

A SOCIALIDADE DA DOENÇA NO CONTEXTO DA UNIDADE DE SUPORTE NUTRICIONAL

[The sociality of sickness in the context of nutritional support unity]

Ymiracy N. de Souza Polak*

RESUMO: Estudo qualitativo de natureza fenomenológica que teve como objetivo compreender o que é estar hospitalizado na unidade de suporte nutricional. A autora apresenta a fala dos clientes em uso de nutrição parenteral com o fito de ajudar os profissionais da área, no caso a equipe de suporte nutricional, a refletir sobre a terapia e os sujeitos alvo do mesmo, com o propósito de ajudá-los a desenvolver uma atitude compreensivista, aliando racionalidade à sensibilidade no cuidar e no curar. Para tanto foram entrevistados dez adultos em nutrição parenteral total há mais de trinta dias. As entrevistas foram analisadas e categorizadas segundo os princípios da fenomenologia e da hermenêutica. A análise possibilitou a identificação de três categorias: a **temporalidade, o transitar entre o público e o privado e a hospitalização como uma dimensão de dor e sofrimento**. Os resultados do estudo ajudarão a humanizar as unidades de suporte e a inserção de conteúdo das ciências humanas nos currículos da área de saúde, tendo em vista um ensinar/cuidar/curar.

DESCRITORES: Hospitalização; Nutrição parenteral; Socialização; Doença.

1 APRESENTAÇÃO

Durante a hospitalização o cliente expressa sofrimento, ansiedade, medo do desconhecido e desconforto decorrente do distanciamento do seu contexto familiar e dos seus pertences. A situação favorece a percepção das diversas reações do corpo, de como responde às solicitações e às normatizações, quase sempre desconhecidas por ele, mas que fazem parte do cotidiano dos responsáveis pelo processo de cura e de cuidado.

Os profissionais de saúde apresentam certa insensibilidade ao desconforto que acarretam no outro, por acreditarem que estão visando ao seu bem, o prescrito pela tecnologia e pela ciência. Ao agirem assim, desconhecem o mais importante, a singularidade de cada corpo cuidado.

Essa realidade faz pensar como cuidar, como chegar ao cliente e ajudá-lo a empenhar-se no seu tratamento e fazê-lo parceiro das práticas de cuidar, uma vez que as ações de enfermagem, como estão sendo delineadas, já não satisfazem (Polak, 1996).

Paradoxalmente, mesmo com essa certeza, a enfermeira continua a insistir nas prescrições padronizadas, computadorizadas, em ações universalizadas, desconhecendo o particular, o espaço privado de cada corpo. A resistência à adoção de novas abordagens leva a pensar quais estratégias devem ser delineadas e mobilizadas de forma a sensibilizar os hospitais e as instituições de ensino quanto à importância de redefinirem as suas filosofias e a sua visão de mundo, de forma a possibilitar a inserção do humano no desenvolvimento das suas práticas de ensino, de cura e de cuidado.

A percepção e o olhar são instrumentos imprescindíveis nas práticas de cuidado, pois valorizam os conteúdos pessoais e nos levam a tentar compreender o que é ser hospitalizado e necessitar de cuidados de enfermagem. Para compreender essa nova condição é preciso assumir a postura de escuta, postura atenta e hermenêutica, que possibilite interpretar a mirada¹ do corpo doente sobre si mesmo, ou seja a mirada de si, mirada doída, que exige o debruçar sobre o seu sofrimento, para que possa falar sobre ele e tornar visível pela linguagem o invisível, que o invade e o torna circunstancialmente um corpo fragilizado.

A percepção torna-se, assim, aspecto primordial no delineamento das ações de enfermagem. Perceber implica adentrar o universo dos seres que se mostram; implica habitá-lo e compreendê-lo em várias perspectivas. Compreender o vivido por esses sujeitos significa adentrar um mundo simples e complexo, em vê-los enquanto corporeidades (Polak, 1996).

Os conceitos de corpo e corpo vivido em Merleau-Ponty (1971) permitiram-me escrever um estudo que tem a

* Prof.ª Dr.ª Titular do Departamento de Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA.

¹ Uso o termo mirada propositalmente, como reforço ressemantificador. Etimologicamente mirada é formada pela palavra mirar + ada. Quem mira tem um objetivo, uma finalidade (Ferreira, 1995). Ao mirar o próprio sofrimento, para falar de si, o corpo debruça-se sobre si e vê com maior clareza a sua dor, busca respostas que justifiquem ou até amenizem a sua dimensão de sofrimento.

corporeidade como base do processo de cuidar, que vê a enfermeira como corpo intencional, com a sua historicidade, em suas relações com o outro e com o mundo, possibilitando-lhe perceber e compreender que a apreensão do sentido da própria existência não pode ser desvendada sem a mediação, e que esta se oferece à nossa compreensão e interpretação mediante o corpo.

O homem é corpo, é corporeidade cujo acesso ao mundo se dá pela percepção (Polak, 1996), e assim este estudo pretende encontrar possíveis respostas para a interrogação: **Que significa para o corpo enfermo estar hospitalizado e necessitar de cuidados de enfermagem no contexto do suporte nutricional parenteral?**

Descobrir a importância da compreensão do corpo, ou seja, do sujeito como presença intencional, nas práticas de cuidar, é fundamental para resgatar o sensível, para valorizarmos o outro nas nossas práticas de ensinar/cuidar e, quem sabe, desencadear as mudanças tão necessárias ao saber-fazer da enfermagem e dos demais profissionais da Saúde.

O diálogo e a postura hermenêutica, presentes no agir humano, rompem o círculo vicioso do objeto-sujeito-objeto; ampliam o campo da compreensão, da comensurabilidade e, consequentemente, da intersubjetividade: mediante a linguagem, elimina-se a relação mecânica tu-eles, eu-tu, eu-eles, eu-vós, nós-eles,² ele e as coisas, e passa a existir o “on”, ou seja, a relação nós concreta de Heidegger (1981), ou a *intercorporeidade* conforme Merleau-Ponty.

A hospitalização é um fenômeno que pode ser visto sob várias perspectivas, e o corpo visto sob várias concepções, quando várias abordagens podem ser implementadas, desde que não desconsiderem ou desvalorizem o corpo enfermo, que não reiterem a fragmentação resultante das especializações, legitimadas pela cultura vigente no cenário da saúde, e que possibilitem o repensar das práticas de cuidar e do poder a elas vinculado.

No espaço da hospitalização, tanto no espaço privado, quanto no público o interesse pelo “bem comum” precisa readquirir valor. O espaço privado, o mundo particular do corpo enfermo, é singular; assim deve ser visto pela enfermeira; esse espaço exige respeito, exige proteção, não pode ser violado pelo agir mecânico que caracteriza as ações do espaço coletivo, direcionadas por normas, por leis universais, que regulam, disciplinam e determinam procedimentos e generalizam formas de ser.

A preocupação em manter a singularidade, a privatividade dentro do espaço coletivo, é preocupação de todos aqueles envolvidos no processo de cuidar. Para apreender as fronteiras que delimitam esses dois espaços, é mister que o corpo cuidador tenha em si os atributos necessários à corporeidade, a saber: empatia, abertura, ser presença, solidariedade, compaixão, perspicácia, competência técnica, capacidade interativa, e que saiba associar racionalidade com a sensibilidade.

O cotidiano da vida hospitalar é dinâmico e vivido conforme o ritmo determinado pelo poder, pelo saber e pela socialidade dos corpos que aí transitam, quer os profissionais de saúde, quer os corpos enfermos. O transitar desses corpos se dá no espaço social, onde o privado e o público têm como fronteira um débil limiar. A aderência desses espaços torna-os invisíveis para o olhar desatento e para aqueles corpos não habituados à escuta e à percepção.

O poder, em Foucault, é visto como estratégia, como relação de força que se dissemina e se faz presente em todos os processos da vida humana, sem ordem definida ou representante legal. Essa concepção de poder nos leva a inferir que o poder está em toda a parte, bem como o contrapoder, como pontos de resistência que se movem, se modificam num dinamismo contínuo, provocando mudanças, reações, alterações e rupturas (Foucault, 1979; 1991).

A normatização e a disciplina buscam desenvolver habilidades, aumentar a produção e, numa relação direta, favorecer o aumento da obediência e da sujeição, propiciando “corpos dóceis, submissos e exercitados”.³

Pita (1993, p. 1) acresce que o hospital é também o cenário no qual o corpo cuidador se une com a estratégia para “enfrentar o espanto e a vergonha decorrentes de suas debilidades, e fazer prevalecer no contexto da hospitalização um mínimo de solidariedade social”.

No processo de reorganização, a disciplina como tecnologia política, foi a estratégia de escolha. Essa tecnologia consistia no controle, no esquadrinhamento de tudo e de todos os que convivessem nesse cenário, com o fito de obter maior produtividade e docilidade dos corpos. Após hospitalização longa, passa a demonstrar docilidade e indiferença, o que também foi documentado por Loyola.⁴

Assim, a medicina passa a habitar o interior do hospital, assumindo a dimensão clínica, uma vez que é o lugar onde se constrói o saber. Os demais profissionais que desenvolvem o seu fazer nesse cenário são alvos do poder médico; este, por sua vez, interfere nas suas práticas, determinando o que ensinar e como realizar o seu fazer. O hospital passa a ser visto como o templo da cura: o tratar invade o cuidar, e os cuidados de manutenção da vida são preteridos, em nome dos cuidados de restauração da vida.

² SANTOS, Boaventura. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

³ FOUCAULT, Michael. 1991, p. 127.

⁴ LOYOLA, Cristina. *Os dóceis corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.

Por isso a hospitalização possui várias representações, vista por uns como o lugar da cura, por outros como o lugar da provável morte, lugar no qual o corpo é submetido a vários rituais de cura e de cuidado. Lugar de trabalho para aqueles que detêm o poder de curar, de tratar e cuidar; o hospital é o templo da cura que o corpo enfermo, na cultura vigente, busca para recuperar a saúde e prosseguir vivendo.

Entre as inúmeras representações destaco a do hospital como lugar traumático, desgastante tanto para o corpo enfermo, quanto para os seus familiares e para o corpo cuidador.

Ao recorrer a procedimentos que quebrem a frieza do espaço público e produzam no corpo enfermo conforto e bem-estar, que o aproximam daquilo que para ele tem significado, os profissionais estão rompendo a impessoalidade, a distância prescrita pelos cânones da tecnologia e da ciência e inserindo o humano nas suas práticas e respeitando a sensibilidade do que é ser hospitalizado, necessitar de cuidados de enfermagem, e como o corpo adulto enfermo vivencia as suas relações com o corpo cuidador, a partir dos seus discursos com o corpo doente.

Este estudo teve como propósito compreender o que é ser hospitalizado e estar em uso de nutrição parenteral.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como estudo de iluminação fenomenológica, de cunho interpretativo e compreensivista: Fenomenológico por ser descritivo, por pretender estudar o vivido pelos atores participantes da pesquisa; interpretativo e compreensivista por minha postura heurística, por minha atenção em escutar e analisar as descrições do corpo hospitalizado.

A hospitalização abordada neste estudo representa um recorte da Unidade de Suporte Nutricional, quando procuramos compreender o que significa para o cliente, que se encontrava em uso de nutrição parenteral aquela nova condição de vida. Não discorrem sobre a especialidade em foco, por não ser este o objetivo do estudo e por existir uma literatura vasta sobre o tema.

A obtenção destes discursos se fez mediante a escuta de dez adultos com necessidades de suporte nutricional parenteral, hospitalizados na unidade de internação – Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo – de um Hospital de Ensino de grande porte, que presta assistência nos diferentes

níveis; é centro de excelência no Estado do Paraná, para o ensino, assistência e pesquisa na área de Saúde.

Os discursos foram obtidos mediante entrevistas não diretivas, realizadas nos encontros da pesquisadora com os sujeitos do estudo. A realização das entrevistas caracterizou o início da trajetória, um processo que teve a percepção, a linguagem e a intencionalidade como elementos fundamentais.

3 RESULTADOS OBTIDOS

Os temas apreendidos nestes discursos expressam a dimensão temporal, o conflito vivido pelo corpo enfermo, ao transitar entre o singular e o plural, entre o individual e o coletivo; entre o mundo de sofrimento, de solidão e o mundo impessoal da hospitalização.

A temporalidade do corpo

Na maioria dos discursos os clientes iniciavam evocando um tempo de dor que, no transcorrer da fala, parecia estar sendo metabolizado, para findar com a expectativa de **porvir** esperançoso, com mais independência, e menos dor. Para falar **do hoje**, do momento presente, era necessário evocar o **ontem**: nesse ontem a sua dor foi mais forte, o seu sofrimento mais denso. De acordo com os sujeitos entrevistados, era preciso mostrar esses momentos, o vivido por eles, para que se fizessem compreendidos no presente e tivessem a sua história valorizada.

Ao discorrer sobre o passado e projetar-se no porvir, o corpo hospitalizado mostra a necessidade de vê-lo na intercessão das três dimensões, pois não há tempo real, ele origina-se do coexistir do corpo vivente com as coisas e com o mundo na dimensão do presente, na qual o passado e o porvir existem subjetivamente e possibilitam os acontecimentos temporais.

O tempo emerge nas falas, interligando as diversas dimensões da temporalidade, pois é no presente que elas se entrelaçam.⁵ A circularidade do tempo possibilita ao sujeito e ao objeto serem vistos como uma única estrutura, que é o presente, como pode ser visto na fala:

“Estou aqui há uma vida. (...) já sofri demais; (...). Passei dias sem poder engolir”. (D. Madalena)

O tempo do corpo enfermo difere do tempo do corpo cuidador. Os seus segundos, minutos, horas, dias têm intensidade maior; o tempo que a enfermeira leva para atender uma solicitação é curto, para ela, porém longo para quem espera com dor e desconforto. O que também ocorre com o tempo gasto pela enfermagem junto ao cliente, tempo

⁵ MERLEAU-PONTY. *op. cit.* 1994.

este considerado por ela como adequado, enquanto para o cliente é pequeno, insatisfatório. Os dias da hospitalização são longos, o que leva o corpo enfermo a considerá-los “*como uma vida, pois já sofri demais*”. A comparação com uma vida se dá no campo do simbólico, mas é uma realidade para quem vivencia a hospitalização.

Para Meleau-Ponty (1994), o tempo é o lugar de todas as experiências, enquanto nossas, que se colocam segundo o antes e o depois; falar do tempo implica desnudar a relação íntima existente entre o tempo e a subjetividade.

O tempo não é contínuo, homogêneo: ele se caracteriza por rupturas, por ciclos que marcam etapas e eventos da existência humana. Para o corpo enfermo a sua temporalidade dinâmica é movimento, é histórica (Raisa, 1996).

Ao vivenciar **o presente**, o corpo enfermo projeta **o porvir**, como se pode observar quando o cliente expressa:

“*(...) Estou indo embora daqui a três dias, podendo comer e com a fistula fechada (...). Esperar que cada dia fosse melhorando (...). Voltarei quando estiver mais forte (...).*”
(Sr. Beto)

O que permite inferir que o tempo nasce da relação do sujeito consigo mesmo e com as outras coisas; que permite a verbalização de desejos, de sonhos, do vir-a-ser. O futuro não é sucessão de agora⁶, mas uma possibilidade de ser no mundo. E Merleau-Ponty (1994, p. 563-564) reitera:

“*A temporalidade se temporaliza como porvir-que-vai-para-o-passado-vindo-para-o-presente. Para mim mesmo, eu não estou no instante atual, estou também no amanhã deste dia, ou na noite que virá, e meu presente, se quiser, é este instante, mas é também este dia, este ano, minha vida inteira.*”

O transitar do corpo no espaço público e privado

As falas possibilitaram a percepção que o corpo enfermo tem do conflito vivido por ele ao transitar no espaço público e privado, quando espera e quer ser visto na sua singularidade, ter assegurada a sua privatividade e a sua independência; o que nem sempre ocorre. Ao adentrar no espaço público do hospital, passa a ser tratado e visto como os demais, passa a fazer parte da comunidade de doentes, que deve ser cuidada conforme normas e rotinas padronizadas prescritas pelo poder. Segundo o poder institucionalizado, o doente é mais um para ser curado e tratado, que precisa ser controlado, observado

e esquadrinhado durante as vinte quatro horas. Nesse contexto o sensível e o estético não têm espaço, já que contrariam todas as regras disciplinares.

No contexto da hospitalização a tecnologia de ponta está a esquadrinhar partículas microscópicas do corpo, a mensurar cavidades milimetricamente, a monitorar os parâmetros fisiológicos, a criar bolhas de proteção, unidades sofisticadas de isolamento, que distanciam o corpo doente do contato físico dos seus familiares e da equipe, e o mantém protegido dos germes nocivos, em ambiente asséptico e impessoal.

O corpo enfermo não está preparado para transitar entre o espaço público e o privado e, por isso, sofre com as invasões e violentações, o que nem sempre é detectado pela equipe de saúde, no caso de enfermagem, talvez em função da sua formação ou da política disciplinadora das suas práticas.

Pode-se perceber a impessoalidade, a desconsideração com a pessoa e nenhuma preocupação em envolvê-la no seu tratamento, em comprometê-la com o provimento dos meios necessários para a sua recuperação. A distribuição do espaço faz parte do controle da polícia médica, descrita por Foucault (1991), porquanto, ao distribuir o espaço, pode-se mantê-lo sob vigilância.⁷ Esse aspecto também foi denunciado por dois clientes em nutrição parenteral ao expressar:

“*A senhora não imagina o que é ficar sem comer nada, vendo essa solução amarela gotejar dia a dia, e ver os outros comendo ao seu lado e você esperar o seu prato, e não aparecer nada (...). Sentia desânimo, quando via os outros mastigarem, parecia que estava separado deles; eles estavam ali na minha frente ou ao meu lado, era assim: eles lá e eu aqui.*” (Sr. Beto)

“*Sinto-me triste, aqui principalmente pelo problema de não poder comer e ver os outros comendo, engolindo, sentindo aquele gostinho, é terrível, horrível (...). Viro o rosto para o lado e engulo seco, pois até a saliva parece que acabou (...). Dizendo para mim mesma, que não quero comer (...), assim, me ajudo a suportar esse sofrimento.*” (D. Elsa)

O respeito ao outro, ao seu espaço, a preocupação com a não violentação da pessoa e a demonstração disso pelo profissional enfermeira para com o corpo enfermo ajudam-no a transitar com menos dor no espaço social coletivo, pois terá maior segurança e mais conhecimentos acerca do que está e será feito com ele em relação à sua saúde. Ao ter consciência de todo o processo, o corpo doente terá também maiores condições e maior clareza para discutir os problemas referentes à sua doença, aos custos

⁶ MERLEAU-PONTY, 1994.

⁷ FOUCAULT op cit, 1991.

necessários à obtenção da sua saúde e de escolher aquilo que acredita ser o melhor para si.

Esta preocupação encontra eco na fala abaixo:

“Fiz um monte de exames não sei por quê; como também não sei o seu resultado. (...) Sinto-me mal, com esses tubos nessa posição e com tanta indiferença (...); falam e não entendo, conversam apenas entre si, e fico aqui sobrando, quando deveria ser informada de tudo; parece até que eles nem me vêem, como se eu não existisse” (D. Elsa)

Ao desconhecer essa realidade, ao desconhecer a pessoa e desenvolver ações **para o corpo** e não **com o** corpo enfermo, as equipes de saúde privam-no do seu direito de participar.

A hospitalização, dimensão de dor e sofrimento

Para o corpo enfermo estar hospitalizado e necessitar de cuidados é *viver uma dimensão de dor e sofrimento*. A denúncia do sofrimento, resultante da não presença do corpo cuidador, representada pela dependência e distância, pela frieza e tristeza, pelo medo e solidão, foi muito forte em todos os discursos, como na fala a seguir:

“A enfermeira da manhã passa aqui todos os dias, para saber como estou e depois vai fazer as suas tarefas; vejo todo o mundo correndo para cima e para baixo toda a manhã” (D. Bela)

Ao demonstrar pressa, sobrecarga e falta de tempo, a enfermeira leva o corpo enfermo a sentir-se relegado a segundo plano, preterido em virtude de tantos afazeres; cumpre apenas o prescrito, não dispondo de tempo para dialogar, para perceber e escutar o grito mudo por sua presença.

A **distância** decorre da **frieza** da técnica, que prescreve que, nos rituais de execução dos procedimentos, é preciso agir com precisão, com segurança e seriedade. Essa concepção leva a enfermeira ou algum dos componentes da equipe de enfermagem a centrarem o seu fazer mais nos aspectos instrumentais reconhecidos pela ciência, que prioriza a cura do órgão doente. Todos esses problemas constituem o grito mudo do cliente pela **enfermagem presença**, o que pode ser percebido nas falas:

“Sinto-me muito triste aqui no hospital; sinto-me sem escolhas, com medo (...); sinto falta das minhas coisas e da minha casa, a solidão é dura (...). Ninguém para conversar, falam tudo para a gente na língua deles; algumas enfermeiras falam com a gente, outras mexem no catéter, na bolsa de nutrição, olham de cima para baixo e saem. Tento conversar, mas é tudo tão rápido e difícil, além do mais são tantas (...)” (D. Elsa)

“Aqui há gente de todo o tipo, como em todo o lugar, não é diferente. Esperava mais companhia e orientação, estou assustado, com medo (...). Tento passar o tempo (...). É duro, muito duro e triste tudo isso, que para o pessoal daqui parece ser normal” (Sr. Ad)

Ao relatarem ser vistos de cima para baixo, esquadinhados sob olhar que disciplina, controla e vigia as evidências de alterações, de complicações, do efeito das terapias, os sujeitos entrevistados disseram sentir-se desconfortáveis, submetidos a uma relação desigual e verticalizante.

“Às vezes pergunto o que é isto que você me está dando? Algumas respondem o que é, e para que serve; outras respondem que é um remedinho, (...); me sinto esquecida, só, triste, com medo e muito nervosa com tudo isso; preciso de todos, parece que ninguém me vê” (D. Bela)

“As enfermeiras entram e cuidam; se pergunto respondem; senão fazem e não explicam nada; com o tempo deixei de procurar saber as coisas (...)” (Beto)

A falta de orientação é queixa forte em todas as falas: *“se pergunto, respondem; caso contrário não explicam nada”* (Sr. Beto). *“Às vezes pergunto o que me estão dando; algumas respondem o que é; enquanto outras respondem que é um remedinho”* (D. Bela). A não orientação caracteriza a falta de respeito, de compromisso com o bem-estar do outro e reitera a relação de poder, que regula e que cerceia.

A **dependência** é outra situação que assusta e acarreta desconforto: depender do outro significa a perda da autonomia e da auto-estima para o cliente; é algo desagradável para todos os clientes entrevistados.

“Aqui a gente precisa de todos para tudo (...); não gosto disso” (D. Bela)

A enfermagem vivenciada pelos sujeitos contraria a enfermagem como é concebida e defendida neste trabalho:

“saber e o fazer comprometidos com a vida; como processo contínuo de reconstituição, de constituição, de reconstrução e de rearmonização de corpos. Enfermagem é presença, é suporte, ajuda, proteção, nutrição; é empatia que se concretiza no encontro de vidas e de corporeidades”. (Polak, 1996)

4 SÍNTESE CONCLUSIVA

Com este trabalho procurou-se não somente o horizonte das representações, mas também o da dimensão prática, por sentir necessário uma nova ordenação do espaço social do hospital; possibilitando assim maior

horizontalidade nas relações cuidado-cuidador, para amenizar o sofrimento do corpo enfermo, no cotidiano hospitalar, no equilíbrio do racional e do sensível.

O corpo hospitalizado tem duplo sofrer: o primeiro decorre do problema de saúde que o levou a procurar o hospital; e o segundo, em função da própria hospitalização e da dependência do outro para cuidar de si.

Este estudo denuncia, portanto, um fazer impessoal e a não presença do profissional de saúde e é uma tentativa de procurar respostas para um agir da enfermeira enquanto corporeidade, compartilhando o seu fazer e saber, mantendo um diálogo com o outro em um clima afetivo, ético e humano, aliado à competência técnico-científica.

O presente possibilita inferir que se faz necessária a inserção, nos currículos dos cursos da saúde, de conteúdos voltados para o sensível, para o estético; ousar criar pedagogias que permitam o vivenciar de novas práticas educativas e de cuidado de forma que assegurem o coexistir harmônico da sensibilidade e da racionalidade e a enfermagem presença.

ABSTRACT: Qualitative study, phenomenological in nature, aiming to understand what it is to be hospitalized in a nutritional support unit. The author presents speeches of clients having parenteral nutrition in order to help professionals in this area or the nutritional support team think over the therapy and the target-subjects, thus helping those professionals develop an understanding attitude, associating reasoning and sensitiveness in caring and healing. Therefore, ten adult clients, submitted to total parenteral nutrition for over ten days, were interviewed. Interviews were analyzed and classified according to hermeneutic-phenomenological principles. The analysis enabled the identification of three

categories: temporality, public and private transit and hospitalization as a dimension of pain and suffering. The study results will help humanize support units and introduce human science contents in the curricula of health courses, a teaching/caring/curing focus.

KEY WORDS: Hospitalization; Parenteral Nutrition; Socialization; Disease.

REFERÊNCIAS

- 1 FERREIRA, A. **Novo dicionário** Aurélio da língua portuguesa. 9. ed. Rio de Janeiro: 1986.
- 2 FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 3 _____ **Vigiar e punir: história das prisões**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- 4 HEIDEGGER, M. **Todos nós...ninguém**. São Paulo: Moraes, 1981.
- 5 LOYOLA, C. **Os dóceis corpos do hospital**: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.
- 6 MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Freitas Bastos, 1994.
- 7 PITA, A..M. F. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde**: elos de uma cadeia possível. Documento preparado para a representação do Brasil na OPS/OMS, 1993 32p.
- 8 POLAK, Y. N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Florianópolis. 1996. Tese (Doutorado) Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 9 RASIA, M. J. **Hospital**: socialidade e sofrimento. Curitiba, 1996. Tese (Professor Titular) Universidade Federal do Paraná.
- 10 SANTOS, B. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

Endereço do autor:
Av. Paraná, 998 - ap. 11301
80035-130 - Curitiba - PR
E-mail ymiracy@prograd.ufpr.br