



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Favero, Luciane; de Azevedo Mazza, Verônica; Ribeiro Lacerda, Maria
Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de
terapia intensiva

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 4, 2012, pp. 490-496

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023889002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva*

Experience of a nurse in transpersonal caring for families of neonates discharged from the intensive care unit

Vivencia de enfermera en el cuidado transpersonal a familias de neonatos egresados de la unidad de cuidados intensivos

Luciane Favero¹, Verônica de Azevedo Mazza², Maria Ribeiro Lacerda³

RESUMO

Objetivo: Descrever a vivência de enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos de unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Pesquisa qualitativa tipo estudo de caso descritivo. Utilizou-se a Teoria do Cuidado Transpessoal operacionalizada pelo Processo de Cuidar de Lacerda. Sete famílias foram acompanhadas e tornaram-se participantes do estudo. Os dados foram coletados por meio de documentos e registros em arquivo. **Resultados:** As práticas de cuidados do cuidador familiar, suas demandas e necessidades; a importância da enfermagem no processo de hospitalização, alta e cuidados domiciliares foram constatadas. **Conclusão:** Esse caminhar possibilitou compreender que as ações do cuidar precisam estar aliadas ao cuidado humano, e à necessidade de investimentos em pesquisas capazes de aliar o cuidado domiciliar ao cuidado transpessoal na enfermagem e demais profissões da área de saúde.

Descritores: Assistência domiciliar; Teoria de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Família; Recém-nascido

ABSTRACT

Objective: To describe the lived experience of home nursing in transpersonal care for families of neonates discharged from the intensive care unit. **Methods:** A qualitative research of the descriptive case study type. We used the *Theory of Transpersonal Caring*, operationalized by the caring process of Lacerda. Seven families were followed and became study participants. Data were collected by means of documents and archived records. **Results:** The care practices of family caregivers, their demands and needs; and, the importance of nursing in the process of hospitalization, discharge and home care were detected. **Conclusion:** This pathway enabled understanding that the actions of caring must be allied to humane care, and of the necessity for investment in research capable of combining home care with transpersonal caring in nursing and other health care professions.

Keywords: Home nursing; Nursing theory; Nursing care; Family; Infant, newborn

RESUMEN

Objetivo: Describir la vivencia de enfermera domiciliaria en el cuidado transpersonal a familias de neonatos egresados de la unidad de cuidados intensivos. **Métodos:** Investigación cualitativa de tipo estudio de caso descriptivo. Se utilizó la Teoría del Cuidado Transpersonal operacionalizada por el Proceso de Cuidar de Lacerda. Fueron acompañadas siete familias tornándose participantes del estudio. Los datos fueron recolectados por medio de documentos y registros en archivo. **Resultados:** Las prácticas de cuidados del cuidador familiar, sus demandas y necesidades; la importancia de la enfermería en el proceso de hospitalización, alta y cuidados domiciliarios fueron constatados. **Conclusión:** Ese caminar permitió comprender que las acciones del cuidar necesitan estar aliadas al cuidado humano, y a la necesidad de inversiones en investigaciones capaces de aliar el cuidado domiciliario al cuidado transpessoal en la enfermería y demás profesiones del área de la salud.

Descriptores: Atención domiciliaria de salud; Teoría de enfermería; Atención de enfermería; Familia; Recién nacido

* Texto extraído da dissertação de mestrado intitulada: "A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba, 2009.

¹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR. Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão de Cuidado Humano em Enfermagem – NEPECHE, Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba (PR), Brasil.

² Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba (PR), Brasil.

³ Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao longo de sua história, a enfermagem vem sendo construída à luz de uma base humanista de atenção à saúde, que busca significado na existência do ser humano. É por meio do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da enfermagem constrói-se com base na relação pessoa a pessoa⁽¹⁾.

Nesse contexto, destaca-se o fato de que o papel do cuidar está ameaçado pelo aumento da tecnologia médica; a preservação e o avanço do cuidar são questões importantes para a enfermagem no presente e no futuro⁽²⁾. Assim, acredita-se que o cuidado só pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência de cuidado vai além da dimensão biológica, material, sendo capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico⁽³⁾.

Portanto, uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, uma união com a outra pessoa que eleva a consideração pelo todo do outro e pelo seu estar-no-mundo, em que enfermeiro e cliente tornam-se apenas um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação^(2,3).

De acordo com a Teoria do Cuidado Transpessoal^(2,3) proposta por Jean Watson, que necessita da presença do outro para existir, e esse é percebido como ser único, sagrado e ativo em todo o processo, faz-se necessário refletir acerca do cuidado realizado com o recém-nascido (RN) e com a sua família, de tal maneira que, ao cuidar do bebê, a família também seja cuidada, em especial a mãe desse bebê, que normalmente é presença constante no dia a dia da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Olhar para a mãe, ter empatia, ouvir suas dúvidas, anseios e dificuldades, mostrar-se presente, orientar, acompanhar, facilitar sua tomada de decisão, olhar para o corpo como uma estrutura única da qual a mente e o espírito fazem parte, promover a capacidade de reconstituição, capaz de ultrapassar momentos promotores de dor, sofrimento, separação, angústia e medo, é cuidar de forma transpessoal.

O cuidado neonatal acompanhou a tendência mundial e avançou muito nas últimas décadas, com a introdução de recursos terapêuticos mais eficazes, tecnológicos mais modernos e humanos especializados. Entretanto, esse avanço técnico-científico possibilita que o cuidado que transcende o corpo físico fique em segundo plano. Em alguns momentos, não são focados aspectos importantes como a presença da família, o cuidado individualizado e, até mesmo, a valorização das dimensões socioculturais dos clientes⁽⁴⁾.

Portanto, é importante e necessário que toda a equipe de profissionais atuante com o trinômio: mãe-bebê-

-família, esteja preparada para amenizar o sofrimento familiar, causado pela internação da criança, por meio de um cuidado humano centrado na criança e em sua família.

Partindo do preceito de que o cuidado neonatal não se limita ao objetivo de garantir a sobrevivência do prematuro extremo até a alta, percebe-se que o seguimento e o suporte adequado aos bebês e crianças egressos das unidades neonatais são ainda enormes desafios em nosso meio⁽⁵⁾. Assim, é preciso investir nossas atenções para o momento pós-alta hospitalar, no seguimento dessas crianças em ambulatorios, unidades de saúde e no domicílio.

Com base em 8 anos de atuação em UTIN e mediante observações e indagações realizadas aos pais no momento da alta hospitalar pela primeira autora deste estudo, foi possível perceber que muitos se sentem despreparados para esse momento. E, como agravante, muitas mães não contam com ajuda de companheiros, familiares ou amigos quando retornam ao domicílio.

Conhecendo esta realidade e reconhecendo a importância do cuidar de forma transpessoal para a prática de enfermagem, surgiu a questão: como a enfermeira domiciliar vivencia o cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos de UTIN? Para responder a tal indagação, traçou-se o seguinte objetivo: descrever a vivência de enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos de UTIN.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso descritivo, realizada na UTIN de um hospital privado de caráter filantrópico, referência para gestantes de alto risco e no domicílio dos participantes.

Como estratégia para a seleção dos participantes, foram realizadas visitas à UTIN, com o intuito de conhecer e realizar a aproximação com famílias que vivenciavam a internação de um neonato e que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: ser pai, mãe ou familiar de neonato egresso de UTIN, maior de 18 anos, e que experientes pela primeira vez o internamento de um bebê em UTIN; ser residente no município de Curitiba; aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; pais ou familiares de neonatos que necessitassem de cuidados específicos no domicílio, com consequente aumento da exigência da família nos cuidados pós-alta hospitalar. Apoiadas nessas delimitações, sete famílias foram selecionadas e acompanhadas, assim compuseram o total de participantes do estudo, dentre as quais o principal diagnóstico médico de internação do RN foi a prematuridade e a asfixia perinatal, com média de hospitalização de 59 dias (variando entre 35 e 96 dias).

Neste estudo, vale destacar que se entende por família a definição expressa por Faro⁽⁶⁾ ao citar Penna

Unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, de afetividade, interesse e/ou doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influenciada sócio-econômico-culturalmente. Constrói uma história de vida, tem identidade própria, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores e conhecimento.

Realizaram-se 21 visitas à UTIN e 39 encontros domiciliares, no período de outubro de 2008 e abril de 2009, totalizando aproximadamente 90 noventa horas de cuidados transpessoais ocorridos no domicílio, foram envolvidos 26 pessoas, membros das famílias participantes do estudo, entre eles, mães, pais, irmãos, avós, primos, além dos neonatos egressos e vizinhos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, o Protocolo nº 5641/08.

Para respeitar o anonimato dos participantes, conforme a Resolução nº 196/96, codificou-se as famílias com os seguintes nomes: Estrelas, Flores, Planetas, Cores, Astros Luminosos, Peixes e Pedras Preciosas.

Para a coleta de evidências foram utilizados documentos e registros em arquivo. Os documentos compuseram-se das fichas de nascimento do RN, ficha de admissão na UTIN, evolução clínica e de enfermagem, carteirinha de vacinação, resumo de alta, receita médica para a alta hospitalar e pelos diários de campo e notas metodológicas emergidas, após os encontros domiciliares com as famílias participantes do estudo. Já os registros em arquivo, foram compostos pelos encaminhamentos realizados pela equipe médica e pelo livro de registro de internamento dos RNs da unidade local de estudo.

O método do estudo de caso preconiza que seja estabelecida uma estratégia analítica geral e estratégias analíticas específicas, que ajudam a definir prioridades para o que se deve analisar e por quê⁽⁷⁾.

Assim, estabeleceu-se como estratégia analítica geral “contando com proposições teóricas”, que são aqui representadas pelo processo de cuidar de Lacerda⁽⁸⁾, composto por quatro fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação; e os elementos do processo *clinical caritas*⁽⁹⁾, expressos em dez elementos, aqui apresentados sinteticamente: **Elemento 1** – Praticar o amor-gentileza; **Elemento 2** – ser autenticamente presente, honrando o profundo sistema de crenças; **Elemento 3** – cultivar práticas espirituais; **Elemento 4** – desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança; **Elemento 5** – ser presente e apoiar a expressão de sentimentos; **Elemento 6** – usar criativamente o eu e os caminhos do conhecimento; **Elemento 7** – experiências de ensino e aprendizagem que atendam à pessoa inteira, permanecendo dentro do referencial do outro; **Elemento 8** – criar um ambiente de reconstituição; **Elemento 9** – ajudar nas necessidades

básicas; **Elemento 10** – dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões da vida-morte.

O uso do processo de cuidar de Lacerda⁽⁸⁾ objetiva a operacionalização da aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal^(2,3,9), visto que a teórica não apresenta um processo de enfermagem capaz de nortear a aplicação de sua teoria.

Como estratégia analítica específica, selecionou-se a combinação de padrão. Por esta, entende-se que se compara um padrão baseado empiricamente com um padrão previsto, que consiste em ajustar as evidências coletadas a um padrão estabelecido⁽⁷⁾. No caso deste estudo, o padrão refere-se ao Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽⁸⁾, que, com a Teoria do Cuidado Transpessoal^(2,3,9), fundamentaram a coleta e a análise dos dados e compuseram referencial teórico deste texto.

RESULTADOS

Como forma de apresentação dos resultados, optou-se por abordar apenas a etapa de síntese dos casos cruzados, pois esta fase contempla a totalidade de casos envolvidos no estudo, momento em que após a descrição individual dos sete casos envolvidos. Estes foram analisados entre si e adequados ao referencial teórico que norteou a pesquisa. Para tal, foram utilizadas as fases que constituíram o processo de cuidar de Lacerda⁽⁸⁾ como estratégia de apresentação.

Contato inicial

A primeira fase do processo de cuidar⁽⁸⁾ teve como característica comum a todos os participantes seu início durante o período de hospitalização do bebê na UTIN. O fato facilitou a entrada no domicílio e a continuidade das demais fases, em razão das famílias conhecerem a pesquisadora.

O contato inicial propiciou a aproximação com alguns valores, angústias e outros sentimentos expressos pelas famílias, o que permitiu ampliar a compreensão das relações familiares e auxiliar na continuidade do cuidado domiciliar.

É importante destacar que a separação das fases é apenas didática, pois é difícil delimitar o momento exato do término de uma e início de outra, sendo possível ainda que elas sejam retomadas em momentos posteriores em casos de não progressão da relação de cuidar.

Ao mudar de ambiente do cuidado da UTIN para o domicílio, houve necessidade de continuar o contato inicial, por entender as especificidades do ambiente, em que a família tem o domínio do espaço e o profissional precisa entender seu papel, respeitar limites, valores, culturas, crenças e ainda contar com o inesperado, utilizando domínio e competência por meio dos vários tipos de conhecimento, habilidades e, sobretudo, sen-

sibilidade para ser capaz de atender às demandas de cuidado dessa clientela.

Foi possível verificar que as questões biológicas foram focos de cuidado durante esta fase em seis das sete famílias acompanhadas, pois ao adentrar em um ambiente completamente estranho, com culturas, crenças e valores peculiares, sentia-me insegura, com receio do desconhecido e sem saber se conseguiria atingir o propósito a que me dispunha. Assim, os primeiros encontros no domicílio tinham uma característica própria, o foco nos aspectos biológicos. Essa foi uma forma encontrada para tentar avançar na relação de cuidado na fase inicial. Os aspectos biológicos traziam maior segurança, em razão de ser “objeto” da vivência profissional da primeira autora e conteúdo de estudos anteriormente realizados. Para explicitar o exposto, remete-se a um trecho extraído do relatório oriundo dos encontros domiciliares registrados no diário do pesquisador.

[...] A avó, dona Betta, auxiliou o desenvolvimento do encontro, com inferências, questionamentos, sugestões quanto aos cuidados com o bebê, visto que a mãe Corvina pouco comentava, apenas respondia aquilo que era questionado e evoluía um pouco quando se tratava de aspectos biológicos acerca do bebê, caminho utilizado neste primeiro encontro na tentativa de atingir um melhor envolvimento com a família. Os elementos 1 e 2 foram utilizados na busca de uma aproximação, formação de vínculo e de um encontro entre nós, para que outros aspectos pudessem ser compartilhados. (família Peixes)

Dessa forma, em apenas uma família as características foram diferentes, sendo as relações familiares destaque, desde o primeiro encontro domiciliar, aspecto que justifica o uso expressivo dos elementos 1 e 2 do processo *clinical caritas*, que remetem à prática do amor-gentileza, à presença autêntica e honra ao sistema de crenças do ser cuidado⁽⁵⁾.

Com o transcorrer dos encontros, a relação evoluía e outros aspectos surgiam. De maneira gradativa, a dimensão biológica era ultrapassada pelo aspecto transpessoal, os membros desinibiam-se, tornavam-se espontâneos, percebiam que a presença da enfermeira poderia auxiliá-los não só a compreender as demandas de cuidado do RN, mas suas necessidades de cuidado, compartilhando sentimentos, situações do dia a dia e, desta forma, era possível dar início a outra fase do processo de cuidar, a aproximação.

Aproximação

Ao dar continuidade à segunda fase do processo, destaca-se a necessidade de integração e entrelaçamento entre os seres envolvidos no processo de cuidar, pelo fato de ter havido dificuldades de progressão na relação com duas famílias (Peixes e Astros Luminosos), tais como: introspecção, falas curtas sem desenvolvimento do assunto e grandes períodos de silêncio, motivo pelo

qual a fase de aproximação foi estendida com o intuito de que a relação evoluísse e que pudessemos partir para o encontro transpessoal.

[...] Ela era curta em suas respostas, disse que estava tudo bem, [...] mantendo a postura retraída e o olhar cabisbaixo. [...] Corvina [...] não prolongou a conversa, desviou o assunto, conversando com o filho [...]. (família Peixes)

Durante o desenvolvimento desta fase, vários elementos do processo *clinical caritas* foram utilizados com o propósito de que os seres envolvidos na relação de cuidar caminhassem para a união. Sendo assim, os elementos mais presentes foram o 2 e o 5 com dez e nove utilizações, respectivamente, sendo aplicados com todas as famílias participantes do estudo.

Isso se deve ao fato de que na aproximação a relação já evoluiu e outros assuntos emergiram do contato entre os seres. O profissional coloca-se na posição de ouvinte e o ser cuidado expõe fatos com maior naturalidade que durante no contato inicial pela proximidade estabelecida com a enfermeira. Entretanto, não basta ouvir a expressão dos sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, é preciso respeitar o sistema de crenças, cultura e o mundo de vida subjetivo de cada um, sem análises ou julgamentos e, para isso, o elemento 2 tem o seu espaço.

Outros fatos importantes emergiram neste momento da relação [...] a fé na igreja e em terapias alternativas [...]. Ursa Maior deposita força e confiança na igreja e em Deus, sua fé é evidente e presente a todo o momento. Ela crê e considera as graças recebidas, obras divinas. [...] A mãe questionou sobre o uso de ervas no coto umbilical do filho, pois sempre usa, mas costuma retirar no dia dos encontros [...]. (família Constelação)

Um aspecto de importância singular emergiu nesta fase em cinco famílias. As falas maternas e as observações realizadas às famílias permitiram perceber que as mães cuidadoras de bebês egressos de UTIN vivenciam uma prática diária de descuido de si. Para exemplificar o exposto, remete-se a um trecho extraído do relatório emergido dos encontros domiciliares registrados no diário do pesquisador.

[...] (Sol) Queixou-se que não está sentindo-se bem, tem tonturas, cefalalgia, fraqueza e conversamos sobre a sua saúde, os cuidados que tem com ela e as consultas pós-parto. Percebeu-se que ela tem esquecido de si. [...] Além disso, ela não tem se alimentado adequadamente e nem realizado acompanhamento médico [...]. (família Astros Luminosos)

Encontro transpessoal

Para atingir o cuidado transpessoal e a reconstituição dos seres envolvidos, o elemento 2 do processo *clinical caritas* foi utilizado em todos os casos em que esta etapa foi contemplada, com dez utilizações, sendo considerado o mais expressivo.

Outros elementos importantes e que auxiliaram a enfermeira a atingir o cuidado transpessoal foram o elemen-

to 3, aplicado sete vezes com cinco famílias, o elemento 6 com seis utilizações em cinco casos, e os elementos 8 e 10, ambos com quatro usos em quatro e três famílias, respectivamente, lembrando que apenas cinco famílias atingiram completamente esta fase do processo de cuidar.

Por outro lado, o elemento com menor número de aplicações foi o 9, que foi utilizado três vezes com três famílias, o que conota o foco desta fase nos aspectos subjetivos, espirituais, nas práticas artísticas de cuidado-reconstituição, trocas de energia, consciência de cuidado, ambiente de reconstituição, além da atenção aos mistérios espirituais, dimensões existenciais e cuidados da alma.

A fase do encontro transpessoal proporcionou o desvelar de sentimentos, sensações e emoções nos seres envolvidos no processo de cuidar, para que ao separar-se estivessem reconstituídos, transformados e capazes de seguir suas vidas de modo independente, mas, restaurados e superados em suas dificuldades.

Assim, foi possível compreender a importância da fé e da espiritualidade para algumas famílias. Muito mais que a realização de qualquer cuidado, orientação, ouvir empático ou toque terapêutico, a fé movia a família e determinava os acontecimentos, os sucessos, vitórias e superações.

Ursa Maior contava os fatos com olhar cabisbaixo, tom de voz ameno e lágrimas nos olhos. Afirma que ora muito e que conta com a ajuda de Deus e da igreja para que a filha “abra os olhos” enquanto é tempo e que o pai a perdoe e a traga de volta para casa. [...] deposita força e confiança na igreja e em Deus, sua fé é evidente e presente a todo o momento. Ela crê e considera as graças recebidas, obras divinas. (família Constelação)

No entanto, o encontro transpessoal não chegou a se concretizar com dois participantes. Com uma família, esta fase foi iniciada, mas não completamente contemplada. A relação era unilateral embora existisse envolvimento, as questões que emergiram eram unicamente da família e não houve a união dos *selves*. Em outro caso, especificidades ocorridas durante o desenvolvimento da relação com a família Astros Luminosos, dificultaram e acabaram impossibilitando atingir esta fase do processo. As partes modificaram-se e fortaleceram-se, mas não houve união.

Vale destacar que cada família possui um tempo próprio para adentrar e avançar na relação. Elas têm peculiaridades capazes de interferir no ritmo com que cada fase do processo é ultrapassada que, talvez, o tempo necessário para que isso acontecesse não tenha sido suficiente para essa família.

Separação

Na última etapa do processo de cuidar, os elementos mais usados foram 8 e o 10 que refletem esse momento especial na relação de cuidado, e remetem a criação de um ambiente de reconstituição e ao atendimento dos mistérios espirituais e dimensões da vida-morte.

[...] No sétimo e último encontro com esta família, Orquídea estava feliz, com semblante descansado, aliviado. Comentou que já consegue conciliar suas atividades com a rotina do bebê. Estava descontraída, com planos para o futuro, madura quanto as dificuldades enfrentadas e as que ainda estavam por vir. Ela falou sobre a pesquisa, como se sentiu ao participar dela, suas expectativas e a constatação do processo vivenciado. [...] Afirmou que sentirá falta dos encontros e que se sente sozinha antes mesmo do fim e sabe que precisará superar este momento, mas encontra-se fortalecida para o enfrentamento das situações. (família Flores)

Com quatro famílias, a separação partiu dos pesquisadores por entenderem que os objetivos haviam sido alcançados e que ambos, cuidador e ser cuidado, deveriam libertar-se do vínculo estabelecido, pois se modificaram e estavam fortalecidos para seguir a vida. Com duas famílias (Cores e Planetas), a finalização do processo partiu dos participantes e, em uma (família Pedras Preciosas), o início do processo de separação partiu dos pesquisadores, porém seu término ocorreu de modo abrupto em razão da morte do bebê.

DISCUSSÃO

Ao se referir a primeira fase do processo de cuidar proposto por Lacerda⁽⁸⁾, é necessário compreender que o cuidado desenvolvido no ambiente domiciliar possui características próprias, e é nessa etapa que as questões relativas ao contexto domiciliar são mais expressivas. O profissional, ao adentrar nesse espaço, precisa estar preparado para esta prática, pois o cuidado domiciliar não pode ser visto como extensão do cuidado hospitalar. Ele é único.

A enfermeira precisa conhecer a realidade, as relações familiares, as particularidades de cada família e, para isso, deve entender que o domicílio é local de domínio do cliente, seu refúgio, seu território, um espaço privado. Adentrar neste universo é penetrar na vida da família, desvelar seus segredos, interferir em sua intimidade. É invadir um local considerado sagrado para muitos.

O contexto domiciliar deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico, que considera este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si, cujas entidades representam caráter particular, interferente e simultâneo⁽¹⁰⁾.

No contato inicial, a enfermeira deve mostrar-se presente, respeitar crenças, costumes e o modo de vida subjetivo do outro, para que tais ações possam subsidiar a continuidade do cuidado nas demais fases e para que os seres cuidados sintam-se respeitados e valorizados, fortalecendo a possibilidade de sucesso na relação. No entanto, o profissional pode utilizar estratégias que visem ao envolvimento entre os seres e que respondam aos anseios dos sujeitos do cuidado, além de servir como

mecanismos para o alcance das metas propostas pelo pesquisador cuidador.

Ao abordar a aproximação, segunda fase do processo de cuidar, atrelada ao cuidado transpessoal, pode surgir diante do profissional a oportunidade real de estabelecer uma relação de ajuda-confiança por meio da qual será possível identificar as necessidades multidimensionais do ser cuidado e desenvolver um cuidado que se manifeste por meio da presença, da atitude, da música, do toque e até mesmo do silêncio, entre outros⁽¹¹⁾. Mas, para que o cuidado de enfermagem transpessoal seja possível e real, deverá haver um entrelaçamento dos espaços de vida dos envolvidos, em que ocorre a possibilidade do profissional cuidador perceber a subjetividade do outro e vice-versa. Tal acontecimento só será concretizado se os envolvidos no processo participarem de forma genuína e integral⁽¹²⁾.

Com esse olhar, a enfermeira é capaz de perceber aspectos subjetivos do outro, os quais, muitas vezes, não são perceptíveis nem para aquele que os enfrenta. A prática do descuidado de si pode ser um desses aspectos, o qual se mostrou presente em cinco das sete famílias estudadas. Pode-se entender o cuidado de si como um pré-requisito necessário ao cuidado do outro, desde que este não implique a renúncia e a mortificação de quem cuida⁽¹³⁾.

A terceira fase do processo de cuidar e denominada de encontro transpessoal, representa a união, o encontro entre os seres envolvidos na relação, de modo transcendente, intersubjetivo, harmônico e mútuo⁽⁸⁾. Para o alcance do cuidado transpessoal, é importante que a enfermeira faça uso do conhecimento científico adquirido e apreendido no decorrer de sua formação e atuação profissional, mas, que associe a este saber “a consciência, sensibilidade, saber estético, artístico e o conhecimento intuitivo para identificar as necessidades que emergem do ser cuidado”⁽¹⁴⁾.

Para tal, o elemento 6 do processo *clinical caritas* fornece subsídios para o alcance dessa condição, sendo um dos elementos mais prevalentes durante o desenvolvimento desta fase. Outro elemento também bastante presente foi o 10, o que supõe que não existem em nossa mente e na ciência moderna todas as explicações para a vida-morte e para todas as condições humanas que enfrentamos, porém, é preciso que estejamos abertos às indefinições que não podemos controlar e permitir até mesmo um “milagre” em nossas vidas⁽³⁾.

Finalizando o processo, há a separação, momento em que é estabelecido o fim da relação que pode ocorrer com a maturidade das partes envolvidas ou de forma abrupta sem que tenha havido transformação, seja por recuo do cliente, necessidade de maior preparo da enfermeira ou do cliente ou ainda pela necessidade de suporte de outro profissional⁽⁸⁾.

Com relação a este último fato, vale destacar que, para a efetividade do cuidado domiciliar, é fundamental

o trabalho em equipe em que os profissionais e a família desempenhem diferentes papéis e funções, mas, com um mesmo propósito, o bem-estar do cliente⁽¹⁵⁾. Assim, a enfermeira atuante no cuidado domiciliar tem entre suas responsabilidades identificar a demanda de cuidados para outros profissionais, pois o trabalho em equipe torna-se fundamental para a segurança do profissional que está com o cliente naquele momento e do próprio cliente que terá sua necessidade satisfeita⁽¹⁶⁾.

Portanto, o cuidado transpessoal, entendido e alcançado com o desenvolvimento deste estudo, “possibilita um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro, promove a ampliação da capacidade de reestruturação” e é capaz de englobar e valorizar o trinômio corpo-mente-espírito e mudar o foco do cuidado, passando do foco da cura para o de reconstituição e amor⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no processo vivenciado, evidenciaram-se as práticas de cuidados do cuidador familiar e suas demandas e necessidades de cuidado, além da importância da equipe de enfermagem no processo de hospitalização, alta e cuidados domiciliares, bem como as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde.

Pôde-se constatar também que a aproximação com os participantes no período de hospitalização favoreceu os encontros domiciliares, além de propiciar o aprofundamento da relação de cuidar e o alcance do encontro transpessoal. Dessa forma, o processo vivenciado na aplicação dos elementos do processo *clinical caritas* e do processo de cuidar aponta para a necessidade de envolvimento e desejo mútuo entre os seres da relação de cuidar, para que o cuidado transpessoal possa acontecer e sua reconstituição seja alcançada.

Destacou-se ainda a necessidade de uma profunda reflexão a respeito dos aspectos relacionados à formação e à prática da enfermagem, capazes de despertar nos profissionais o cuidar que transcende o corpo físico e envolve o outro na relação de cuidar, além de instrumentalizar o futuro profissional para as particularidades do cuidado domiciliar.

Esse caminhar possibilitou compreender que as ações objetivas do cuidar devem estar aliadas ao cuidado humano, expressivo, de forma que a enfermeira assuma diferente postura ante o cuidador familiar. Foi possível perceber também a inevitabilidade de transformações nas instituições prestadoras de serviços de saúde, para que sejam oferecidas condições ao desenvolvimento do cuidado transpessoal, além de investimentos em pesquisas capazes de aliar o cuidado domiciliar ao cuidado transpessoal na enfermagem e demais profissões da área de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Paganini MC. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. *Cogitare Enferm.* 2000; 5(No Esp):73-82.
2. Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures(PT): Lusociência; 2002.
3. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev. ed. Colorado: University Press of Colorado; 2008.
4. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. Home care of the premature baby. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(1): 24-30.
5. Carvalho M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr.* 2005; 81(1Supl 1): 111-8.
6. Mancusi E, Faro AC. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. *Nursing.* 2000; 3(3): 26-8.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
8. Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. *Cogitare Enferm.* 1997; 2(1):44-9.
9. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.
10. Lacerda MR. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
11. Mathias JJ. Cuidado transpessoal de enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia: um marco referencial [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.
12. Watson J. Nursing: human science and human care – a theory of nursing. Connecticut: Appleton-Century Crofts; 1985.
13. Lunardi VL. A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem. Pelotas: Editora da UFPel; 1999.
14. Fonseca AL, Lacerda MR, Maftum MA. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio do portador de transtorno mental e sua família. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(1):9-15.
15. Alves M, Tavares Araújo M, Moreira Santana D, Loureiro Vieira D. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de home care de Belo Horizonte, Brasil. *Invest Educ Enferm.* 2007; 25(2):96-106.
16. Alves M, Chaves M, Menezes MG, Haussen S, Figueiredo MG. Reflexões sobre a abordagem de time para o trabalho em equipe da enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2004; 8(1):246-50.
17. Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Jean Watson's theory of human caring: a decade of Brazilian publications. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):213-8.