuidar de W., perguntei-lhe se poderíamos realizar alguns cuidados juntas. Ela estava exatamente manipulando o frasco da N. P. para introduzir o equipo, e comecei a perceber que seus gestos não eram naturais, agia como se eu estivesse fiscalizando sua técnica; então aproveitei para relaxar o ambiente e perguntei com tom de brincadeira, *"Nossa, Orquídea ! Você faz sempre deste jeito ou será que a minha presença te deixa tensa, se for assim eu volto outro dia "*! Rapidamente me olhou assustada e sorriu *"Ah! Flavia ! Sei lá, fiquei nervosa com a sua presença, mas tudo bem, já passou.* Seguimos para o quarto de W., para a troca e instalação da Nutrição Parenteral.

Tendo como base o anexo 2, procurei, aos poucos, que os questionamentos feitos pelo indivíduo e familiares, fossem esclarecidos sempre que possível com a presença de algum membro da equipe de enfermagem, para que a descrição e crítica da realidade ocorressem de forma mais completa.

### **Queixas e expectativas, com relação às condições para o cuidado.**

Neste aspecto, W. possuía uma família organizada e disponível para permanecer lhe acompanhando. Como estava parcialmente dependente, devido ao peso do frasco da Nutrição Parenteral e ao uso da bomba de infusão, necessitava de auxílio para se locomover, porém o mais importante, inclusive descrito pela família, era a dependência e a necessidade de "algum parente" estar permanentemente a postos, lhe proporcionando segurança e afeto.

A presença ininterrupta, era percebida pela equipe com satisfação, pois

somente eram solicitados para prestar cuidados *“que a família não pode fazer, além de ajudarem muito ao W. lhe dando atenção”*.

### **Condições físicas e emocionais.**

Durante o acompanhamento, percebi que o W. exibia uma característica de “durão”, com dificuldade para expressar carinho e afeto, porém demonstrava medo da internação e do provável procedimento cirúrgico. Sempre se mostrou disposto em participar do estudo e aos poucos estabeleceu cumplicidade com a equipe de enfermagem e comigo, através de brincadeiras e também de reclamações. Fato este descrito, também, pela equipe de enfermagem.

Certo dia, acompanhada de A, fomos ao quarto do W. para realizar um punção venosa periférica, pois a anterior havia obstruído. Repunccionado e incomodado, ainda com a dor da punção, me cumprimentou, estava com a filha que acompanhou todo o procedimento. Aproveitei para questioná-lo:

### **Conhecimentos acerca da doença, da N.P. e seus cuidados específicos.**

W. respondeu *“só disseram que iriam começar com uma dieta diferente, eu não iria mais precisar comer enquanto estivesse com este vidro”*. Quanto aos cuidados específicos, não sabia quais, nem os seus familiares presentes sabiam.

Frente às dificuldades apresentadas por de W. em relação a alguns dos cuidados relacionados à Nutrição Parenteral, tais como manutenção da dieta zero e glicemia capilar 4 vezes ao dia, alguns membros da equipe perceberam que não haviam realizado uma orientação prévia sobre os procedimentos, ou esta havia sido realizada de forma insatisfatória.

Neste mesmo dia, W. foi chamado para realizar uma Ultrassonografia abdominal para orientar a punção em um provável cisto pancreático; mesmo havendo e familiares presentes dispus-me a levá-lo de cadeira de rodas. Ficamos na sala de espera e após uns 15 minutos fui buscar informações com o pessoal do RX. Avisaram, então, que haveria 30 minutos de atraso, e que quando o radiologista comunicou, fizeram contato com o nosso andar, mas já havíamos saído.

W., contrariado, me respondeu -" *não estou gostoso*". Pedi que me explicasse, e a filha, sorrindo, afirmou que ele estava contrariado.

Aproveitamos o tempo para conversarmos sobre o tratamento e, como havia falta de vitaminas C e do complexo B no hospital para serem adicionadas à N.P., a família demonstrava preocupação por já haver tentado adquirir, sem sucesso, em todo o estado de Santa Catarina. Conversamos sobre as possibilidades de aquisição em outros estados, e me despedi, comprometendo-me em buscar estas informações, confirmei meu retorno para o dia seguinte.

No dia seguinte, ao chegar no quarto de W., encontrei-o bem humorado, percebi que o curativo da subclávia estava em condições precárias. Questionei-o se não percebia algum incômodo, respondeu que sim, mas não sabia "*o que fazer*" para que fosse trocado.

Optei por realizar a troca do curativo e aproveitei a oportunidade, para salientar a importância de evitar molhar o curativo durante o banho, e que deveria solicitar auxílio ao responsável na equipe de enfermagem pelos seus cuidados, sempre que estivesse descolando.

### **Disponibilidade pessoal para a emancipação.**

Não percebi a disponibilidade para a emancipação. Embora W. reclamasse do desconhecimento, não utilizava seu direito como paciente para adquirir informações, delegava sempre esta atribuição a seus familiares. Mesmo frente às atividades de auto cuidado, mostrava-se arredo, contudo vale ressaltar que não foram realizadas orientações básicas antes do início da utilização sobre a N.P. e seus cuidados básicos.

### **1º e 2º Momentos**

Quanto aos cuidados, verificou-se que alguns materiais específicos são de qualidade duvidosa como exemplo, o esparadrapo que não cola (não hipoalérgico), sendo inúmeras vezes alvo de queixa tanto do W. como da equipe de enfermagem. Certo dia, ao participar da punção de uma veia periférica, com Azaléia, ocorreu o seguinte diálogo:

-Azaléia : *assim não dá, já foi difícil achar este abocath, e agora este curativo não cola,...*

-W.: *o pior vai ser se essa porcaria não ficar e precisar fazer isto de novo.*

- Filha do W.: *Coitadas, elas vêm aqui com boa vontade e o Sr fala assim, a culpa não é dela, e pegou a veia rapidinho, o material não ajuda.*

- Azaléia: *mais animada por ter conseguido apoio para sua queixa, "a gente faz o que pode."*

-W.: *é, esta aqui até que ajuda muito, mas às vezes a gente chama com dor a .pessoa aparece diz que já vem e eu fico aqui um tempão com dor...*

Percebi que Azaléia ficou dividida entre justificar e culpar o número deficitário de funcionários na equipe, que, sobrecarregada, não realizava um trabalho "legal", como me confessou após sairmos do quarto.

Contudo, em outras conversas com os membros da equipe de enfermagem, observei queixas relacionadas a cuidados não realizados adequadamente, inclusive, por falta de conhecimento de alguns colegas. Quando questionei se orientavam ou corrigiam o colega, e Azaléia afirmou: *"fica difícil né, o técnico ouvir um técnico, esse é um papel pra enfermeira, vai que eu digo que tá errado, vai achar que sou metida, eu já fiz isso algumas vezes e não deu certo!"*.

Em vários momentos percebi que a orientação prevista para o indivíduo em uso da Nutrição Parenteral era solicitada para/ pela equipe, algumas vezes claramente *"Puxa ! quando você vai dar umas aulinhas para a gente sobre a Nutrição Parenteral?"* e *"tem coisas que o pessoal que está aqui a pouco tempo não sabe, acaba fazendo errado, porque ninguém explicou"*.

### **Tipos de dificuldades que enfrenta .**

Descreveu a dificuldade de estar internado e doente, relatando *" com essa coisa me prendendo"*, referindo-se à Nutrição Parenteral, e embora houvesse sido orientado, talvez não houvesse assimilado a razão da N.P.; queixava - se de *"não estar em casa"*, e os seus hábitos não serem respeitados (hora do banho..., ausência da alimentação).

Com relação à equipe de enfermagem, paralelamente às vivências com o W., a

sala utilizada para a passagem de plantão foi local para várias reflexões, o assunto gerador era sempre algum aspecto relacionado ao estudo, ou observações cotidianas. Constatei que servia como um respiradouro de frustrações e problemas vividos por todos:

- *“É um problema para lidar com o equipo, quando não tem e precisa trocar a cada etapa”.*

- *desconhecimento sobre os cuidados básicos com armazenamento por alguns membros da equipe ( descongelamento mecânico).*

- *dificuldade do técnico de enfermagem em chamar a atenção de outro técnico.*

- *a enfermeira desconhecia os problemas citados.*

- *Azaléia, como técnica de enfermagem, gostaria de saber quais são as atribuições das enfermeiras de turno.*

- *dificuldade em trabalhar com as bombas de infusão, pois só existem duas na unidade.*

- *a maioria da equipe desconhece os motivos do uso da N.P. em alguns indivíduos.*

- *o grupo identifica dificuldades sobre a N.P. : falta de conhecimento, seus riscos e complicações.*

- *Tulipa, cita que muitos desconfortos do indivíduo que recebe a N.P. podem ser sentidos como maus - tratos*

- *Hortênci, “é necessário mais supervisão pelas enfermeiras”*

- *E a enfermeira justificou “que o número de funcionários é reduzido pelo volume de trabalho aumentado”.*

Contudo, há um consenso entre todos, que *“os problemas do setor”* já foram piores e a organização da unidade *“melhorou bastante”*.

Em relação à Nutrição Parenteral, percebeu-se o receio da contaminação na unidade, pela inadequada manipulação e instalação. Verificou-se a exigência em relação às bombas de infusão tanto em termos de maior número como de melhor qualidade, e da existência de equipos específicos para bomba de infusão a cada troca de frasco.

Apesar da chefia atual não ter feito nenhuma determinação em relação ao

curativo de acesso profundo, observou-se que muitas vezes este não é realizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, já que chefias de enfermagem anteriores determinaram esta atividade como de responsabilidade do enfermeiro.

Observei que os trabalhadores de enfermagem fizeram observações em relação à terapêutica de N.P., ratificando aspectos tais como:

-**Cravo** relata o desconhecimento do indivíduo que recebe a N.P. sobre o seu diagnóstico e o porquê de estar recebendo a solução.

-**Rosa**: *"o paciente deveria saber , pelo menos 1 dia antes de iniciar a N.P., do que se trata"*

Discutimos a questão ética relacionada ao indivíduo saber ou não o diagnóstico e, qual o papel da enfermagem. Perceberam que não é atribuição da equipe a informação ao indivíduo e familiar sobre aspectos relacionados ao diagnóstico, mas que devem e podem fornecer maiores informações sobre a N.P.

Destacaram que:

*"- a passagem de plantão é muito falha com dados importantes sendo omitidos por falta de atenção e conhecimento".*

-**Tulipa**: *"a enfermagem é uma seqüência"*.

-*"A equipe está insatisfeita"*.

-*"Os recursos materiais e humanos estão em condições precárias"*.

-*"Se cobra muito, mas pouco se tem resolvido"*.

Algumas denúncias são feitas: Os equipos da solução da Nutrição Parenteral não estão sendo trocados a cada etapa .

A preocupação com o cuidado e conforto é muito presente, e **Rosa** exemplifica: *"O paciente está privado de estar em casa e ainda não come. Precisamos explicar isto a ele!"*

- Relatam que falta autonomia para a equipe de enfermagem do setor, e uma coisa depende da outra : *"Falta pessoal ----> Falta conversa com os funcionários ---> para buscar soluções."*

*"- Que existe pouco funcionário, mas também há má distribuição.*

*- Os erros e faltas são justificados pela falta de tempo.*

- Pedem por um livro de registro administrativo, as normas são perdidas.
- *Necessita de mais orientação e diálogo para amenizar os problemas*".

## 2º Momento

De diversas formas, W. demonstrou desconfiança quanto à capacidade da Nutrição Parenteral lhe proporcionar nutrição pela via endovenosa. As demonstrações vinham através de olhares desconfiados até a verbalização feita certo dia, *"essa porcaria está fazendo algum efeito?"* Entretanto, após a retirada da N.P., chegou a salientar *"esse negócio é bom mesmo"*, referindo-se à N.P. Seus familiares demonstravam confiança, mas, talvez, pela característica autoritária de W., não possuíam condições plenas de convencê-lo.

A incerteza frente ao futuro, quanto à realização ou não da cirurgia, lhe angustiava muito, deixando para o segundo plano aspectos relacionados com a N.P. entretanto, destacou várias vezes que não compreendia como a N.P. iria lhe *"fazer ficar forte"*. Argumentei que o seu estado nutricional era bom, a N.P. apenas iria mantê-lo bem, conservando em repouso seu sistema gastro intestinal.

**Orquídea e Hortência** chegaram a verbalizar, no quarto com W., em momentos diferentes, que o mesmo não compreendia o significado da N.P. *"porque não houve explicação antes da N.P."* ou *"a gente deveria arranjar uma maneira de explicar melhor para o que serve a N.P."*.

Compreendi que havíamos chegado ao ponto a ser trabalhado neste estudo, principalmente com a receptividade de W. a essas 2 colocações, havíamos chegado ao 1º e 2º momentos: descrição da realidade e crítica da realidade. Tais observações foram trabalhadas com a equipe de enfermagem em encontros descritos posteriormente.

Observei a escala para cuidados integrais e verifiquei que a **Azaléia** estava responsável pelos cuidados de W., conversamos sobre a proposta do estudo; **Azaléia** prosseguiu elucidando as suas dúvidas sobre processo, citei a Avaliação Emancipatória como libertadora, pois *"a educação liberta"* A perguntou-me: *"Será que algum dia chegaremos a ser livres assim?"* (referindo-se ao corpo de enfermagem).

Expliquei que acredito ser um processo que precisa começar, e percebi feliz que o 2º momento estava acontecendo.

### **Recursos materiais e humanos disponíveis.**

Com relação ao material, a falta de vitaminas a serem aditivadas na solução da Nutrição Parenteral pode determinar uma deficiência grave, e, embora vários contatos e solicitações à SES (Secretaria Estadual de Saúde) tenham sido realizados não houve solução para o fato. Foi verificado que vários medicamentos estavam em falta há várias semanas, fazendo com que familiares assumissem esse custo, comprando-os para completar a prescrição médica; no caso de W., seus familiares tentavam repor a falta das vitaminas C e do complexo B. A presença de familiares 24 horas por dia diminuiu a solicitação do corpo de enfermagem, para situações detectadas como “*simples*” (levar ao banheiro, fornecer papagaio, ...) e, segundo os mesmos descrevem, “*é muito paciente para pouca gente*”.

### **2º e 3º momentos**

Percebi que ao possibilitar condições, com reflexões, as soluções também surgem (3º Momento). Em outros encontros com a equipe de enfermagem, tanto no período diurno como no noturno, algumas sugestões foram lançadas para situações já descritas, como por exemplo, a queixa da ausência do equipo específico para bomba de infusão na unidade, iniciando-se a discussão sobre o que deveria ser feito:

-“*manter o equipo anterior?*”, argumentando o risco da contaminação, a equipe concluiu que não seria viável;

-“*não administrar a etapa da Nutrição Parenteral ?*”. Pareceu absurdo, argumentei o motivo da falta do equipo “*acaba e não tem almoxarifado aberto*”, “*nem sempre outras unidades têm para emprestar*”, nesse momento a **Violeta** questionou, “*mas não seria possível que o setor de preparo da Nutrição Parenteral encaminhe o equipo junto com o frasco?*” Percebeu-se que se tratava de uma idéia viável, fácil, que permitiria o controle constante, racional e efetivo do estoque sem elevar custos, o que poderia solucionar a situação descrita.

Após os resultados dos exames, foi verificado que W. não necessitaria de



intervenção cirúrgica imediata. O mesmo optou em retornar para sua casa e aguardar a data do procedimento cirúrgico.

A retirada da Nutrição Parenteral ocorreu no dia anterior para adaptação gradativa à dieta oral, evitando hipoglicemias acidentais. W. saiu acompanhado dos filhos, extremamente contente e aliviado.

Antes de sair, acompanhado de seus filhos, surpreendeu-me questionando se o estudo *"havia servido"*, respondi que suas *"opiniões, sobre a Nutrição Parenteral e os cuidados recebidos foram extremamente importantes"*; neste instante W. sorriu e respondeu *"fico satisfeito"*.

### **Vivência com V.**

#### **Apresentação**

Conversava com **Orquídea** e **Violeta**, junto ao posto de enfermagem e **Orquídea** me pergunta: *"Você não acha que quem vai entrar na Nutrição Parenteral deveria ser orientado para esta nutrição?"* Respondi que sim e questionei o motivo da sua pergunta

**Orquídea:** - *"V. vai começar hoje e não sabe para que serve a veia subclávia que foi puncionada hoje."*

Logo me interessei e senti que, do seu jeito, **Orquídea** pretendia me manter informada. Aproveitei a oportunidade para obter mais dados sobre quem **Orquídea** se referia, e a mesma descreveu: *"ela não está legal parece deprimida, acho que não sabe sobre a sua doença."*

Estimulei-a para que descrevesse o que sabia, e continuou *"ela fez uma cirurgia há 4 dias e está com uma fistula, penso que ou ela não está entendendo ou não explicaram direito...o negócio é que ela não se ajuda muito!"* (referindo-se ao auto-cuidado).

### **1º Momento**

Frente àquelas explicações optei em seguir para a minha 2º experiência. Ao entrar no quarto de V. percebi que a mesma estava acordada com uma expressão facial desanimada, seu marido encontrava-se sentado ao lado, ambos em silêncio. Senti um ambiente tenso, mas decidi prosseguir. Aproximei-me, identifiquei-me ,

perguntei como estava se sentindo e respondeu : *"desse jeito"*. Argumentei se poderia lhe ajudar em algo e desanimada desabafou -*"ninguém pode me ajudar"*, logo seu marido se colocou com palavras de estímulo e ânimo e, aparentemente, V. se mobilizou. Perguntei se sabia que iria iniciar com a Nutrição Parenteral e o que significava, respondeu que não, mas frente ao seu desânimo parecia que pouco estava se importando.

Como seu marido se mostrou mais aberto às minhas colocações, iniciei a minha explanação sobre o trabalho que pretendia desenvolver e se estaria interessada em participar , e completei com a garantia do anonimato. Pareceu indecisa, olhou para o marido e este prontamente respondeu: *"acho que seria muito bom para você"*. Reforcei que poderia retornar em outro momento, para deixá-la mais tranqüila para pensar , mas logo me respondeu que concordava, questionando quando iniciaríamos. Respondi-lhe que, frente ao seu aceite, já havíamos começado. Descrevi sobre o que se tratava o estudo, os 3 momentos, o objetivo e teci algumas orientações básicas sobre a Nutrição Parenteral.

Ao entrar no quarto de V., no dia seguinte, percebi a presença da Dália, que, naquele instante, buscava animá-la com palavras de estímulo. Estava esvaziando a bolsa coletora do dreno abdominal da qual saía um líquido escuro com odor forte. V., apática, ao me olhar disse: *"estou com fome"*, fiquei sem entender e Dália se colocou *"ela acha que como está com Nutrição Parenteral não iria passar fome e não se conforma que vai ficar em dieta zero"* .

Argumentei se seria fome ou desejo pelo sabor, fato muito comum e perfeitamente compreensível ao permanecer privado do prazer do paladar. Entretanto V. foi enfática, *"é fome mesmo, estou com sede também !"* Dália apontou para os frascos de soro e N.P. e aleguei que ela estaria recebendo uma quantidade razoável de líquidos, e, frente ao descaso de V., Dália virou-se para mim e disse, *"ela é diabética e as glicemias estão alteradas"*.

Posteriormente detectei que sua D.M. havia sido diagnosticada há anos, era insulínica, e mesmo antes da internação mantinha as glicemias capilares por volta de 200 dl/ml.

Compreendi o porquê da fome e sede intensas, e questionei V. se ela identificava aqueles sintomas com outros motivos, ao perceber que suas reclamações haviam sido relacionadas com a D.M, optou em calar-se.

Procurei saber como estava se sentindo, se sabia o que havia ocorrido com a cirurgia (fístula), mas ela se mostrava pouco participativa nos cuidados e queixou-se da ausência da família, mas ao lembrá-la da presença do seu marido no dia anterior, calou-se novamente.

Segui o restante do nosso encontro com conversas mais amenas.

Em outro encontro ao chegar na unidade de internação, alguns membros da equipe foram me informando que "V. está muito apática...", "*ela não se ajuda muito*". Como estávamos no período da manhã, o movimento da equipe era grande para realizar os cuidados de higiene e conforto, conforme me informaram "*a maioria dos pacientes já está encaminhada*"; questionei sobre V. e complementaram "*foi difícil convencê-la a ir ao banho no banheiro*".

Entrei no quarto preocupada com os procedimentos a serem realizados, cumprimentei-a e pareceu um pouco mais animada, já estava com pijama mais colorido e parecia disposta. Perguntei como estava se sentindo, como havia passado a noite, se sua família estava mais presente, respondeu-me que se sentia melhor, seu marido viria naquele mesmo dia ainda pela manhã e que tinha dificuldade para dormir, "*ainda desacostumada com o hospital*".

### **Queixas e expectativas, com relação às condições para o cuidado.**

Aproveitei a presença de, Dália, que havia entrado no quarto naquele instante, para participar, V. colocou que esperava receber alta em breve, e ao argumentarmos a existência da Nutrição Parenteral, se estaria entendendo o motivo que a levou a utilizar, respondeu que sim, que lhe haviam explicado, mas que faltou maiores informações, pois "*não estava convencida em ficar sem comer nada*".

Realizei uma analogia. Perguntei-lhe se sabia como se resolve uma infiltração em um cano de água em uma residência. Desconfiada, respondeu que sim, e seguimos os passos: 1) descobrir onde exatamente ocorre a infiltração; 2) o volume de água que pode estar saindo; 3) Fechar o registro; 4) "colar o cano"; 5) aguardar

que seque.

Reforcei as devidas proporções com a fístula intestinal e qual o papel da Nutrição Parenteral em servir como “cimento nutritivo” auxiliando o organismo a promover a cicatrização. Aparentemente pareceu compreender.

Utilizei o restante do tempo para realizar alguns cuidados, esvaziar a sua bolsa coletora... durante o procedimento relatou *“fiquei assustada quando vi esta bolsa, pensei que iria ficar com ela com minhas fezes saindo por aí”* (referindo-se a um ostoma). Expliquei que não havia sido o seu caso, mas que havia muitas pessoas que necessitavam e poderiam permanecer apenas alguns meses, enquanto que outras iriam conviver com um ostoma durante toda a vida. Seguimos conversando, e V. descreveu todo o seu processo para realizar a cirurgia, dizendo que só havia concordado porque seus familiares haviam insistido. Questionei-a sobre os motivos que a levaram a procurar auxílio médico, e respondeu *“mas não pensei que precisaria de cirurgia”*.

Conversamos ainda sobre os controles de glicemia capilar, pois **Hortência** havia entrado para coletar, embora V. já a realizasse periodicamente para controle domiciliar da D.M. Os resultados, nos últimos dias, eram alterados, mesmo antes de iniciar com a N.P. e V. sentia-se irritada, permanecia com *“muita fome e sede”*, mas já estava sendo acompanhada por uma médica endocrinologista, o que lhe dava maior segurança.

### **Condições físicas e emocionais.**

Em vários dias pude perceber a labilidade emocional de V., alternando momentos de concordância e participação com atitudes agressivas no seu próprio corpo, com seus familiares e para com a equipe de enfermagem. Embora aparentemente orientada e lúcida, “arrancou” o cateter de punção da subclávia esquerda, tendo uma das vezes feito isso segundo **Rosa** e **Cravo** em uma noite na qual momentos antes havíamos conversado, (este fato se repetiu por 3 vezes durante sua internação).

Nesta mesma semana, foi submetida a uma nova cirurgia necessitando de uma colostomia temporária, preocupou-me este novo fato, pois, como no relato

anteriormente descrito, V. demonstrou repulsa a este procedimento.

### **Tipos de dificuldades que enfrenta.**

Descrescia claramente que estavam relacionadas ao ambiente hospitalar, à cirurgia e ao jejum necessário por alguns dias. O jejum foi suspenso após alguns dias da segunda cirurgia, iniciando uma dieta crescente em consistência. Inteirava-se pouco com as demais pacientes do quarto, que, embora opinassem na minha presença sobre V., esta pouco estimulava o diálogo.

Após o segundo procedimento cirúrgico, com a colostomia, demonstrou dificuldade e até mesmo medo em lidar com o equipamento. Vários membros da equipe de enfermagem realizaram orientação quanto aos procedimentos de limpeza e troca do equipamento.

A presença constante do marido de V. demonstrava o quanto estava envolvido e preocupado com a recuperação da esposa. Várias vezes procurou-me para esclarecer dúvidas sobre a Nutrição Parenteral, *"você acha mesmo que a N.P. está ajudando a V.?"* ou *"quando você acha que ela poderá ir para casa?"* Muitas vezes percebemos que, por *"sentir muita fome"*, V. culpava a N.P. pelo jejum.

Em conjunto com a enfermeira de turno orientei-o para procurarem o programa para ostomizados, localizado em Florianópolis, tal garantia de acompanhamento após a alta deixou-o bem mais tranqüilo.

Tanto para mim quanto para os membros da equipe de enfermagem que contactei, em vários momentos foi extremamente difícil lidar com V., no que diz respeito às suas alterações de humor, resistências aos cuidados e até aos contatos para este estudo.

### **Conhecimentos acerca da doença, da N.P. cuidados específicos .**

As características emocionais de V. possibilitaram que conversássemos incluindo algum membro da equipe, contudo esta interação não ocorria de forma linear, pois foi necessário que em alguns dias optasse por não prosseguir em nossas conversas, tal o grau de irritação, ou mesmo por solicitação sua, já que *"não estava a fim de conversar com ninguém"*.

Os conhecimentos de V. e seu marido acerca da N.P. eram superficiais e até insuficientes. Algumas vezes estes desconhecimentos acarretaram em riscos, quando em uma situação, retirou o equipo da bomba de infusão e foi até o banheiro, sozinha, retornou, e permaneceu sem solicitar auxílio, mantendo a solução sem controle para o volume infundido. Ao ser questionada quanto ao fato, respondeu que *"não sabia"*, embora eu mesma tivesse lhe explicado a necessidade da bomba de infusão, para o controle do volume infundido.

### **Disponibilidade pessoal para a emancipação.**

Não percebi nenhuma participação concreta por parte de V. que demonstrasse sua autonomia ou determinação para construí-la. Sempre que questionei sua participação ou responsabilidade, atribuía a responsabilidade da cirurgia à sua família, pois *"havam lhe convencido"*.

### **2º Momento**

Vários membros da equipe de enfermagem atribuíam suas atitudes *"à revolta"*, *"ao desconhecimento"*, *"falta de informação"*, mas todos foram unânimes em detectar que V. necessitava de um profissional psicólogo para auxiliá-la em seus conflitos emocionais. Percebi que havia necessidade de um psicólogo para orientar e manejar as frustrações da equipe de enfermagem, minhas, de V. e seus familiares, cheguei a contatar a assistente social responsável pelo andar.

### **Recursos materiais, físicos, financeiros, humanos disponíveis.**

Durante vários dias, procurei identificar se V. percebia os recursos disponíveis, entretanto identificou claramente somente os recursos humanos descritos a seguir: *"às vezes parece que eu não ligo para todo esse pessoal que me ajuda, especialmente a enfermagem, eles têm muita paciência comigo, acho que sabem que estou em uma fase ruim, não sei o que seria de mim sem esses cuidados"*.

### **2º e 3º Momentos**

Com o marido de V. detectei a importância da orientação prévia no início da terapêutica da Nutrição Parenteral, ao me relatar *"talvez se tivesse havido uma*

*explicação mais detalhada dessa nutrição, antes dela precisar, ela (V.) aceitasse melhor”.*

Questionei como poderia ter sido feita esta orientação, e ele descreveu *“com imagens, fotos, de um jeito informal.”* Percebi que esta preocupação poderia estar relacionada a uma realidade que V. demonstrava através da irritação e não envolvimento com os cuidados, e que seu marido relacionava a uma deficiência na orientação prévia.

A alta de V. ocorreu rapidamente, após a retirada da Nutrição Parenteral, encontrei-a pela última vez na manhã da sua saída, estava bem humorada e inquieta, ao me despedir, questionei-a se gostaria de realizar alguma observação relacionada ao estudo, respondeu que não e que tinha sido bom me conhecer. Saí com a sensação de um processo inacabado.

### **Vivência com M.**

#### **Apresentação**

Novamente fui comunicada, ao chegar na unidade de internação, da inclusão da M. na Nutrição Parenteral.

Vários membros da equipe de enfermagem realizavam observações relacionando-as à inclusão de M. ao estudo, *“ela é muito engraçada”, “é participativa”, “é uma figura”.*

Fui ao encontro de M. .Ao entrar no quarto a mesma estava sentada na cama, com duas pessoas próximas, cumprimentei-as, me apresentei e questionei se estavam disponíveis para conversarmos, frente à resposta positiva e até mesmo sorrisos, senti estímulo.

Convidei M. e as 2 moças presentes, suas filhas, a participarem do projeto, esclareci o assunto, o objetivo, a garantia do anonimato...entreolharam-se desconfiadas, coloquei-me à disposição para esclarecer dúvidas e complementei que não havia nenhuma obrigação em participar, e que, se ela desejasse, poderia solicitar para encerrarmos em qualquer momento.

Instantaneamente sorriram, aparentando alívio, e M. respondeu animada:

*"vamos fazer sim, minha filha" e as filhas completaram "se a mãe quer, então vamos".*

Observei o curativo na punção da subclávia à direita e questionei-a sobre o procedimento, ela descreveu que ficou muito assustada e que o local ficou "magoado". Conversamos sobre o procedimento e esclareci algumas dúvidas: para que servia e que tipo de material havia permanecido na veia.

Em outro dia, ao entrar no quarto, fui recebida com um sorriso por M. Estava acompanhada pela filha e ambas conversavam animadamente, ao me ver sua filha relatou que M. estava angustiada com a Nutrição Parenteral e principalmente com a internação. Questionei sobre o que conversavam antes da minha chegada e M. descreveu que gostaria de sair da cama e andar no corredor, mas sua filha não deixava, iniciou-se o diálogo:

*- ô mãe, não fala assim, o que a moça vai pensar, como é que a Sra. vai andar no corredor com essa máquina pesada e este vidro grande? (Referindo-se à bomba de infusão e à Nutrição Parenteral)*

*- Mas então eu vou ficar presa nesta cama, assim não vai dar! Você está é me enrolando!*

Neste momento entrou Azaleia para mudar um dos frascos de soro, e ouvindo o diálogo complementou, "é M., com a Bomba de infusão fica difícil desligar a todo momento." M. fez uma expressão facial de desânimo.

Percebi que algumas das orientações básicas de deambular para estimular a absorção de nutrientes não eram estimuladas pela equipe de enfermagem. Posteriormente, com a equipe, quando discutíamos sobre as orientações básicas, Dália reforçou a necessidade de estimular o indivíduo para movimentos ativos e passivos, inclusive a deambulação, e Azaleia, assustada, relatou que desconhecia esta necessidade, esclarecendo o porquê de sua conduta com M.

Evitando ir de encontro às condutas de Azaleia, optei por orientar M. e sua filha para a realização de movimentos ativos e passivos no leito, até porque percebi que a bomba de infusão não possuía bateria para manter o controle de gotejamento, caso optasse desligá-la. "Negociei" para que solicitassem a retirada da bomba de infusão no período da manhã, para o banho de chuveiro, aproveitando para



deambular no corredor.

No restante do nosso encontro, M. contou-me sobre sua doença, como chegou no Hospital. Questionei-a sobre o motivo de iniciar a Nutrição Parenteral, e não sabia dizer, nem sua filha. Lembrei-as de aproveitar a visita médica, realizada pela manhã, para elucidar este tipo de dúvida (as filhas estavam autorizadas a permanecer 24 horas).

Ainda não havia entrado no quarto para acompanhar M., e fui abordada pelas 2 filhas e 1 genro, pareciam assustados e pediam informações sobre o estado de saúde, diagnóstico, previsão de cirurgia. Ressaltei que estas respostas deveriam ser encontradas com o cirurgião assistente ou residente, e responderam “*Ah, mas é difícil falar com eles!*” perguntei se já haviam tentado e, após algum silêncio, responderam timidamente que não. Lembrei-os do direito de saberem o diagnóstico, que não era só deles, mas também da mãe - M.. Iniciaram uma série de desculpas pela ausência das informações, esclareci que a principal beneficiada com as informações seria M., agradeceram e pareciam decididos em solucionar as dúvidas.

Horas mais tarde, os mesmos familiares ao me encontrarem justificaram que já sabiam o nome do cirurgião e que já haviam marcado para o dia seguinte para conversarem sobre M..

Cheguei em uma manhã ensolarada e M., sentada perto da janela, aproveitava o sol. Acompanhada por Orquídea, observamos que o curativo da punção da subclávia à direita encontrava-se em condições precárias. M., já havia tomado banho e perguntei-lhe sobre a higiene oral, respondeu que como não possuía dentes, não necessitava. Quanto à higiene oral, sua filha afirmou que realizava 1 vez ao dia, durante o banho; aproveitei para salientar a necessidade de realizar a higiene oral, pelo menos 4 vezes ao dia, mesmo sem ingerir alimentos para evitar proliferação de bactérias e o aparecimento de Cândida oral.

Mostraram-se muito interessadas, recordando de um bebê com “sapinho”.

### 1º e 2º Momentos

M. encontrava-se com a outra filha, esta muito comunicativa e participando dos cuidados da mãe. M. não acreditava que “*aquele vidro*”, apontando para o frasco

da Nutrição Parenteral, pudesse realmente alimentá-la, tenta convencer que *“uma sopinha”* iria lhe ajudar muito.

Pergunto-lhe se tem fome, ameaça dizer que sim, mas após algum silêncio resolve: *“não é fome, minha filha, mas como é que pode eu ficar sem comer”*? Decidi reorientá-la sobre a N.P., pois não havia compreendido mesmo após as orientações realizadas pelos residentes, pela equipe de enfermagem e também por mim.

## 2º Momento

Segui este encontro com M. optando para que me respondesse perguntas simples sobre seu estado de saúde, antes e após a introdução da Nutrição Parenteral, e por fim ela mesma concluiu, *“é, agora estou melhor do que antes, time que ganha não se mexe, quero voltar para casa logo!”*

Orquídea havia aproveitado para buscar material adequado para trocar o curativo, e reclamou *“ puxa, isso aqui está tão feio”*, e tanto M. como sua filha aproveitaram para iniciar uma conversa com Orquídea sobre a troca de curativos, quem fazia, por que e quando. Após o término e despedida, fora do quarto, Orquídea explicou-me que como não havia uma determinação responsabilizando qual membro da equipe realizaria o curativo das dissecções venosas e punções de veia profunda, acabava ficando *“assim”*.

Este relato foi descrito pelos membros da equipe de enfermagem, nos mais diferentes momentos, destacando a compromisso de aproveitar este estudo para solucioná-lo. No decorrer da prática descrevo inúmeras vezes curativos em condições precárias que poderiam acarretar em situações de risco para o indivíduo. Em contato com as enfermeiras da unidade, verificamos que desconheciam esta realidade.

M. foi submetida à cirurgia, havendo excelente recuperação,. Neste período manteve o bom humor, já não questionava a presença deste tipo de nutrição, demonstrando preocupação e solicitando a equipe quando identificava alguma intercorrência. Penso que após um período de adaptação aprendeu a lidar com as restrições e características da instituição hospitalar.

Tranqüila, sorriu quando entrei no quarto, brincando com a minha presença,

já estava sem Nutrição Parenteral, e com alta prevista para os próximos dias, como se encontrava bastante independente, as filhas já não permaneciam acompanhando.

Aproveitei para fazermos um “balanço” da Nutrição Parenteral, e saber o que pensava agora, já sem a nutrição artificial e prestes a ir embora, portanto sem nenhuma possível constrangimento, e definiu: *“sabe, minha filha, eu não entendia direito quando você me falava, mas não é que aquele vidro me deixou mais forte mesmo, acho que não ia ficar boa se não tivesse recebido.”* Questionei-a se havia compreendido o motivo do uso da Nutrição Parenteral, respondendo: *“olha, eu entendi sim, precisava era ficar sem comer nada pela boca”*. Aproveitei para estimular a sua criatividade: *“e se hoje a sua vizinha de quarto (apontei para cama ao lado, embora estivesse vazia) precisasse da Nutrição Parenteral, como a Sra. explicaria a ela?”* Ficou em silêncio por algum tempo e respondeu *“eu diria para ela que é muito bom, deixa a gente mais forte, faz bem ... Ah, sei lá, deixo isso pra você que explica bem”*.

### **3º Momento**

Decidi por desenhar, para elucidar suas dúvidas; questionei se estava interessada, respondeu animada que sim.

Neste instante **Orquídea** entrou para administrar medicação, muito carinhosa e brincalhona interagindo com **M.**, permaneceu para participar.

Comecei a desenhar o trajeto dos alimentos da boca até o intestino, destacando o papel dos nutrientes. Com a mesma cor do nutriente, passei a desenhar a administração endovenosa profunda dos mesmos, através da Nutrição Parenteral. Paralelamente **Orquídea** brincava com **M.** sobre cada parte do desenho, ambas atentas. Ao final do desenho, animada, perguntei se ela havia entendido. Conformada me respondeu: *“deve ser minha filha, é isso aí!”*. Neste momento eu e **Orquídea** nos entreolhamos e percebemos que não havia entendido nada!

Esta situação foi discutida várias vezes com o grupo, ilustrando que a informação deve ser construída de forma clara, simples e acessível. A minha tentativa através do desenho foi anteriormente indicada pelo marido de **V.**, como uma forma mais alegre e informal de orientar o indivíduo antes que venha utilizar a Nutrição Parenteral. Ressaltaram que deveria ser antes mesmo da punção da veia

profunda.

Lembrando dos desenhos que havia tentado fazer para lhe orientar, e das colocações do marido de V. para incluirmos o aspecto visual, M. entendendo ao que eu estava me referindo, aprovou a idéia e mesmo no seu caso, *“que não tinha paciência para ler, as filhas fariam isso”*.

Aproveitei os momentos restantes para iniciar as despedidas, e indo até a porta do seu quarto, convidou *“aparece lá em casa”*.

## **Vivência com C.**

### **Apresentação**

Ao chegar na unidade de internação, fui comunicada pela equipe de enfermagem do período noturno da inclusão de uma senhora com longo período de internação, na terapêutica da nutrição N.P. C. era descrita com carinho pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, referiam-se a ela como muito cooperativa nos cuidados, e percebi que se tratava de uma senhora que eu havia auxiliado nos cuidados imediatos 1 semana atrás, após chegar da sala de recuperação pós anestésica em choque hipovolêmico. Naquele mesmo dia C. havia sido transferida para a UTI, local em que iniciou a N.P.

Cheguei ao quarto de C. no início da noite e mesmo sem me conhecer fui recebida com um sorriso. Sua filha se encontrava sentada ao lado da cama de mãos dadas com a mãe. Identifiquei-me como enfermeira, mestranda, interessada em incluí-las, ela e a filha, no estudo relacionado com a nutrição N.P. (por via das dúvidas apontei para o frasco, ao seu lado). Bem humorada, C. olhou para a filha e rapidamente esta lhe respondeu, com ar de brincadeira: *“não olha pra mim, quem decide é você, e se não gostar é só sair, não é?”* (olhando para mim); rapidamente respondi que sim, esclarecendo a garantia do anonimato. *“então tá bom, vamos lá ver no que dá!”*, respondeu C.

Após sua resposta positiva, percebi que o receio de se sentir “cobaia” era comum em todos os indivíduos convidados, e a possibilidade de decidir ausentar-se do estudo quando desejasse, proporcionava um alívio tanto para o indivíduo

como para o familiar.

### **1º momento**

No sentido de elucidar completamente aspectos relacionados ao uso da N.P., utilizei as questões descritas no anexo 2:

#### **Recursos materiais, financeiros e humanos disponíveis.**

Ao longo dos contatos com C., percebi que se encontrava satisfeita com os cuidados e atenção prestados pela irmã e filha. Embora houvesse mais familiares, estes não se dispunham a participar do "rodízio" para assisti-la, fato referido com muita mágoa pela filha, mas que tentava ocultar da mãe. Quanto ao aspecto financeiro, C. trabalhava como empregada doméstica há 25 anos em uma residência em Florianópolis, e inúmeras vezes "sua patroa", como ela mesma se referia, comprou medicamentos, equipamentos para a ileostomia, e utensílios que promovessem seu conforto: colchão piramidal, pomadas e fraldas. (no período que apresentou incontinência urinária...).

#### **Disponibilidade pessoal para a emancipação.**

A busca pela autonomia, através de questionamentos, sugestões, participação e críticas foi realizada apenas pela filha de C.. Entretanto, sua participação no processo era irregular por se ausentar longos períodos; a permanência da irmã de C. foi mais freqüente, contudo sem as características encontradas na filha.

C. possuía um temperamento especial, carinhosa, lutadora pelo desejo firme de voltar para sua família.

#### **Condições físicas e emocionais.**

As condições físicas eram inversamente proporcionais às condições emocionais. C. foi submetida a inúmeras cirurgias, que acarretaram em perda das camadas da pele, tecido adiposo e peritônio, necessitando por um longo período permanecer acamada, com curativos somente realizados pelos residentes em cirurgia geral.

Sua primeira cirurgia ocorreu para a retirada de um tumor maligno de

ovários, realizou quimioterapia e reinternou devido a complicações da mesma cirurgia. Sempre se mostrou acessível, em poucos momentos demonstrou tristeza, relacionando sua alegria "*à vontade de ir para casa*". C. encontrava-se internada naquele setor há mais de 1 mês, iniciando a administração da NP há 5 dias.

### **Queixas e expectativas com relação às condições para o cuidado.**

Amável, respondeu que estava sendo "*muito bem cuidada, pelo pessoal*" (referindo-se à equipe de enfermagem) - neste momento Vil, entrando no quarto e ouvindo o comentário, se coloca "*é bondade sua Dna. C., a Sra., que não reclama de nada, quantas vezes esperou que a gente entrasse no quarto para pedir medicação para dor?*" Seguimos conversando sobre esta característica identificada por alguns dos membros da equipe como boa, entretanto identificada por Vil como preocupante.

Vale destacar que, durante a internação, permaneceu com acompanhamento de familiares por 24 horas. Devido ao tempo excessivo, e por sua família ser procedente de uma cidade distante, havia um rodízio de aproximadamente 1 semana, entre a filha e uma irmã.

Durante todo o período que a acompanhei, certo dia encontrei-a chorando junto de sua irmã. Ao perceber minha surpresa, mostrou-me as condições sofríveis em que se encontrava a pele circundante à ileostomia, já não havia como fixar o equipamento e, segundo C. e vários membros da equipe, "*já haviam tentado de tudo para resolver o problema*".

Cheguei a me emocionar com sua queixa, sentindo que precisaria resolver aquela situação, prometi-lhe que tentaria buscar auxílio fora da instituição.

Em contato telefônico com a enfermeira Margareth, professora do departamento de enfermagem, mestre em enfermagem e estomaterapeuta, esta gentilmente sensibilizou-se com meu relato e aproveitando a oportunidade por estar orientando uma aluna da 8ª fase em enfermagem para o trabalho de conclusão de curso, optou por levá-la também à instituição, a fim de verificar as condições da ileostomia e propor sugestões.

Ao chegarmos, C. e sua irmã, contentes com a visita e esperançosas, acompanharam todo o procedimento. A autorização para estes procedimentos já

havia sido solicitada anteriormente à enfermeira substituta da chefia, não houve nenhum incidente com a equipe, ao contrário, vários técnicos de enfermagem acompanharam o procedimento de troca e instalação de equipamento, interessados com as orientações realizadas pela profa. Margareth, pois o maior interesse era dar continuidade aos cuidados adequados indicados pela mesma.

Esta interação foi motivadora para C., sua irmã e equipe de enfermagem, que, mesmo cientes das falhas ocorridas anteriormente, permaneceram satisfeitos com a aquisição de conhecimentos, como descreveu Lírio: *"Puxa, vocês deviam aparecer aqui sempre para ensinar a gente as coisas novas"*, ou C. *"e' bom para eu ir aprendendo certo, para não errar em casa"*.

Sáimos eu, a aluna e a Profa. Margareth, extremamente recompensadas pela alegria de C. e sua irmã e pela vontade de aprender a "fazer certo" por alguns membros da equipe de enfermagem. .

## **2ºMomento**

O ambiente, desde o primeiro instante, era muito amistoso, a filha de C. brincava a todo momento, e confessou *"quem vem ficar com alguém doente não pode estar de mau humor, já pensou se alguém da enfermagem vem com cara feia cuidar de alguém com dor? É preciso "levantar o astral" de quem tá aqui, já está longe de casa, com algum problema, o negócio é sorrir!"* Estimulei esta postura, responsabilizando-a pelo bom humor de C..

Em outra oportunidade, ao entrar no quarto, C., sozinha, ao me ver sorriu, e já iniciou um relato sobre situações do seu cotidiano hospitalar. A conversa era amena e aproveitei para questioná-la sobre :

**Conhecimentos acerca da doença, da N.P. e seus cuidados específicos.**

C. afirmou rapidamente que havia sido orientada sobre a N.P. perguntei de que forma ela poderia explicar o que era a N.P. Pensou por algum tempo e respondeu *"não sei dizer, só sei que serve para me alimentar"*. Neste momento a vizinha do leito ao lado, solicitou se poderia participar, iniciando o diálogo:

C. respondeu rapidamente "Claro!",

-A colega de quarto aproveitou, "*se a N.P. é feita para alimentar, porque ela também recebe comida?*"

- C. "*boa pergunta!*"

Lembrei que C. havia realizado várias cirurgias, com muito stress, e a alimentação "*pela boca*", estaria sendo insuficiente para repor o que ela precisava, fiz uma analogia entre compras e o saldo bancário, sendo a N.P. uma doação para "*sair do vermelho*".

- C. "*porque cada vidro tem uma cor diferente, e antes não tinha?*"

Respondi que: "*O que dá cor à N.P. são as vitaminas do complexo B, e após vários meses em falta, chegou um estoque na farmácia*".

- Recordando a colega de quarto salientou, "*sabe, quando eu cheguei neste quarto e vi C. o que mais me assustou foi esta máquina, a gente vê uma máquina ligada em alguém e logo pensa que a pessoa está grave, pra que serve isto?*"

Esperiei que C. soubesse explicar, mas também pediu que eu falasse.

- "*A bomba de infusão é feita somente para controlar o número de gotas que descem por minuto para C., o total de líquido da N.P. é dividido nas 24 horas e o controle das gotas não deixa acabar antes nem depois do horário.*"

Seguimos conversando e esclarecendo várias dúvidas, dias depois, ao acompanhar **Hortência** nos cuidados com C., esta me confessou:

- "*A gente devia ter mais tempo para ficar com o paciente, muitas vezes as dúvidas ficam porque a gente não orientou*". Sua manifestação demonstrava frustração e preocupação.

Aproveitei a oportunidade e lembrei das sugestões do W., V. e M. com relação às formas de orientação sobre a N.P. Ao questionar C. "*De que forma poderíamos melhorar as orientações sobre a N.P.?*" as idéias começaram a surgir muito lentamente determinando as características: simples, claro, para a família ter acesso, gostoso de ler...

Neste mesmo encontro **Hortência**, que reafirmou ser fundamental a existência de uma "*regra para a troca (curativo da punção) de subclávia, pois fica um tempão o*



*curativo sem trocar, isso não tá certo!" e C. aproveitou "é mesmo, às vezes eu peço pra trocar".*

Quanto aos cuidados, **Hortência** lembrou "*não é o caso da C. pois a família dela a ajuda muito nos cuidados, mas tem familiar que não sabe cuidar!"*

Até o término deste estudo C., permanecia internada há mais de 2 meses, mantinha o bom humor e a vontade firme de rever a família. Uma situação clara da sua determinação ocorreu após mais uma complicação hospitalar (sepse de foco desconhecido), permanecendo 72 horas em condições críticas. Após a regressão dos sinais e sintomas espantosamente, ao ver o cirurgião assistente entrar em seu quarto impressionado com seu restabelecimento, abriu os olhos, sorriu e, piscando um olho brincou: - "*Pensou que eu ia morrer, né Dr.? Mas eu só vou sair daqui para a minha casa!"*

### **3º Momento**

Posteriormente, com a equipe de enfermagem do período noturno e período diurno inclusas neste estudo, realizamos uma reflexão sobre as observações destacadas com W., V., M. e com C.. Percebi um interesse bastante acentuado por todos em participar do 1º e 2º momento: descrição e crítica da realidade, descrito em Saul. Recordei situações em ambos os turnos que identificavam tanto para a equipe como para o indivíduo a carência de informações e, algumas vezes, de conhecimento também por parte da equipe.

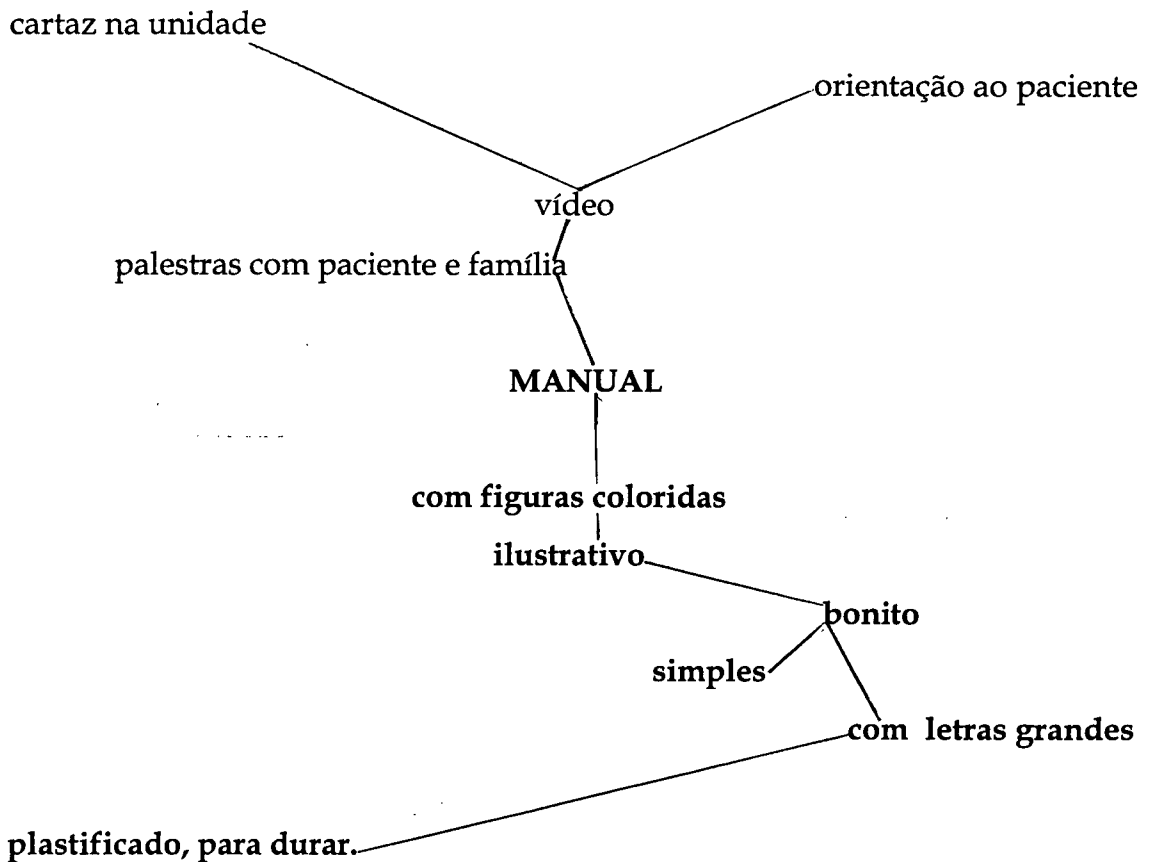
Para realizar esta atividade fizemos vários encontros, pois era fundamental a identificação e compreensão clara por toda a equipe participante do estudo, da descrição da realidade e a crítica desta, inclusive incluindo os pontos destacados pelos indivíduos em uso da N.P.

Concluimos, que a informação insuficiente ou deficiente para os indivíduos em uso da N.P. e familiares e a falta de critérios claros para a troca de curativo seriam abordados para a criação coletiva, destacada no 3º momento de Saul.

Percebi que a revalidação da criação coletiva ocorreria sempre que alguém necessitasse da N.P. Ao esgotarmos todas as dúvidas e angústias por parte da equipe, iniciamos com a utilização de técnicas para estimular a criatividade: Chuva

de Idéias, Teia de Aranha e Encontrando Soluções.

Com a equipe de enfermagem do período noturno, criou-se a seguinte teia de aranha:



As idéias inicialmente demoraram a surgir, mas gradativamente passaram a caminhar com mais rapidez, dado o contágio da equipe pelas possibilidades da criação.

Com o manual já decidido, utilizamos a técnica “Encontrando Soluções”, para verificar a real possibilidade da criação. Os membros da equipe de enfermagem concluíram que a orientação deveria ocorrer individualmente, facilitada pelo manual, devendo existir mais de um exemplar disponível, para permanecer por tempo indeterminado com cada indivíduo para leitura e esclarecimento.

Optou-se, também, por incluir no manual os cuidados mais comuns: controle de peso, balanço hídrico, higiene oral e corporal, exercícios ativos e passivos, controle do gotejamento, bomba de infusão, controle da glicemia capilar, além do conceito e vias de acesso para o uso da Nutrição Parenteral. As questões destacadas

muitas vezes eram acompanhadas por recordações de situações ocorridas durante o cuidado com o indivíduo em uso da Nutrição Parenteral .

As construções realizadas no período noturno eram revalidadas no período diurno e vice-versa. Esta situação ocorria sem conflitos, gerando elogios de um turno para outro diante de idéias consideradas como "*muito boas*".

No sentido de facilitar a criatividade, utilizei folhas de papel craft, afixadas nas paredes da sala de plantão. A equipe de enfermagem identificou como "*cada folha do manual*" a partir de cada tema escolhido, fazia-se o registro facilitando a retomada para o próximo encontro.

As idéias para as ilustrações também foram registradas em cada página. Após esgotar todas as discussões em relação à redação para cada item escolhido, parti para a revalidação dos desenhos, necessitando da participação ativa do desenhista, que se propôs a visitar a instituição e elucidar algumas dúvidas sobre questões técnicas: como seria um equipo, uma bomba de infusão, etc.

A equipe de enfermagem participou ativamente das sugestões para os desenhos e animados com os resultados, brincavam: "*quando vai ser a noite de autógrafos !*", "*os desenhos têm que servir para animar o paciente*", "*no final, ele - o desenho - tem que estar contente, pra mostrar que a N.P. é boa*".

Do início da elaboração da redação e dos desenhos até o término do manual, nenhum indivíduo necessitou do uso da N. P., o que lamentamos, pois acreditamos que várias modificações seriam sugeridas pelos usuários e familiares. Penso que, a partir da sua utilização na unidade de internação sugestões deverão ocorrer, freqüentemente, para que adaptações sejam feitas tornando o manual ( anexo 3) mais completo, útil, efetivo e atual sendo, portanto, a flexibilidade uma das principais características do mesmo. tornando-o mais completo e útil.

O manual, na íntegra, consta no anexo 3.

Respeitando o cunho ético deste trabalho, não foi elaborado nenhum impresso solicitando consentimento informado. O consentimento do indivíduos em uso da N.P., em participar do estudo, foi obtido de modo verbal, após estes receberem informações gerais sobre este estudo.

## 5 ALGUMAS TEMÁTICAS EMERGIDAS DA DESCRIÇÃO DA PRÁTICA

No relato anterior da minha trajetória assistencial, percebi o surgimento de algumas temáticas que vinham de encontro a pontos de vista decorrentes da minha experiência profissional e “visão de mundo”. Deste modo, descrevo a seguir as reflexões da prática.

### 5.1 (Des) informação

Embora, antes mesmo da coleta de dados, eu já acreditasse na necessidade de perceber a necessidade importância de preenchimento da grande lacuna gerada pela falta de informação ao indivíduo/família acerca da Nutrição Parenteral, surpreendi-me ao verificar que esta necessidade também era sentida pela equipe de enfermagem. Os trabalhadores salientaram a importância destes esclarecimentos ao indivíduo em uso da N.P., e também a própria equipe.

Dos 4 indivíduos usuários da Nutrição Parenteral, participantes deste estudo, 03 foram enfáticos em relatar que não possuíam informações, ou que estas seriam insuficientes sobre o uso, indicação e cuidados referentes à terapêutica em questão. Apenas 01 respondeu que havia recebido informações, mas perante minha solicitação para repassar o aprendido, refletiu o porquê da sua impossibilidade percebendo que na realidade não havia compreendido o exposto sobre o assunto. Vale esclarecer que este questionamento ocorreu, sempre, no primeiro ou segundo dia de uso da Nutrição Parenteral .

De diversas formas percebi que os cuidados específicos realizados pela equipe de enfermagem, não seguiam uma mesma orientação, provavelmente por ausência de conhecimento específico e de normatização deste procedimento.

Entretanto, faz-se necessário destacar que esta orientação não ocorre repentinamente, está inserida em um processo maior de educação, que inclui o indivíduo, família e a equipe de enfermagem. A educação à qual me refiro deve seguir o caminho da transformação, da crítica da realidade descrita por Saul no 2º

Momento “através de procedimentos sobre a sua prática”.

Complementando o aspecto educacional, Nascimento e Rezende (1988), descrevem que a educação não pode ser vista como um ato unilateral, no qual o educador é agente ativo de todo o processo. Assim cabe ao enfermeiro, seguindo seu papel de educador, promover “o caminho da práxis através de uma proposta de educação participativa. Como compromisso solidário, ele pressupõe a troca e o intercâmbio de experiências, não anulando o saber técnico nem subestimando o saber popular”.

As Normas para Suporte Metabólico e Nutricional - parte I (1994), baseadas nas orientações da ASPEN - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition - descrevem as atribuições relativas ao Enfermeiro do Grupo de Suporte nutricional, pode-se perceber implicitamente o papel de educador deste profissional.

Tal característica é ressaltado através da descrição de que um dos resultados esperados pelo indivíduo que “requer os cuidados de um enfermeiro especializado em Suporte Nutricional” inclui que “o paciente e seus familiares demonstram conhecer os requerimentos nutricionais e as medidas de auto-cuidado apropriadas para satisfazer estes requerimentos”. Desta forma, acredito que a atualização dos conhecimentos da equipe de enfermagem que cuida deste indivíduo também deve ser atribuição do enfermeiro do grupo de SN.

Freire (1980) conceitua que “a educação problematizadora está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadora”.

A proposta metodológica utilizada neste estudo, possibilitou a participação, criatividade, criticidade, conscientização e transformação, através dos 3 momentos já descritos anteriormente.

Foi possível perceber tanto pelos indivíduos em uso da Nutrição Parenteral, como pela equipe de enfermagem, a necessidade da informação sobre a Nutrição Parenteral e seus principais cuidados, sendo esta exigência pontuada em diversos momentos da prática, como no caso do indivíduo em uso da N.P., registrou-se a

seguinte observação, verbalizada por V.:

*“não sei o que é este vidro não,  
acho até que me explicaram  
mas não entendi ”*

Ainda de Azaléia, técnica de enfermagem, de quem ouvi seu desabafo, após detectar que algumas de suas orientações eram incorretas:

*“Puxa, pensei que estivesse fazendo tudo direito ,  
tem coisa que eu podia estar fazendo melhor e  
não faço porque não sei, outros colegas devem  
estar do mesmo jeito que eu ! ”*

Identifico que este estudo, embora tenha promovido uma pequena reflexão sobre as atividades e cuidados que cercam o suporte nutricional, mais especificamente a Nutrição Parenteral e a deficiência no repasse de informações e orientações que a cerca, é uma amostra do muito que pode ser realizado, podendo ser gerado através da metodologia empregada nesta prática.

## **5.2 O curativo**

Em várias oportunidades, descrevo, durante a coleta de dados, a ausência de normas a serem seguidas com relação à troca dos curativos nas inserções dos cateteres venosos profundos.

As discussões com a equipe de enfermagem, demonstraram , que de fato, vários membros já haviam atentado para a descrita situação, mas que aguardavam passivamente a decisão a ser tomada, provavelmente pelas enfermeiras do setor.

Nestes momentos várias dúvidas me surgiram, no sentido de como e o que fazer para estimular e modificar aquele grupo profissional. Transformando-os em sujeitos ativos no processo de cuidar. Parecia-me óbvio, que pela metodologia empregada , o 1º momento: a descrição da realidade, já ocorrido, devendo, portanto,

passar para o 2º momento: crítica da realidade e posteriormente realizar a criação coletiva (3º), quando então conseguiria motivá-los a participar.

Optei em reunir a equipe de enfermagem buscando refletir e criticar a realidade, e conforme descreve Saul (1991) proporcionar “um recuo crítico do grupo da instituição, que passa a assumir a crítica de sua própria ação, através de procedimentos de reflexão sobre a sua prática. Esse recuo crítico efetiva-se basicamente pela tomada de consciência, pelo grupo, das distâncias que por vezes existem entre as propostas e as ações de uma organização”. As falas que refletem esta crítica seguem este exemplo:

*“eu acho um absurdo, o paciente ficar sem trocar o curativo !”*

*Esbravejou Dália,*

ou

*“Como é que pode, o profissional olhar um curativo,  
com cara de velho e sujo e não trocar!” segundo, Rosa e Tulipa.*

As dificuldades para efetivar as mudanças previstas, buscando a resolução para a troca do curativo, eram sutis, mas claras, se comparadas com a disponibilidade da equipe de enfermagem em participar dos momentos relativos à necessidade de informação que culminou no manual (anexo 3). O não comparecimento de todos da equipe no momento da discussão, assim como o esvaziamento do local, ou encaminhamento da reflexão para outros assuntos demonstrava claramente o desejo de não assumir este compromisso. Seria por excesso de trabalho? Por insegurança? Por desconhecer como solucionar o problema?

Através das técnicas de Chuvas de idéias e Teia de aranha busquei estimular a criatividade grupal e realizei as atividades com os 3 plantões diurnos, além de um plantão noturno, pois:

*“não dá para fazer esse curativo à noite,  
não é uma urgência, e é comum  
os pacientes molharem durante o banho”,*

refletiu Cravo.

As discussões foram acompanhadas, pela chefia de enfermagem do setor, que se mostrou surpresa e disse desconhecer o fato da não realização dos curativos. Neste sentido, a leitura de Lunardi (1994), auxiliou-me a perceber as dificuldades e contradições que encontramos no cotidiano da prática hospitalar, ao refletir sobre as inúmeras atribuições e encargos assumidos pelas enfermeiras, não de sua competência, muitas vezes em detrimento de outros sim, de sua competência. A autora questiona se este papel não seria uma reprodução dos conflitos e medos, vividos pelos docentes, e repassados aos futuros profissionais.

Os aspectos éticos aqui descritos, talvez ocasionados pela alienação dos profissionais ou até o conformismo, não foram detectados como tal pela equipe de enfermagem, demonstrando, também, o quanto é desconhecido o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Relacionei a este desconhecimento a não percepção dos aspectos morais e legais por estes profissionais.

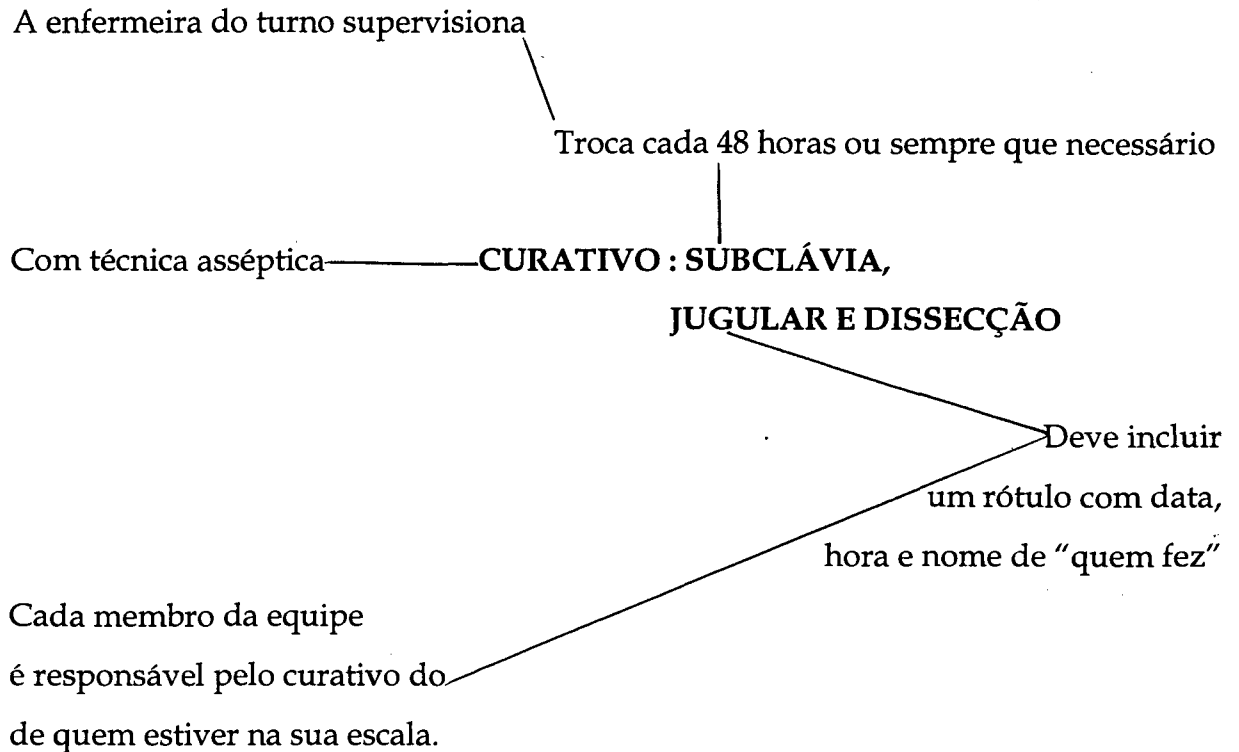
No dizer de Gelain (1983), ética profissional é a ciência que estuda os deveres de um grupo profissional e ética profissional da enfermagem ou deontologia da enfermagem é a ciência que se preocupa com os deveres, as responsabilidades e os direitos da enfermeira e de toda equipe de enfermagem .

Para Polak(1991), o papel do profissional enfermeiro, enquanto participante do grupo de suporte nutricional se faz presente, não só pelo seu caráter educativo, mas pelas suas atribuições que incluem a verificação das condições do cateter de veia profunda.

Busquei, mais uma vez, a técnica da teia de aranha, para motivar o grupo a iniciar o processo de construção de uma nova realidade:

Da construção da teia de aranha, surgiu:





As decisões foram revalidadas com a literatura que preconiza a técnica do curativo em veia profunda concomitante ao uso da Nutrição Parenteral, Polak (1983), Waitzberg (1995) e Nitschke (1997).

No sentido de tornar claro para os demais turnos, e também como forma de “lembrar a todos”, da decisão tomada em grupo, afixaram um cartaz no posto de enfermagem, com a construção da teia de aranha.

### **5.3 A nutrição artificial diante da “fome X a vontade de comer”**

Verifiquei que a grande dificuldade encontrada pelos indivíduos em uso da Nutrição Parenteral, era concordar, acreditar na função nutricional artificial da mesma, que excluía o ato da alimentação.

Este ponto também foi ressaltado por Lopes (1995), no seu estudo referente ao significado da Nutrição Parenteral para o cliente no contexto hospitalar, quando descreve a percepção dos clientes frente à nutrição artificial como “um tratamento”, dissociando da função nutricional.

Lopes percebeu a presença de sentimentos de revolta, tristeza, raiva e desconfiança, oriundos da ausência do prazer relacionado ao alimentação oral.

Estas manifestações também foram detectadas nos estudos de Price e Levini (1977), frente à observação de pacientes em uso da Nutrição Parenteral, ao verificarem alterações psicológicas significativas, descritas como “ansiedade, medo, depressão, imagem corporal negativa e problemas relacionados com a perda da função básica de comer”.

Na minha experiência profissional, anterior a este trabalho, percebi freqüentemente a queixa de “fome”. Contudo, associo não ao nível cultural dos clientes e sim, com o grau de comprometimento com o tratamento empregado, ouvi a tradução da “fome” verificada como uma vontade - desejo pelo sabor, fato este, traduzido na fala de C.:

*“eu sinto uma saudade de comer uma galinha com polenta...  
eu sei, que não é porque eu preciso comer agora,  
mas quando eu chegar em casa, vou fazer um monte de  
polenta, no fogão à lenha, hummmm...”*

O comprometimento, com o tratamento ao que me refiro só pode existir frente à informação prévia ao que poderá ocorrer, prevendo medos e resistências futuras. Tal característica é descrita por Lopes (1995), ao observar que “a falta de orientações e diálogo com o cliente e família, de esclarecimentos sobre a participação nos tratamentos e na hospitalização, fazia com que os mesmos se tornassem mais confusos, revoltados e deprimidos”.

O exemplo de V. descreve sua dificuldade em reagir de forma positiva à sua internação, cirurgia e uso da Nutrição Parenteral, freqüentemente referia “muita fome”, pois além da ausência de dieta por via oral, associava sinais da Diabetes descompensada. Certo dia, ainda com a fístula de alto débito, antes da segunda cirurgia, entrei no seu quarto e flagrei-a alimentando-se com uma laranja, trazida por um dos seus familiares, questionei-a se não sabia do motivo da “dieta zero” e verbalizou com raiva e descrédito:

*“eu tô com fome, já me falaram que o líquido desta  
bolsa (fistula), aumenta se eu comer, mas não quero nem saber e  
este vidrão (a N.P.), é para me alimentar mas eu sinto fome,*

*a vida é minha “!*

Conforme exposto por Cerezetti citada em Waitzberg(1995), a nutrição artificial não possui nenhuma carga de representação afetiva, não é desejada, mas imposta, somando-se a impossibilidade da alimentação, verificada como um das fontes de diminuição da ansiedade pelo ato de mastigar e sugar. Associa-se a hospitalização, portanto, a um isolamento social e familiar potencializado pela ausência, também, de um ato social e psicológico, referendado na alimentação.

É essencial, possibilitar à equipe de enfermagem, o conhecimento e compreensão desses dados no sentido do que Lopes (1995, p.102) reflete como evidente, ou seja, “a necessidade do cuidar sob uma visão holística, levando-se em consideração as crenças, valores, educação, situação econômica e família, o mundo dos objetos.”

#### **5.4 O exercício de construção do manual**

Na construção do manual seguiu o papel descrito por Saul (1991, p.63), quando diz que “o papel de coordenador dos trabalhos avaliativos é de um orientador dessas ações. Sua função básica consiste em promover situações e/ou propor uma tarefa que favoreça o diálogo, a discussão, a busca e a análise crítica sobre o funcionamento real de um programa. Sua ação seguinte é a de estimular a iniciativa do grupo na reformulação e recondução do programa.”

A idéia inicial para construção do manual, surgiu com a verificação por parte do marido de V., que sugeriu além de uma orientação prévia ao uso da Nutrição Parenteral, esta deveria ocorrer “*com imagens, fotos, de um jeito informal*”. Posteriormente, mesmo após uma tentativa frustrada de orientação para M. através de desenhos, percebi juntamente com a equipe de enfermagem de modo espontâneo, que este caminho seria mais interessante, pois possibilitaria a participação de familiares, independentemente do tempo necessário para cada aprendizado.

Entretanto, a idéia do manual, surgiu espontaneamente pela equipe de enfermagem, através das técnicas de criatividade já citadas.

A elaboração de cada etapa do manual, pela equipe de enfermagem, ocorreu após idas e vindas de reflexão e ação por cada membro do grupo participante. Após cada inserção, o plantão seguinte revalidava ou sugeria outra mudança; no entanto foram raras as controvérsias sobre a estratégia escolhida e aproveitava-se a seqüência para buscar uma melhora na redação ou na escolha da ilustração.

Observei a carência, por parte dos profissionais da enfermagem, de informações e atualização, inclusive com técnicas relacionadas a outros cuidados. Como exemplo, na situação citada pela presença da Profa Margareth, ao possibilitar uma verdadeira aula, aproximando e realizando a junção do conhecimento teórico e da prática de enfermagem, situação que deveria ocorrer mais freqüentemente no ensino da enfermagem, pois a relevância teórica e prática se equivalem, sobre os cuidados a serem prestados em indivíduos com ileostomia.

Percebi que em vários momentos, desenvolvi atividades educativas relacionadas a outros cuidados e áreas afins da enfermagem, vivenciando a afirmação de Lentz (1996, p.27), que "a educação para a saúde, como meta dos enfermeiros, possibilita a partilha intelectual com todos os funcionários da instituição...e educar é assumir um ato de cumplicidade, é possibilitar o resgate ao conceito e à prática da cidadania e permitir a reflexão, a crítica, e o conhecimento indispensável à prática profissional."

Sem dúvida, a construção dos pontos-chaves a serem desenvolvidos no manual, surgiram através de algumas das queixas de W., V., M. e C. apresentadas a equipe de enfermagem. Dentre elas: a lamentação freqüente em permanecer "*preso na cama*", devido à bomba de infusão e ao peso do frasco da Nutrição Parenteral, havendo necessidade de estimular para exercícios ativos e passivos;

O manual significou a concretização da construção coletiva (3º momento), e cada participante não só atuou e criou, mas desenvolveu e percebeu suas novas possibilidades, através da ação e reflexão para o cuidado de atividades anteriormente desenvolvidas sem esta visão. Perante esta conclusão diante do grupo, que destacava outros problemas a serem solucionados, ressaltar que poderiam utilizar a mesma dinâmica na criação de novas soluções, de outros

problemas existentes.

### **5.5 Experiências da reunião : cliente, equipe de enfermagem e família**

Embora tenha ocorrido momentos de dificuldades, relacionados às questões éticas, administrativas e até de empatia, devo salientar que a maior parte deste trabalho foi realizada em um ambiente de muita motivação, participação, e por que não dizer, de humor, por ser esta uma característica muito forte do meu caráter.

Acredito ser viável, sorrir e fazer rir, sem desrespeitar o outro, principalmente para transformar momentos de solidão, isolamento social, frustração, preocupação, medo, angústia, tristeza e dor, tão comuns e até esperados por quem já passou por uma internação hospitalar e/ou procedimento cirúrgico.

Esta peculiaridade também é sinalizada por Martins (1995), ao descrever o humor como forma de expressar a ansiedade utilizando a concepção de Payne (1990), traduzindo-o como uma forma de enfrentamento com foco na emoção para aliviar a tensão e reduzir o estado de ameaça em que porventura alguém, ou a própria situação, possa colocar, no caso deste estudo, o indivíduo em uso da Nutrição Parenteral.

Como o foco deste estudo está centrado no indivíduo em uso da Nutrição Parenteral e no cuidado realizado pela equipe de enfermagem, pretendi, inicialmente incluir situações relacionadas à família, no entanto, embora descreva situações, sugestões e reflexões de familiares, não seria possível aprofundar a pesquisa neste assunto sem correr o risco de torná-la superficial.

Os encontros com equipe e indivíduo, concomitantemente ou em momentos diferentes, seguiram, buscando uma compreensão do momento vivido, fato descrito por Freire (1979, p.30) "... quando um homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções".

Distingui entre os participantes, tanto usuários da Nutrição Parenteral como na equipe de enfermagem, uma variável relacionada à participação e conseqüente motivação. Encontrei V., por exemplo, inúmeras resistências descritas na prática.

Embora tenha optado em participar e estivesse ciente da possibilidade de afastar-se do estudo, manteve-se distante do processo educativo demonstrando pouca disponibilidade a mudanças; penso que seus motivos estivessem ligados às suas características emocionais, ou até na pouca empatia estabelecida, comigo e com a equipe.

É válido descrever que para os demais participantes, usuários da Nutrição Parenteral, a minha presença não era relacionada a um estudo austero, mas sim, identificado como "*importante*", e relatos semelhantes ao de C., abaixo descrito, me proporcionavam grande satisfação:

*"Você é fogo, né! Mal chega e já vai fazendo a gente rir, gosto muito quanto te vejo, a gente conversa e ri...."*

Com relação aos membros da equipe de enfermagem, detectei que os membros do plantão noturno, sentiam-se mais inseridos no processo, fato exemplificado pela organização para a minha chegada, para evitar que minha presença fosse infrutífera, estabelecemos uma combinação: decidiram, então, que antes de cada encontro eu confirmaria a minha presença, evitando frustrações para ambas as partes.

Na vivência de cada encontro, comprovei o conceito de participação descrito por Bordenave (1983, p.16) que "...a participação não é um conteúdo que possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente".

Quanto ao campo utilizado para este estudo, noto tratar-se de um espaço com ricas possibilidades para a pesquisa, mas é inegável o fato, que, a facilidade que encontrei para : encontrar documentos, movimentar-me sem restrições por toda a instituição, buscar dados com a equipe e encontrar relativa facilidade na elaboração dos grupos de trabalho (plantão noturno e diurno) está também relacionada a minha atividade profissional nesta instituição.

### **5.6 Processo educativo do indivíduo, equipe e autora**

Verifiquei que a participação do usuário e familiar ocorria mais efetivamente, na medida em que os objetivos do estudo se tornavam mais claros e

acessíveis e quando a fase inicial de reconhecimento dava lugar à confiança.

A segurança se refletia, inclusive, nas solicitações relacionadas aos aspectos de saúde, exemplificado pela filha de M. :

*-"Minha mãe tem tossido tanto, mas é só uma tosse seca..., a gente tá preocupada porque já falamos pro médico, ele disse que ia passar uma ...não sei bem o nome, isto foi ontem. Depois da cirurgia a coisa complica né?"*

Percebi que além de um comentário, era uma solicitação, e, como de fato, o residente responsável por M. ainda estava prescrevendo, aproveitei para lhe repassar a informação, e após posterior avaliação pelo mesmo, além da nebulização solicitou um parecer técnico ao fisioterapeuta da instituição.

Saliento que essas atitudes são rotineiramente tomadas pelos membros da equipe de enfermagem, e talvez a minha maior disponibilidade de ouvir, devido ao fator tempo, tenha prevalecido nesta situação.

O processo educativo aqui descrito, ocorreu, também, através do exercício do diálogo, o verdadeiro diálogo descrito por Freire (1980, p.84), "que não pode existir se os que dialogam não se comprometem com o pensamento crítico; pensamento que percebe a realidade como um processo de evolução, de transformação, e não como uma entidade estática; pensamento que não se separa da ação, mas que se submerge, sem cessar, na temporalidade, sem medo dos riscos."

A partir do 2º momento percebi mais claramente a participação e transformação que caracteriza o processo educativo, por utilizar situações descritas no 1º momento de forma crítica, objetivando a modificação daquele fato, e não apenas a sua descrição. É válido afirmar que os momentos e suas características não ocorreram de forma rígida ou estática, pois em várias oportunidades logo após a descrição de alguma situação, já ocorria a sua crítica e até possível solução, como foi o caso já descrito, sobre a falta de equipos específicos para a administração da N.P.

Conforme descreve Saul (1991, p.59), "O que se constitui de relevo fundamental nesse processo é a possibilidade de as pessoas envolvidas, tornando-se mais conscientizadas de suas possibilidades, de seus limites e de suas autênticas e desejadas finalidades, encontrarem soluções criadoras para os problemas

identificados”, contudo o exercício proposto neste estudo, principalmente aos profissionais da equipe de enfermagem, demonstrou a ausência do hábito de refletir e buscar soluções.

Nos momentos em que nos reunimos para refletir ou criar soluções, perante a dificuldade de iniciar as idéias, ouvi de **Tulipa**:

*“Ai Flavia, a gente não tá acostumado a pensar deste jeito,  
a cabeça chega até a ficar zozza!”*

Houve a percepção que este trabalho também procurava incluir o conforto nos cuidados de enfermagem, refletido através da preocupação de **Rosa** :

*“O paciente está privado de estar em casa e ainda não come.  
Precisamos explicar isto a ele!”*

Ou através da fala de **Tulipa**:

*“Como que a gente pode fazer para dar mais conforto?  
Já trabalhamos numa correria danada” ...*

Estes anseios foram apaziguados, na medida em que os tópicos do manual foram surgindo através da reflexão da prática.

É certo que não se pretendeu esgotar às possibilidades deste estudo tanto para a equipe quanto para o indivíduo e familiar, mas iniciou-se uma nova forma de olhar os conflitos diários, pelo menos para alguns dos participantes.

Verifiquei que o processo educativo só se torna viável quando as atitudes e pensamentos do outro é respeitado, conforme descrito por Silva (1996, p.46), “A forma como as pessoas interagem dentro de um processo de comunicação está diretamente ligada às suas crenças e valores por elas compartilhados. Temos que respeitar a cultura de cada pessoa e pelo fato de que toda atividade de enfermagem envolve uma ação interpessoal, sentimo-nos na obrigação de rever nossos padrões habituais de comunicação, torná-los terapêuticos se quisermos realmente ajudar o cliente, e oferecer-lhe um cuidado personalizado e humano.”

Além do respeito, Silva (1996, p.26), também destaca outros fatores preponderantes, que vivenciei, na construção das relações deste estudo, “A relação entre os técnicos de saúde e o doente deve ser vivida num ambiente de calor



humano, para a manutenção da dignidade e da auto-estima. Este ambiente passa por atitudes básicas verbais e não verbais, como seja um sorriso, um aperto de mão, a cortesia, a disponibilidade, a simples delicadeza de bater à porta, e de chamar o doente pelo nome que prefere, de encorajar a sua individualidade.”

Por fim, aprendi inúmeras particularidades neste trabalho, porém o mais significativo foi encontrar o eco das minhas angustias frente ao cuidado do indivíduo em uso da N.P., e perceber intimamente o exposto por Freire (1979, p.29) ...”não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo. (É preciso saber reconhecer quando os educandos sabem mais e fazer com que eles também saibam com humildade.)”

## 6 REFLEXÕES SOBRE OS PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS E O MARCO CONCEITUAL, NOS SEUS PRESSUPOSTOS E CONCEITOS NORTEADORES

Atualmente a Nutrição Parenteral é amplamente utilizada em instituições hospitalares de médio a grande porte, sendo inegável a sua importância em possibilitar a recuperação e manutenção nutricional. Entretanto, a atuação do profissional da equipe de enfermagem, muitas vezes restringe-se aos aspectos técnicos, devido à formação e informações dos profissionais serem insatisfatórias e questionáveis, e até mesmo pela defasagem de atualização face à rapidez de novas tecnologias introduzidas nesta área.

Em função destas afirmações busquei com a experiência do campo, possibilitar aos membros da equipe de enfermagem a oportunidade de refletir a sua própria prática, com indivíduos / familiares em uso da solução nutritiva, especialmente em uma instituição que atende não só a população da capital, como também de todo o estado.

Durante o processo me esforcei para ressaltar que o aspecto tecnológico, envolvido desde o preparo da solução até a sua instalação e manutenção, não pode ser esquecido, porém englobado para uma assistência mais participativa e humanizada.

Os princípios metodológicos contemplaram as minhas expectativas, possibilitando percebê-los emergirem naturalmente dentro do caminho metodológico. A **autenticidade** e **compromisso**, como exemplo, ocorreu desde o princípio da prática, com a preocupação na condução dos três momentos para que culminassem, além de uma proposta concreta para a realidade descrita e criticada, que os participantes, membros da equipe de enfermagem e indivíduo em uso da Nutrição Parenteral, não desperdiçassem a oportunidade educativa de reflexão.

Quanto ao princípio de **antidogmatismo**, percebi como um exercício diário em não conduzir nem influenciar através de conceitos e idéias. Na verdade,

percebi como um respeito à compreensão de cada participante, para que o próprio pudesse conquistar a sua compreensão do ponto em discussão, muitas vezes auxiliado pelo grupo.

A **restituição sistemática** ocorreu simultaneamente aos momentos alcançados, pois ao lidar com dois plantões distintos procurei mantê-los informados do andamento do grupo paralelo, e quando a situação assim exigia, no 3º momento - criação coletiva - na montagem da teia de aranha, apresentei as idéias já construídas, sempre no final de cada construção, especialmente porque as teias foram extremamente semelhantes.

O **feedback** aos intelectuais orgânicos ocorreu em algumas situações, quando as discussões sobre as vivências e críticas da prática, possibilitaram reflexões, levando aos membros da equipe perceberem a necessidade de mudança, com propostas para a criação coletiva.

**Ritmo e equilíbrio de ação-reflexão** ocorreram permeando todo o processo instaurado, de forma imperceptível algumas vezes, e em outras situações houve necessidade da minha interferência para que não se perdesse o objetivo inicial das discussões.

**Ciência modesta e técnicas dialogais** foi o princípio que demonstrou a viabilidade desta metodologia em uma situação adversa, com recursos humanos e materiais deficientes, mas com o desejo conjunto de realizar uma tarefa científica.

Com relação aos meus **pressupostos** entendo que todos, exceto um, foram identificados e vividos na prática. Percebo que, quando afirmei que "o indivíduo em uso de N. P. possui condições de compreender /aprender e atuar em seu benefício quando devidamente orientado" determinei como fundamental a orientação recebida, e não valorizei os aspectos emocionais e individuais que interferem na recepção, aceitação e interpretação do aprendizado. A vivência com **V.** foi um marco para que eu percebesse a minha interpretação não tão próxima do real.

No **conceito de enfermagem /cuidado e conforto**, verifiquei, através dos membros da equipe de enfermagem, a dificuldade em prestar cuidados com

dignidade e possibilitar conforto com condições técnicas e humanas tão carentes.

Observando as características individuais de cada membro da equipe de enfermagem que acompanhei, percebi a criatividade descrita por Waldow (1992), no processo de cuidar e confortar, no modo distinto de realizar a mesma técnica, porém atingido o objetivo proposto.

Exemplificando a concepção de conforto vivenciei com C., nos vários momentos em que conversamos sobre como se sentia com o longo período de internação e limitações físicas, rimos e choramos juntas algumas vezes, procurando aliviar as tensões, encorajar e consolar. A experiência com a profa. Margareth para orientar a equipe e C., quanto aos cuidados com a ileostomia, permeou o conceito de enfermagem, cuidado e conforto englobando a pesquisadora, a equipe de enfermagem e usuária da N.P.

**O conceito de indivíduo** permeou todo o estudo, pois embora tenha o descrito direcionado ao usuário da N.P., foi identificado e vivido com os membros da equipe de enfermagem e também com relação a minha pessoa.

Em relação a este conceito, percebi com V., M., W. e C. como as dificuldades enfrentadas durante a internação são influenciadas pelas características individuais, e pelas experiências anteriores. Com exceção de V., todos buscaram transformar as situações de insatisfação; acredito que esta característica está relacionada com as experiências anteriores e a influência que sofreu através delas.

**O conceito de ambiente** está presente deste o início da prática, quando cheguei ao setor e percebi a irritabilidade e agitação “no ar”; embora não houvesse diferença significativa em nível físico. O ambiente externo influencia e é influenciado pelo “mundo” mental, emocional, espiritual e instintivo de cada indivíduo.

A concretização do ambiente interno por parte do usuário da N.P. e familiares foi perceptível claramente no caso de C.. Como seus familiares permaneciam 24 horas e vinham de uma cidade distante, adaptaram o quarto com utensílios de uso pessoal, e também com materiais necessários à higiene e conforto para C., como luvas de procedimento, cuba- rim e gases para o esvaziamento da bolsa de ileostomia.

O conceito de saúde e Nutrição Parenteral, foi vivenciado incessantemente por todos que participaram deste estudo, seja no cuidar e ser cuidado ou nos três momentos metodológicos.

A N.P., tanto para os membros da equipe de enfermagem como para o indivíduo usuário da N.P., é vista como conseqüência da doença que levou a sua internação. Não verifiquei a percepção do conceito de saúde como um processo relacionado ao próprio viver ou com uma harmonia conflitual orgânica, mental e emocional.

Educação e emancipação está relacionada a todo processo instaurado com todos os participantes deste estudo, inclusive comigo. Hoje não consigo entender a educação sem o caráter emancipador descrito por Saul (1991) e Freire.

Embora o tempo da prática tenha sido limitado, para aprofundar a metodologia com os participantes, foi claro detectar que o grupo não estava habituado com a reflexão, crítica e participação; várias vezes ouvi o desabafo da falta de hábito em pensar e refletir .

Identifico que o processo educativo ocorreu muito mais com a equipe de enfermagem nas discussões relacionadas aos três momentos descritos por Saul (1991). Entretanto, isto não caracteriza a impossibilidade de construir com os indivíduos em uso da N.P. um processo educativo emancipador, na medida em que forem sendo realizados os cuidados, especialmente, pelo enfermeiro do grupo de suporte nutricional.

A **Competência** esteve presente, principalmente relacionada à equipe de enfermagem, de diversas formas os profissionais demonstraram, também, interesse no estudo, para buscar conhecimentos e "se sentirem mais competentes".

A criatividade para prestar os cuidados, acontece em todos os momentos, seja para adequar o material necessário, ou para satisfazer as condições do próprio indivíduo a ser cuidado. Esta característica, somada a destreza manual, faz parte da competência identificada pela equipe de enfermagem.

A vivência com a **Equipe de enfermagem** proporcionou identificar com clareza as dificuldades que os profissionais enfrentam no cotidiano do cuidar, com

as limitações da qualidade do material, quantidade insuficiente, demonstrando o descaso dos governantes com a rede hospitalar. Só posso concluir desta forma, ao conferir a falta de analgésicos, antibióticos e frascos de soro fisiológico em um setor de cirurgia geral de um hospital de referência no estado.

Face às inúmeras dificuldades operacionais colocadas pelas administrações dos serviços de saúde, acredito que muitos dos profissionais da equipe de enfermagem, enfrentam verdadeiros conflitos internos, para se manterem responsáveis e coerentes com aqueles que estão sob sua responsabilidade.

A metodologia empregada possibilitou aos membros da equipe de enfermagem discussões e reflexões sobre as atividades, cuidados e competências, além de soluções criativas, provenientes destas mesmas discussões, para um cuidado de enfermagem mais consciente e coerente com as necessidades. Portanto, identifiquei sua viabilidade para realização de outros estudos.

Os momentos descritos pela metodologia, foram crescentes e interagiam entre si, algumas vezes dificultando a minha compreensão de identificar claramente qual momento estava ocorrendo.

Para a revalidação do manual, estabelecemos, eu e os participantes da equipe de enfermagem, o compromisso de legitimá-lo com os demais indivíduos que venham a utilizar a N.P., sempre com o objetivo de alcançar cada vez mais as necessidades de informação e orientação e seus cuidados de enfermagem.

Acompanhar cada momento da criação do manual, demonstrou, também, o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem, preocupados na real compreensão do conteúdo a ser transmitido ao indivíduo e familiar em uso da Nutrição Parenteral, pois vibravam com cada desenho que reflete e ilustra a redação elaborada em conjunto pelos dois turnos.

Foi uma experiência marcante, verificar que os membros da equipe estão ávidos em contribuir com a enfermagem, na conquista e atualização de conhecimentos e também nas formas de cuidar.

Entretanto, a possibilidade de adquirir e atualizar conhecimentos, é escassa, parte por culpa do imobilismo do próprio profissional, e da política de formação e

reciclagem da instituição, que aparentemente está mais preocupada em não reduzir a mão - de - obra, já deficitária, do que melhor qualificá-la.

Com relação ao **objetivo** deste estudo, acredito que foi alcançado, na medida em que através da prática foram identificadas as dificuldades da equipe de enfermagem e indivíduo usuário da N.P., com esta terapêutica. As dificuldades mais urgentes foram eleitas, através da discussão e reflexão, e construíram alternativas criativas para proporcionar conforto.

O estudo mostra a importância da educação e saúde e também um modelo de educação continuada.

Como limitação da prática, percebi que a participação dos indivíduos usuários da Nutrição Parenteral foi pouco expressiva com relação ao 3º momento, pois já não havia ninguém utilizando a solução nutritiva, embora nos demais momentos estes seguiram em conjunto com a equipe de enfermagem e também contribuíram com sugestões para a criação coletiva.

Não busco neste trabalho uma conclusão, ao contrário, espero que instigue reflexões sobre o cuidar e a Nutrição Parenteral, incitando profissionais a perceberem o papel relevante da enfermagem no suporte nutricional, utilizando uma educação que liberte através da reflexão de cada um, respeitando as condições individuais, evitando o condicionamento e a mera transmissão de conhecimentos.

No prosseguir do meu caminho profissional, aspiro aprofundar meus conhecimentos nesta face da enfermagem, pois as inquietudes que me trouxeram até aqui, se transformaram, contudo perduram sob um novo foco, imbuídas do papel educativo e reflexivo, inerente à nossa profissão.

## **ANEXOS**



## ANEXO 1

### **CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO PARENTERAL**

1. Retirar a solução de N.P. da geladeira em tempo hábil, no mínimo 2 horas antes de administrá-la. Levá-la contra a luz, sem retirar a proteção da boca do frasco para verificação de possíveis alterações como: Mudança de coloração, presença de partícula e/ou precipitação, etc. Verificar se a fórmula descrita no rótulo condiz com prescrição médica. Não apresentando anormalidades, embalá-lo novamente em campo estéril e aguardar horário da instalação. Caso sejam detectadas alterações, não proceder à instalação e comunicar ao farmacêutico responsável.

Justificativa: É importante que a solução sofra um aquecimento natural evitando-se assim um possível choque térmico ao paciente. A enfermagem também é responsável pela integridade de solução e conferência de sua formulação, garantindo ao paciente uma assistência adequada.

2. Ao retirar a gaze protetora da boca do frasco da solução de N.P., deve-se realizar uma assepsia com PVPI e clorhexidina e gaze estéril, antes da introdução do equipo com suspiro. Este equipo deve ser trocado a cada frasco de solução parenteral.

Justificativa: Por se tratar de uma solução rica em glicoses e proteínas, favorece o crescimento de microorganismos patológicos. O Frasco de N.P. deve ser preparado de forma asséptica para introdução do equipo.

3. A instalação do frasco de N.P. deve ser realizada sob técnica asséptica, fazendo uso de máscaras. Antes de desconectar a junção cateter equipo, deve-se realizar antissepsia das junções com PVPI e chlorhexidine.

Conectar o novo equipo segundo as duas extremidades com gaze estéril, sem que haja toque da mão nas junções. Cobrir a junção com gaze estéril, fixar com esparadrapo, de forma isolada do curativo de punção.

4. Fazer a administração da solução de preferência através de bomba de infusão, caso não tenha disponível, controlar rigorosamente o gotejamento da

solução de hora em hora, com régua de horário.

O volume inicial não deve ultrapassar a 50 ml/hora nas primeiras 24 horas, a oferta calórica deve ser gradativa.

Não fazer redução nem aumento de gotejamento, a fim de compensar planos atrasados. Trocar o frasco no horário previsto.

Justificativa: A N.P. é uma solução hipertônica e o gotejamento alterado pode acarretar em hiper ou hipoglicemia, além de riscos metabólicos decorrentes dos eletrólitos adicionados na solução.

5. Prevenir complicações promovendo:

- Adequada higiene oral (4 vezes ao dia), corporal e ambiental.
- Exercícios respiratórios de respiração profunda e tosse.
- Exercícios de movimentação ativos e/ou passivos, deambulação e massagem de conforto e para ativação circulatória principalmente em MMII.
- Lubrificação das áreas ressequidas da pele.

Justificativa: O indivíduo em N.P. é considerado, propenso à infecção oportunista devido a sua condição física, em especial à candidíase oral.

Estes cuidados além de prevenir estas complicações, proporcionam conforto, favorecem o maior aproveitamento dos nutrientes evitando ainda distrofias musculares.

6. Instalar soro glicosado 10% por um prazo de 12 horas, 80 a 100 ml/hora (33 gotas/min) quando houver interrupção da infusão N.P. com sistema glicídico.

Justificativa: Evitar hipoglicemia reativada em virtude da concentração de insulina circulante ainda elevada.

Este cuidado deve ser redobrado a paciente D.M., pancreatectomizados e com pancreatites.

7. Interromper a administração de solução da N.P. em caso de choque pirogênico trocando inclusive o equipo.

Justificativa: São várias as possíveis causas de um choque pirogênico, portanto suas manifestações devem ser bem controladas e investigadas.

Observação: Em caso de encaminhamento da solução para análise, deve-se

dar um nó no equipo sem desconectá-lo do frasco, envolver em um campo e encaminhá-lo ao serviço de farmácia,

#### 8. Monitorização diária:

##### a) Balanço hídrico rigoroso.

Justificativa: o controle rigoroso do volume infundido e excretado é importante para detectarmos precocemente alterações com retenção hídrica e disfunção renal.

A correta anotação das excreções por SNG, fístula, estomas e drenos, etc., auxilia no cálculo da reposição adequada de eletrólitos.

##### b) Verificação dos sinais vitais 4 vezes ao dia.

c) Peso diário de preferência sempre no mesmo horário, se homem, apenas com calça de pijama e jaleco, se mulher, apenas com camisola.

##### d) Verificar resultado de glicemia, a qual deve ser realizada 4 vezes ao dia.

9. Trocar curativo de punção venosa profunda a cada 48 horas, desde que o mesmo mantenha-se íntegro e seco. Utilizar técnica asséptica rigorosa, realizando antisepsia do local da punção com PVPI ou chlohexidine. Fazendo uso de máscara e gorro. Observar sinais infecciosos ou complicações com cateter.

Quando utilizar curativo transparente oclusivo, a troca deve ser realizada a cada 5 dias.

#### **Cuidados de enfermagem em relação à Solução de Lípides:**

1. Assim como a solução de a.a. deve-se conservar em refrigerador a 4°C ( $\pm$  2°C) retirando do mesmo em tempo hábil no mínimo 2 horas antes da administração.

2. Administrar a solução em veia periférica ou central, conforme prescrição, realizando controle rigoroso do gotejamento, iniciando com 10 gotas/min nos primeiros 15 minutos e aumentando progressivamente até atingir o volume/minuto desejado.

Recomenda-se que a infusão deve ser completada dentro de 12 horas.

Justificativa: A infusão excessivamente rápida pode causar sobrecarga hídrica e de gordura. No caso de Triglicerídeos de cadeia média (TCM), pode ainda causar

hipercetonemia e/ou acidose metabólica.

Esta solução constitui excelente meio para crescimento de bactéria e fungos à temperatura ambiente.

3. Adaptar o equipo próprio à solução com rigorosa assepsia cirúrgica, fazendo antissepsia da boca do frasco com PVPI ou chlorohexidine.

4. Estar atento a reações adversas imediatas: Tremores, dispnéia, náuseas, vômitos, sudorese, calafrios e sonolência. Interromper a administração na vigência desta sintomatologia.

Justificativa: Os efeitos colaterais podem estar ligados á velocidade da infusão, formação do embolismo, microembolismo gorduroso, infecção, alterações metabólicas e doença da base do paciente.

## ANEXO 2

### Questões Norteadoras para o Diálogo:

- Quais são suas queixas e expectativas neste momento, com relação às condições para a cuidado ?
- Qual suas condições físicas e emocionais no momento ? .
- Que tipo de dificuldades que enfrentava ?.
- Quais recursos materiais, físicos, financeiros, humanos percebe como disponíveis para a sua atenção ?
- Quais são seus conhecimentos acerca da doença, da N.P. e seus cuidados específicos ?
- Há disponibilidade pessoal para a emancipação (liberdade/ autonomia, poder de decidir e agir) ?

ANEXO 3

*MANUAL SOBRE A  
NUTRIÇÃO PARENTERAL.*

## O que é a Nutrição Parenteral?

Quando comemos estamos usando o alimento (pão, manteiga, carne, frutas...). Este alimento segue um caminho no nosso corpo até se transformar em nutriente. O que não serve se transforma em fezes e urina.



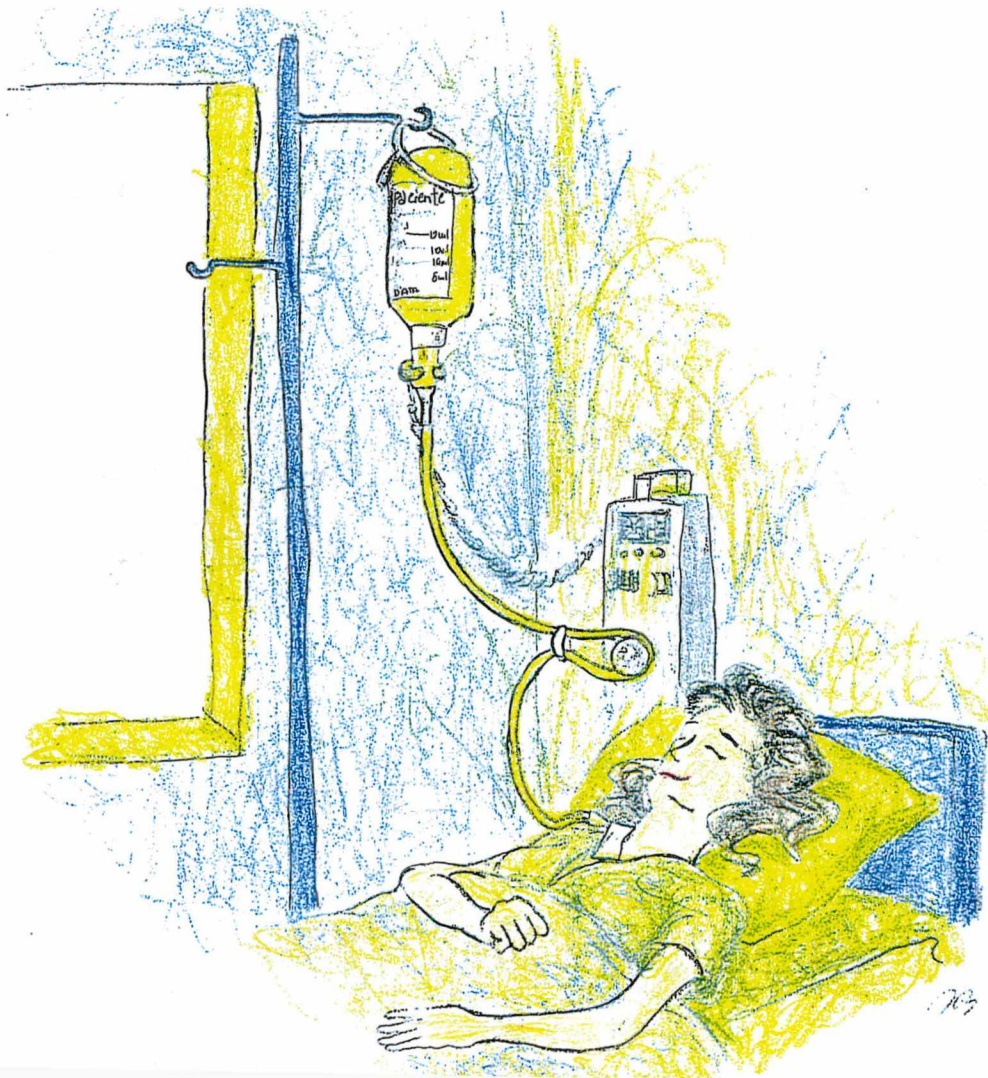


## Como é a Nutrição Parenteral? 119

É uma bolsa ou frasco de vidro de 1 litro onde vêm misturados os nutrientes que você precisa: glicose (açúcar), proteínas, eletrólitos, vitaminas.

O preparo é feito conforme o resultado dos exames de sangue que você recebe pela manhã. O médico vai prescrever o que você necessita receber no lugar do alimento administrado via oral.

O frasco de nutrição Parenteral que você recebe foi preparado especialmente para você. Cuide bem dele, não o deixe cair e o proteja do sol direto. Se você notar alguma diferença no líquido do frasco, avise alguém da equipe de enfermagem.



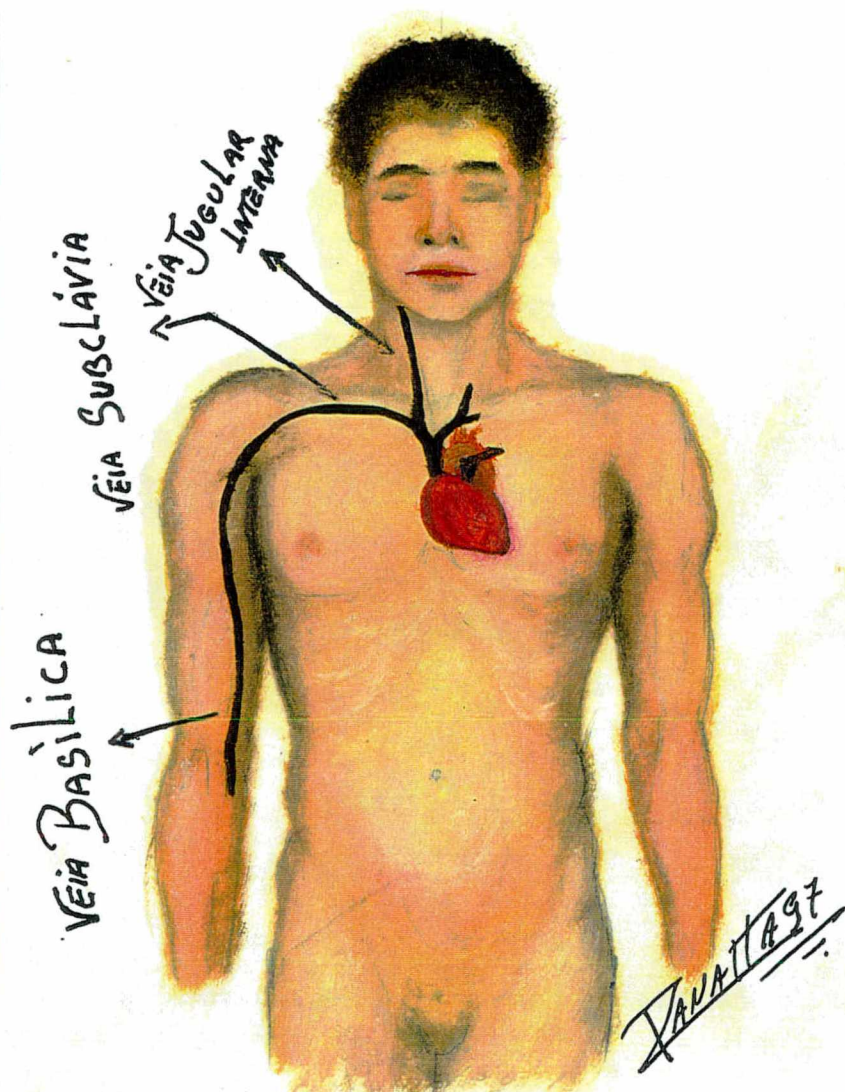


# Como se recebe a Nutrição Parenteral?

Por veias mais calibrosas que as do braço, para que o líquido se misture mais com o seu sangue quando estiver entrando na sua veia. Quem funciona estas veias são os médicos, não fica nenhuma agulha "espetada", apenas um "canudinho" fino chamado de catéter.

Um RX é feito após a punção para se ter certeza do local do catéter na veia escolhida, é para sua segurança.

As veias mais indicadas são: subclávia e jugular, mas pode ser preciso uma dissecação venosa em um dos seus braços.





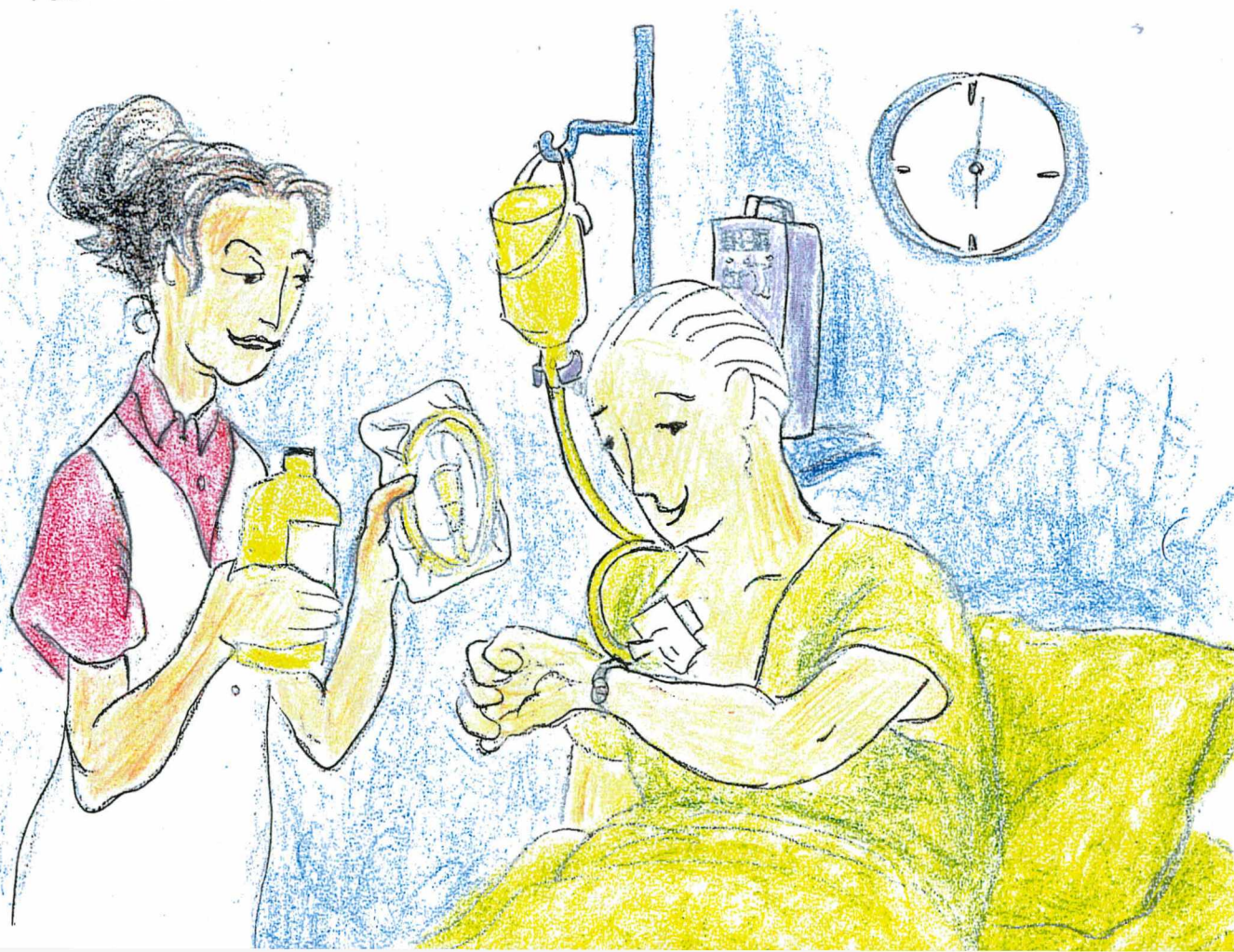
Quais as principais cuidados que você começa a receber quando inicia a Nutrição Parenteral?

Ao trocar a nutrição Parenteral, a equipe, deve ser sempre trocada.

Quando você estiver recebendo 1 frasco por dia, inicia às 18:00 horas.

Quando você estiver recebendo 2 frascos por dia, 1 inicia às 18:00hs e o outro às 06:00 horas da manhã.

As gotas que saem da nutrição parenteral e não penetram no seu corpo precisam ser contadas. Para isso se usa a bomba de infusão, uma máquina que conta as gotas e ao mesmo tempo controla o volume que entra em você, evitando que a nutrição Parenteral termine fora do horário.





# O que é HGT, Hemogliceteste ou Glicemia Capilar? 122

É um teste feito com 1 gota de sangue 4 vezes ao dia, para saber a dosagem de açúcar no seu sangue.

Quem recebe a nutrição parenteral, também recebe uma quantidade de açúcar mais por isso precisa de um controle para saber se a glicemia (quantidade de açúcar no sangue) está alta ou não.

Dependendo do resultado da glicemia capilar, você será medicado e quando você não receber mais nenhuma nutrição Parenteral, a sua glicemia volta ao normal.





## Exercício.

(Esqueça tudo que estiver abaixado se você estiver em repouso a pedido de seu médico).

Você precisa de repouso, mas alguns minutos por dia podem ser aproveitados em exercícios leves, para que a nutrição Parenteral seja mais e melhor aproveitada.

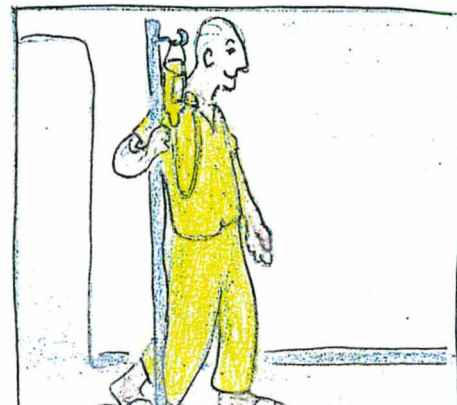
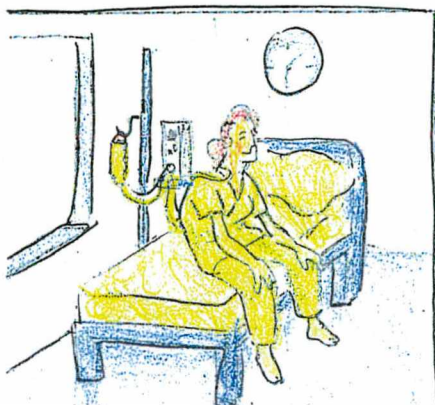
Para ajudar o seu corpo a usar a nutrição Parenteral você pode e deve:

- Mexer-se na cama dobrando e esticando as pernas - devagar.

- Respirar profundamente, faça isso várias vezes ao dia.

- Se em condições, e com alguém para lhe ajudar (família, amigo), confirme com o pessoal da equipe de enfermagem se você pode e de que maneira andar no corredor!

Mas lembre-se... devagar e sempre!

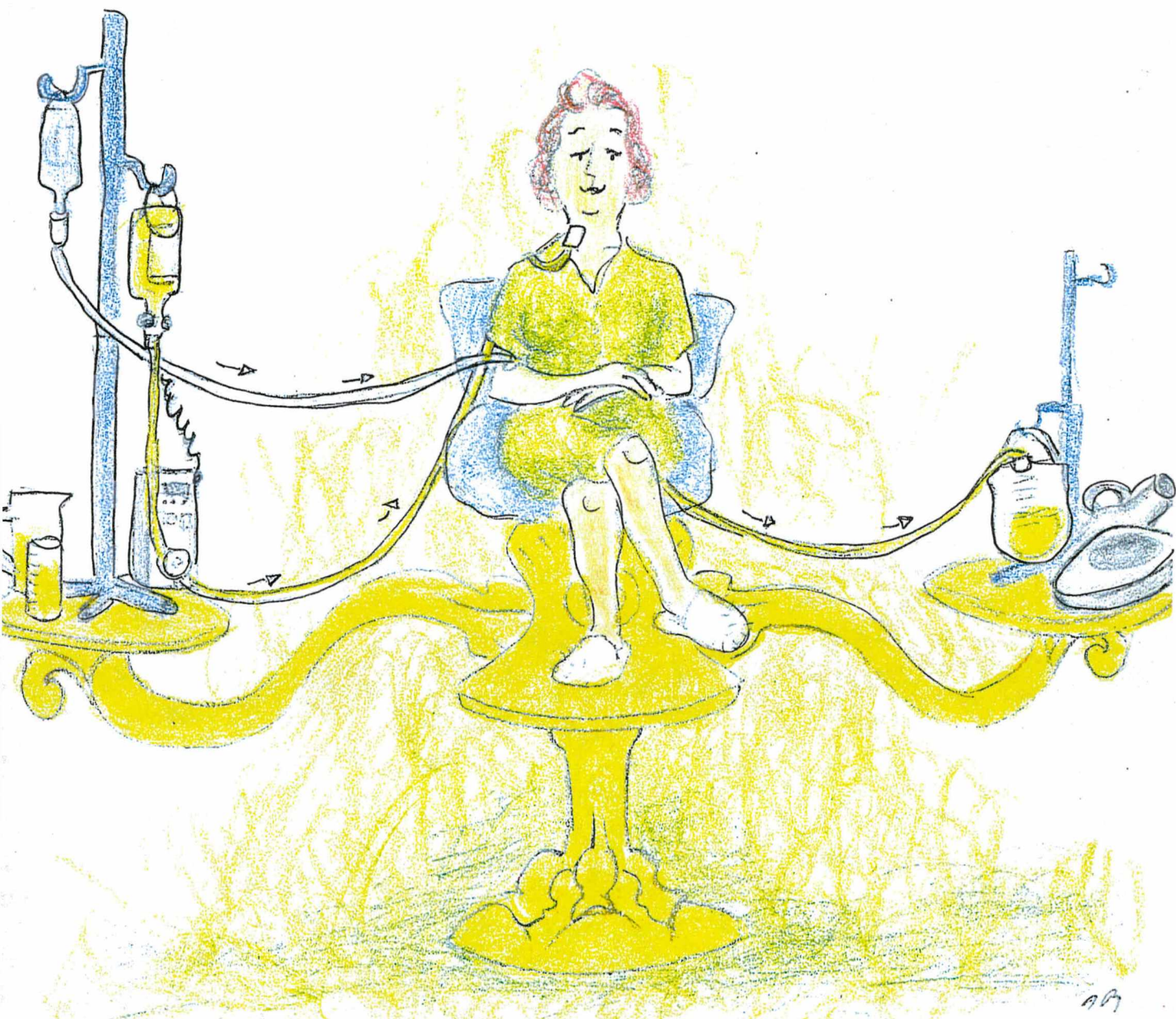




## O que é Balanço Hídrico?

É a medida de todo líquido que sai de você: urina, vômito, drenos... nas 24 horas, e de todo líquido que entra em você: Nutrição Parenteral, soro, medicação, sangue, e caso você esteja se alimentando, suco, café, água, sopa, leite...

Serve para saber se você está "ficando" com mais líquido do que está saindo.



Mesmo se você não estiver comendo nada, é preciso que escove os dentes e a língua, isso mesmo, a língua, para que não forme uma crosta em cima dela, evitando o mal hálito. Faça isso pelo menos 4 vezes ao dia.

Tomar banho diariamente é bom e importante para sua saúde. Caso você não possa ir ainda ao chuveiro, a equipe de enfermagem fará seu banho no leito.

Quando você estiver indo tomar banho no chuveiro, evite molhar o curativo, peça uma proteção de plástico para protegê-lo e não deixe cair água diretamente sobre ele.

Se você puder use um creme no seu corpo, para evitar que a pele fique muito ressecada.





## Peso Diário:

Todos os dias, se você puder sair da cama, deverá se pesar; de preferência, com a bexiga vazia e sem roupas pesadas.

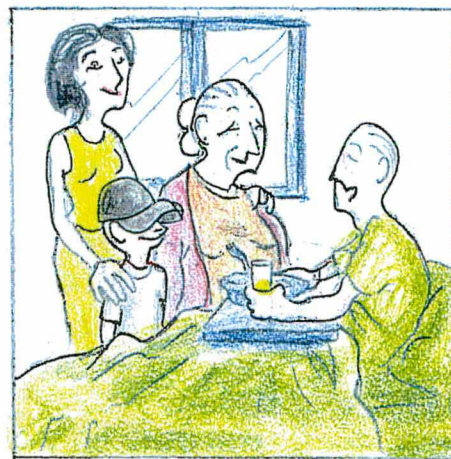
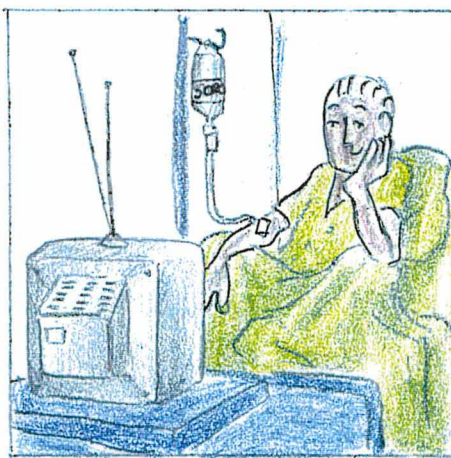
Serve para saber se você está ganhando ou perdendo peso.



As pessoas que recebem a nutrição Parenteral ficam de 1 semana até vários meses, cada caso é um caso, pergunte ao seu médico qual é o seu!

É comum receber 2 frascos por dia. Quando o tratamento estiver terminando, você vai perceber que as etapas (frascos) vão diminuir até ficar 1 por dia, posteriormente passando somente para o soro. É para ajudar seu corpo a se acostumar aos poucos.

Este manual é para lhe ajudar a entender o que está acontecendo com você, se tiver alguma dúvida... não tenha medo de vergonha, pergunte!







*May 1971*

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUAYO, R. Dr.Deming: o americano que ensinou a QT aos Japoneses. R.J: Record, 1993.

ALENCAR, E.M.L.S. Criatividade. Brasília: Ed.Unb, 1993.

AIDAR, M.M. Qualidade humana, as pessoas em 1º lugar. S.P: Maltese,1994.

BARBOSA, S.F.F. Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BAYER, M.L.; The social aspects of nutritional support, Nurs. Clin. North Am., v.1, nº. 1, Mar. , 1983.

BAXTER, Y.C., WAITZBERG, D.L. O valor da equipe multiprofissional de saúde na terapia nutricional especializada. Rev. Bras. Nut. Clín. Vol.12, nº 1, jan./fev./mar. 1997.

BORDENAVE,J. O que é participação? são Paulo: Brasiliense, 1983.

BRITTO, F.C. e colaboradores. **Implantação de um Grupo Inter-disciplinar de Suporte Nutricioanal, Conquistas e dificuldades**. In \_\_\_\_\_X Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral. Rio Grande do Sul: 1993.

CAMPOS,V.F. TQC, controle de Qualidade total. Rio de Janeiro: Fund. Christiano Ottoni, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. A ética dos trabalhadores de saúde. Rev. Saúde em debate, Londrina, n.º 43, jun.,1994.

CIOSAK, S.I. Papel da equipe multidisciplinar. O papel da enfermagem. II Curso de Educação Continuada em nutrição Clínica. Módulo I- Desnutrição e

- planejamento nutricional. São Paulo: GANEP-SBNPE, 1997.
- COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: 1993.
- COREN-SC, Jornal do Coren- SC ano III- nº II pag.7, julho de 1996.
- DALL"AGNOL, C.M. O agir - refletir - agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho. Dissertação (Mestrado).Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis : 1994.
- DINNER et cols. Recomendações para o suporte nutricional de pacientes adultos hospitalizados. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 1996.
- DUDRICK, S.J. et alii. Long term total parenteral nutrition with growth, development and positive nitrogen balance. in: Surgercy. 64: 134, 1968.
- DUDRICK, S.J Estratégias atuais em nutrição cirúrgica. Clín. Cirúr. Am. do Nort., v.3, Rio de Janeiro: Interlivros, edições Ltda., 1991.
- DUDRICK , S.J. Início da nutrição artificial e expectativas para o futuro. Rev. metabolismo e nutrição. Porto Alegre: V2, n.º 1, editorial, mar., 1995.
- ERDMANN, A.L. Sistema de cuidados de enfermagem. Pelotas Ed. Universitária, UFPEL, 1996.
- FISHER, J.E. N.P. Rio de Janeiro: Ed. Freitas, 1978.
- HOLANDA,A.B.F. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1995.
- KNELLER, G.F. Arte e ciência da criatividade. 5 ed. São.Paulo: IBRASA, 1978.
- FREIRE,P. Conscientização. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- FREIRE,P. Educação e mudança; 3 ed. ,São Paulo: Paz e Terra,1979.

- GELAIN, I. O significado do "êthos" e da consciência ética do enfermeiro nas suas relações de trabalho. São Paulo:USP,1991. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo, 1991.
- GELAIN, I. Repensando o enfoque da ética profissional. Rev. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.3,n.2, Jul./dez.1994.
- KARKOW, F.J.A. Opções do suporte nutricional: uma Visão reflexiva. Rev.Soc.Bras.Nutr. e Enteral. Porto Alegre, v.1 n.1 . p.7-9, jan./fev. 1984.
- LEDDY, S.& PEPPER, J.M., Models of nursing. IN: conceptual bases of professional nursing. Philadelphia , 1985.
- LENTZ, R.A. Processo de normalização: A jornada participativa como fator de qualidade nas ações de controle das infecções hospitalares. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
- LOPES, C.H.A.F. O significado da Nutrição Parenteral para o cliente no contexto hospitalar. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 1995.
- LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D. Pesquisa em educação : abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- LUNARDI,V. L. Responsabilidade profissional da enfermeira. Rev. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.3,n.2, Jul./dez.1994.
- MÁRQUES,H.A., Conferência: iatrogenias em suporte nutricional. Conferência realizada no XI Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral, Caxambu p.4-7 out., 1995.
- MARTINS, M. L. Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós

graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

MAYEROFF, M. A arte de servir o próximo para servir a si mesmo. (On Caring). Rio de Janeiro: Ed. Record, 1971.

McKENNA, G. Cuidar é a essência da prática da enfermagem. Rev. Nurs. Lisboa, nº. 80, ano 7, set., 1994.

MILANEZ, H.M., Enfermagem em Nutrição Parenteral. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, ano II, n.11, mai./jun., 1980.

MUSSI, F.C. Conforto: Revisão de Literatura. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.30, nº 2, Ago., 1996.

NITSCHKE, C.A.S; BRITTO; F. IRACET, N.S. Suporte Nutricional em Cirurgia. In: Manual de Terapêutica Cirúrgica. Florianópolis: ACM 1997.

NITSCHKE, C.A.S e colaboradores. **Análise do Suporte Nutricional em um Hospital Geral**. In \_\_\_\_\_ X Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral. Canela- Rio Grande do Sul, 1993.

Normas para Suporte Metabólico e Nutricional - Parte I - Rev. Metabolismo e Nutrição Porto Alegre, Vol.1, nº1 , 1994.

PALADINI, E.P. Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços. S.P. Atlas, 1995.

PIEIDADE, L.A., A interação enfermagem doente uma abordagem bioantropológica. Rev. Nursing. Portugal, 1995.

POLAK, Ymiracy, N. de S. Enfermagem em Nutrição Parenteral. Curitiba: Rerisul, 1991.

PRICE, B. & LEVINE, E. Permanent total parenteral nutrition. Psychological and social

- responses of the early stages. J.Parent.Nut, 1977.
- RIELA, M.C. Suporte nutricional parenteral e enteral. 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1993.
- SAUTHIER, J. N.P. um estudo sobre atuação em enfermagem. Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Esc.Enf.Ana Néri, Curso de Pós graduação em Enfermagem Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1979.
- SANTOS, P.C.M. dos, Princípios de assistência em suporte nutricional, Rev.Soc.Bras.Nut. Parenteral. Porto Alegre, Jan. /Mar., 1985.
- SAUL (1991),A.M; Avaliação Emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação do currículo. 2º ed. São Paulo: Cortez,1991.
- SEGUIR, M. Critique institutionelle er créativité collective. Paris: Ed. L " Harmattan, 1976.
- SECAF.V. & MARX, L.C , Onde a Qualidade e a assistência de Enfermagem faz a diferença: hospital-imã. Rev. Paulista de Enf., São Paulo, 1991.
- SHELDON, M.T. et al Total parenteral nutrition by a nutrition support team: improved quality of care. Jour. Parent. Ent. nut., vol.10, nº. 4, jul./aug., 1986.
- SILVA, R.F. A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
- SWITH,L.C & MULLEN, J.L.; Avaliação Nutricional e Indicações para Apoio Nutricional. Clín. Cirúrg. Am. Nort. v. 3, 1991.
- THOMPSON, J. Parenteral Nutrition, Rev. Nurs. Tim., Jan., 1992.
- TRENTINI, M. Relação entre Teoria, pesquisa e prática. Rev. da Esc. de Enf. da USP., São Paulo, v.21 nº02, 1987.

- VIETTA, E.D. Marco Conceitual para a prática de enfermagem social: Contribuição para base de uma teoria de Enfermagem. Rev. Paulista de Enf., São Paulo, out./nov.,1986.
- VILLALOBOS, N.A.V. O caminho da melhoria contínua no cuidado de enfermagem pediátrica. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
- WAITZBERG, D.L. Nutrição Enteral e Parenteral na prática clínica. 2º ed., Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.
- WALDOW, V. R. Cuidado: uma revisão teórica. Rev. Gaúcha de Enf., Porto Alegre, jul., 1992.
- WALDOW, V. R. Educação para o cuidado. Rev. Gaúcha de Enf., Porto Alegre, Jul., 1993.
- WALDOW, V. R; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- WATANABE, E. et alli. Aspectos éticos e legais da pesquisa em enfermagem. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5 (2), abr./mai./jun., 1985.
- WECHSLER, S.M. Criatividade: descobrindo e encorajando. São Paulo: Ed. Psy, 1993.