

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**A VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA DOMICILIAR NO CUIDADO
TRANSPESSOAL A FAMILIARES DE NEONATO EGRESSO DE
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

CURITIBA
2009

LUCIANE FAVERO

**A VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA DOMICILIAR NO CUIDADO
TRANSPESSOAL A FAMILIARES DE NEONATO EGRESSO DE
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro
Lacerda
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Verônica de
Azevedo Mazza

CURITIBA
2009

Favero, Luciane

A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva/
Luciane Favero. – Curitiba, 2009.

122f.:il.

Orientadora: Maria Ribeiro Lacerda
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Assistência domiciliar. 2. Teoria de Enfermagem. 3.
Cuidados de Enfermagem. 4. Família. 5. Recém-nascido. I.
Título.

NLM: WY 159

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCIANE FAVERO

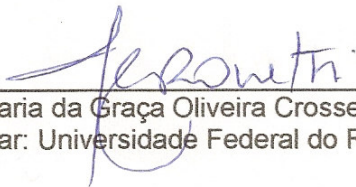
A VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA DOMICILIAR NO CUIDADO TRANSPESSOAL A FAMILIARES DE NEONATO EGRESSO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Membro Titular: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 20 de Novembro de 2009.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor meu Deus, responsável pela vida, que me mostrou o caminho que deveria seguir e nunca me abandonou. Colocou em minha vida e nesta caminhada, que por um lado se finda e por outro apenas se inicia, pessoas amigas, leais e verdadeiras que me auxiliaram a superar os obstáculos. Obrigado por ter me dado forças, ter sido meu porto seguro, ter cuidado de mim e da minha filha, para que eu pudesse alcançar e realizar um dos maiores sonhos que pude sonhar.

Ao meu esposo Oldair, por toda dedicação, compreensão, paciência, carinho, apoio incondicional que me ofereceu, pela ajuda nas atividades da casa, no cuidado a nossa filha e pelo amor demonstrado em todos os momentos. Essa conquista também é sua.

À minha querida e amada Beatriz, tão pequena e tão compreensiva. Peço desculpas pelos momentos em que te disse não, que não era possível atender teu pedido, pois a mamãe tinha que estudar e cumprir com aquilo com que tinha se comprometido. Obrigada pelo carinho, pelos abraços nas madrugadas em que você esperava eu sair do seu quarto para que pudesse então dormir, pela alegria sincera quando eu respondia que naquele dia eu poderia brincar com você. Obrigada por você existir e fazer a minha vida completa e feliz.

À minha família, em especial minha mãe Sueli, que viveu essa caminhada comigo, sofria com a distância e as visitas cada vez menores, agradeço a preocupação e o cuidado de mãe.

Às minhas amigas que compreenderam o quão importante esta fase era para minha vida e souberam respeitar meu momento sem nunca esquecer da amizade que nos une e fortalece.

À Dra. Ana Maria Dyniewicz, pessoa amiga que respeito e admiro, responsável por grandes passos na minha vida profissional, incentivadora da minha escalada rumo ao mestrado. Agradeço todo o aprendizado, todo carinho, incentivo e ajuda que me oferecete desde a criação do Núcleo de Pesquisa Multiprofissional (NUPEM), momento em que nos conhecemos. Eu não teria chegado até aqui sem as tuas valiosas contribuições. Muito obrigada.

Aos meus colegas e amigos do curso de mestrado: Tatiana, Letícia, Juliana, Kriscie, Janislei, Anelise, Karla, Franciele e Márcio, vocês se tornaram parte da minha vida. Juntos rimos muito, choramos também, nos fortalecemos, nos ajudamos e, principalmente, colocamos o cuidado em prática, cuidamos um do outro para podermos cuidar de nós mesmos.

Às minhas orientadoras, Dra. Maria R. Lacerda e Dra. Verônica de A. Mazza, agradeço todos os momentos compartilhados, os ensinamentos recebidos, as lições vividas, o incentivo, o carinho e o cuidado que sempre tiveram comigo.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação, agradeço pelo conhecimento partilhado, pelos momentos de crescimento, pelo carinho, confiança e atenção a mim dispensados no decorrer desta etapa.

Às famílias sujeitos desse estudo, pela confiança depositada, por tão bem me receberem em suas casas e vivenciarem comigo suas histórias, as quais me enriqueceram como profissional e como pessoa.

À equipe de Enfermagem da UTI Neonatal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, em especial, as enfermeiras Priscila, Jeliane e Suely, pela acolhida durante a realização desse estudo.

Às minhas colegas de trabalho, que muito me ajudaram durante esse período, me ouvindo, fortalecendo e contribuindo na solução de dificuldades.

À Universidade Tuiuti do Paraná, em especial à Profa. Msc. Sandra M. Leite, coordenadora do Curso de Enfermagem, pela compreensão, incentivo e auxílio durante a concretização deste sonho.

*"É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver ..."*

Martin Luther King

RESUMO

FAVERO, L. **A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva.** 2009. 119 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda.

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, com objetivo de descrever a vivência da enfermeira domiciliar em cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva. Realizada no período de 2008 a 2009. Os sujeitos foram sete famílias de neonato egresso de unidade de terapia intensiva, selecionados durante o período de hospitalização da criança. A coleta de evidências deu-se por meio de documentos e de registros em arquivo, os quais foram compostos pelos diários de campo e notas metodológicas desenvolvidos durante os encontros hospitalares e domiciliares. Utilizou-se para isso o Processo de Cuidar proposto por Lacerda (1996) nas suas quatro fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação, o qual operacionalizou a aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e os elementos do processo *clinical caritas*. Para a análise das evidências, selecionou-se como estratégia analítica geral proposições teóricas e como estratégias analíticas específicas a adequação ao padrão e síntese dos casos cruzados. Foram realizadas vinte e uma visitas à unidade de terapia intensiva neonatal e trinta e nove encontros domiciliares, totalizando aproximadamente noventa horas de cuidado. A partir do processo vivenciado, evidenciaram-se as práticas de cuidados do cuidador familiar e suas demandas e necessidades de cuidado; a importância da equipe de Enfermagem no processo de hospitalização, alta e cuidados domiciliares; a relação da equipe de saúde neste contexto; fragilidades e potencialidades do sistema de saúde. Pode-se constatar também, que a aproximação com os sujeitos durante o período de hospitalização favoreceu os encontros domiciliares, além de propiciar aprofundar a 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 de Lacerda (1996), aponta para a necessidade de envolvimento e desejo mútuo entre os seres da relação de cuidar, para que o encontro e o cuidado transpessoal possam acontecer e a reconstrução seja alcançada; destaca a necessidade de uma profunda reflexão acerca dos aspectos relacionados à formação e a prática da Enfermagem, capaz de despertar nos profissionais o cuidar que transcende o corpo físico e envolve o ser cuidado 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 precisam 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 das instituições prestadoras de serviços de saúde para que sejam oferecidas condições ao desenvolvimento do cuidado transpessoal de Enfermagem, além de investimentos em pesquisas capazes de aliar o cuidado domiciliar ao cuidado transpessoal na Enfermagem e demais profissões da área de saúde.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Teoria de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Família. Recém-nascido.

ABSTRACT

Qualitative research, case-study type, carried out between 2008 and 2009, which objectified to describe home nurses' experience on transpersonal care to family members of neonates discharged from an intensive care unit. Subjects took up seven families of neonates discharged from an intensive care unit, selected during the hospitalization period. Data collection was held by means of documents and file records which entailed field diaries as well as methodological notes developed during hospital and home encounters. During the data collection, Lacerda's Caring Process (1996) was used in its four steps: initial contact, approach, transpersonal encounter and separation, which operationalize Jean Watson's Transpersonal Care Theory and the elements of the clinical caritas process. As for the evidence analysis, theoretical propositions were selected as general analytical strategy and pattern adequation as well as synthesis of crossover cases as specific analytic strategies. Twenty-one (21) visits were held to the neonatal intensive care unit and thirty-nine (39) home encounters, totaling about 90-hour caring. From the experienced process, home caregivers' caring practices and their demands as well as their caring needs were evidenced; the importance of the nursing team during the hospitalization process, discharge and home caring; the relationship of the health team in this context; shortcomings and potentialities of the health system. It was also evidenced that the subjects' approaching during the hospitalization period fostered the home encounters, besides enabling the closeness of the caring relationship and the scope of the transpersonal encounter. Thus, the experienced process, by applying the elements of the clinical caritas process and Lacerda's caring process (1996), points to the need of involvement and reciprocal wish among the beings in a caring relationship so that the encounter as well as the transpersonal care take place and reconstitution is accomplished; points to the need of deep thinking over the aspects related to nursing education and practice, able to awake, in the professionals, caring beyond the physical body, encompassing the cared being in the caring relationship, besides preparing the future professionals for the home care peculiarities. This path enabled to realize that objective caring actions need to come along with the expressive human caring so that nurses behave differently towards family caregivers. It was also possible to perceive the inevitability of changes in health care providers in order for conditions to develop transpersonal nursing care to be offered, in addition to research investments capable of delivering home care along with transpersonal care in nursing and in the other health professions.

Key words: Home Nursing. Nursing Theory. Nursing Care. Family. Newborn.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA DOMICILIAR NO CUIDADO TRANSPESSOAL A FAMILIARES DE NEONATO EGRESSO DE UTI	89
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVO.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	CUIDADO DOMICILIAR.....	16
2.2	AMBIENTE DOMICILIAR.....	19
2.3	CUIDADO AO CUIDADOR.....	21
2.4	FAMÍLIA.....	23
2.4.1	Ser mãe de filho prematuro internado em UTI.....	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1	APRESENTANDO A TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL.....	33
3.1.1	Processo <i>Clinical Caritas</i>	36
3.2	PROCESSO DE CUIDAR.....	41
4	PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2	LOCAIS DO ESTUDO.....	45
4.3	SUJEITOS DE ESTUDO.....	46
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4.5	COLETA DE EVIDÊNCIAS.....	47
4.6	ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS.....	51
5	DESCRIÇÃO DOS CASOS E ADEQUAÇÃO AO PADRÃO	54
5.1	FAMÍLIA FLORES.....	54
5.2	FAMÍLIA ASTROS LUMINOSOS.....	63
5.3	SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS.....	71
6	REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO VIVIDO	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	113
	ANEXO	122

1 INTRODUÇÃO

Com o avanço tecnológico ocorrido no mundo, a área de saúde passou e ainda passa por modernizações de seus equipamentos e materiais, o que facilita e aprimora o atendimento à população. No entanto, a Enfermagem vem sendo construída ao longo de s

ua história, à luz de uma base humanista de atenção à saúde, buscando significado na existência do ser humano. Através do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da Enfermagem se constrói a partir da relação pessoa a pessoa (PAGANINI, 2000).

Nesse contexto, Watson (2002a) faz um importante alerta de que o papel do cuidar está ameaçado pelo aumento da tecnologia médica e a preservação e o avanço do cuidar é uma questão importante para a Enfermagem no presente e no futuro. E continua afirmando (2008) que o cuidado pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência de cuidado vai além da dimensão biológica, material, é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. Entende desta maneira, que na relação de cuidar, a enfermeira não se encontra só, necessita do outro para que nesta interação o cuidado aconteça. Uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, sendo uma união com a outra pessoa, elevando a consideração pelo todo do outro e pelo seu estar-no-mundo. É a partir da relação transpessoal 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 nesta relação.

O cuidado é a essência da Enfermagem, o foco central e unificador da prática da Enfermagem, e Waldow (2005, 2006) coloca o cuidado na Enfermagem como genuíno e peculiar, não admitindo prescrição, pois é a essência do ser, é sentido, vivido, exercitado.

Com base nessa filosofia de cuidar em Enfermagem, a qual inexistente sem a presença do outro que é percebido como ser único, sagrado e ativo em todo o processo da relação de cuidado, é importante refletir acerca do cuidado oferecido ao recém-nascido (RN) hospitalizado e à sua família, de tal maneira que, a enfermeira e toda a equipe de Enfermagem, ao cuidar do bebê, cuidem também da família, em

especial da mãe, a qual 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, é cuidar de forma transpessoal, olhar para o corpo como uma estrutura única da qual a mente e o espírito fazem parte, promovendo a capacidade de reconstituição, capaz de ultrapassar momentos promotores de dor, sofrimento, separação, angústia e medo.

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. Não são focados, em alguns momentos, aspectos importantes como a presença da família, o cuidado individualizado e até mesmo a valorização das dimensões sócio-culturais dos clientes (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Gaíva e Scochi (2004) afirmam que o cuidado neonatal passa por inúmeras transformações, sendo o advento da inovação tecnológica um condicionante para o aumento da sobrevivência e da possibilidade de um universo mais amplo ao cuidado aos RNs. Essas mudanças atingiram a perspectiva de vida deste ser, e toda uma estrutura de atendimento que extrapola a lógica da racionalidade e da recuperação do corpo anátomo-fisiológico, e passa a preocupar-se com a família e qualidade de vida de pais e bebês, não esquecendo, desta forma, o cuidado humano.

Vale considerar que o atendimento de um RN prematuro (RNPT), para uma enfermeira especialista na área de neonatologia, faz parte de sua rotina de trabalho diário, mas, para a família, esta é uma situação singular. Assim, esta se defronta com inúmeros desafios, seja no ambiente hospitalar ou domiciliar, devido, principalmente, às condições de fragilidade e às diferentes e complexas demandas de cuidados que este bebê requer (MENTRO, 2003).

Apesar dos RNs criticamente doentes e extremamente prematuros sobreviverem devido à alta tecnologia empregada nas UTINs e a novos conhecimentos advindos do avanço científico-tecnológico, sua internação pode resultar em transtornos para as famílias, principalmente devido ao desgaste emocional de lidar com uma criança com risco de morte (CENTA; MOREIRA; PINTO, 2004).

Portanto, é importante e necessário que toda a equipe de profissionais atuantes 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 na sua família. A equipe deve agir integralmente, interagindo com os familiares, estar atenta às suas necessidades, promover conforto, apoio, ensinar e incentivar a participação no cuidado aos seus filhos durante todo o processo de hospitalização. Desse modo, poderão sentir-se cuidados, amparados e preparados durante a hospitalização e, principalmente, para o momento da alta hospitalar.

Para que a equipe multiprofissional, em especial a de Enfermagem, possa atender ao neonato e a sua família de maneira adequada e completa, é necessário que estes profissionais estejam capacitados para as necessidades da família e da criança sob sua responsabilidade e abertos ao cuidado, de forma humana e transpessoal, tanto no espaço hospitalar como no domiciliar.

A aproximação do bebê com a mãe/pai dentro das UTIs neonatais oferece estímulos positivos para a estabilidade e evolução clínica do RNPT, redução no tempo de internação e diminuição das reinternações da criança. Isso se dá devido ao fortalecimento de laços afetivos e melhor preparação dos pais para os cuidados aos filhos, minimizando, desta forma, os custos da atenção e ampliando os benefícios (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Quando esta união, este momento de cuidado ocorre efetivamente, clientes e enfermeiros evoluem na relação, ficam mais próximos, o que pode suavizar as experiências de saúde-doença. Por um lado, o profissional conseguirá atingir seu objetivo de cuidado, e o cliente, mais especificamente os pais, sentir-se-ão cuidados, valorizados e mais seguros para receber e cuidar de seu filho no domicílio a partir da alta hospitalar.

Porquanto, para cuidar do neonato egresso de UTIN em seu domicílio é preciso haver interação com a família e considerá-la como partícipe do cuidado prestado à criança, e também como elemento a ser cuidado (VIERA; MELLO; OLIVEIRA, 2008).

Quando se considera o cuidado domiciliar de Enfermagem ao egresso da terapia intensiva pediátrica ou neonatal, observa-se uma lacuna na prática da Enfermagem Pediátrica frente a essa mudança político-social, no que concerne ao surgimento de um novo grupo infantil com necessidades especiais de alta demanda,

resultantes do suporte terapêutico e avanços tecnológicos implementados nos ambientes de terapia intensiva (ERDTMANN; KOERICH, 2004).

A mudança do espaço público tradicional (hospitais, unidades de saúde) de atenção à saúde da clientela, para o espaço privado (domicílio, lar) está acontecendo rapidamente, e muitas instituições ainda não foram capazes de compreender e regulamentar este processo. No entanto, se o contexto atual aponta para novos espaços, a Enfermagem precisa rever seu modo de cuidar, bem como as formas contratuais exercidas até o momento, para empreender novas possibilidades na sua prática (CRUZ; BARROS; ALVES, 2002).

Refletindo sobre o exposto e em consonância com as recomendações atuais, Martinez, Fonseca e Scochi (2007) consideram que as crianças que nascem prematuramente, ao egressar da unidade neonatal, ainda se encontram em situação de risco. Essas crianças têm mais riscos de morte, de ficarem com sequelas e de necessitarem de alguns cuidados especiais que devem ser aprendidos e realizados pelos pais depois da alta.

Partindo do preceito de que o cuidado neonatal não se limita ao objetivo de garantir a sobrevivência do prematuro extremo até a alta, Carvalho e Gomes (2005) afirmam que o seguimento e o suporte adequado aos bebês e crianças egressos das unidades neonatais são ainda enormes desafios em nosso meio. Porquanto, há necessidade de investir nossas atenções para o momento pós-alta hospitalar, no seguimento dessas crianças em ambulatórios, unidades de saúde e no domicílio, pois conforme um estudo desenvolvido por Escobar *et al.* (1999) já se percebeu que os RNPT têm maior incidência de reinternação do que os RNs a termo. Destacam que as principais causas do retorno dessas crianças às UTINs são devido à icterícia e às dificuldades relacionadas com a alimentação.

Outro fato que justifica a necessidade de acompanhamento dos neonatos egressos de UTIN é que o conhecimento sobre a evolução destas crianças ainda é bastante limitado em nosso meio (MÉIO; LOPES; MORSCH, 2003). Sabe-se que o avanço tecnológico tem propiciado a sobrevivência de bebês extremamente prematuros e de muito baixo peso, mas pouco se sabe sobre a evolução dessas crianças após a alta hospitalar e as necessidades de cuidado vividas pelas suas famílias quando retornam ao seu domicílio.

Durante toda minha vida profissional, atuei em UTIN. Neste período, tenho percebido o ir e vir de famílias e seus filhos nestas unidades. Famílias que com suas

particularidades, apresentam características muito semelhantes entre si, como possuir um pequeno ser hospitalizado em um ambiente impessoal, com barulho, submetido aos cuidados de pessoas desconhecidas e sem laço afetivo familiar. Ao contrário de seus pais, estes profissionais mantêm contato muito próximo com esta criança, e, muitas vezes, veem a família apenas como coadjuvante no processo de hospitalização.

Sempre procurei observar o rosto dos pais durante o primeiro contato com seu filho na UTIN. Alguns se apresentavam confiantes, seguros (ou desejavam que esta imagem fosse realmente percebida, o que escondia todo o nervosismo e ansiedade que enfrentavam); outros, amedrontados pelos sons, pela correria de profissionais de um lado para o outro, com a grande quantidade de crianças naquele ambiente, demonstravam que se sentiam incapazes de reconhecer o próprio filho. Faces cabisbaixas, preocupadas, serenas, em prantos, curiosas, sisudas, enfim, rostos que expressavam o turbilhão de sentimentos e emoções daqueles momentos, fizeram parte do cenário da minha prática profissional.

Durante o processo de hospitalização, que em muitas situações perdurava por meses, o comportamento alterava-se. A tristeza dava lugar à expectativa que se renovava a cada dia, a cada novo encontro, até o sonhado dia da alta hospitalar.

Posso afirmar, com base em oito anos de atuação, mediante observações e indagações por mim realizadas aos pais no momento da alta hospitalar, que a maioria deles se sente despreparada para esse momento. E como agravante, muitas mães não contam com ajuda de companheiros, familiares ou amigos quando retornam aos domicílios.

Também percebia que durante a internação de seus filhos, algumas mães seguram seus bebês no colo pela primeira vez poucos dias antes da alta hospitalar, outras nunca deram um banho em seu filho, não sabem verificar temperatura, trocar fraldas e fornecer complementação alimentar (rotina normalmente comum para bebês prematuros), e é desta maneira que levam estes bebês para casa, com pouca orientação e sem nenhuma experiência prática.

Conhecendo esta realidade e reconhecendo a importância do cuidar de forma transpessoal para a prática de Enfermagem, a questão norteadora deste estudo é: como a enfermeira domiciliar vivencia o cuidado transpessoal à família de neonato egresso de UTI?

1.1 OBJETIVO

Descrever a vivência da enfermeira domiciliar em cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de UTI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com base nos conhecimentos existentes na literatura, abordo, nesta revisão, os conceitos envolvidos no desenvolvimento deste estudo, apresentando o cuidado domiciliar, o ambiente de cuidado e o cuidado ao cuidador, assim como os conceitos de família e suas especificidades de cuidado.

2.1 CUIDADO DOMICILIAR

O cuidado domiciliar é o que se desenvolve com seres humanos, tanto pacientes quanto seus familiares, no contexto de sua residência. Inclui o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação dos clientes, em respostas às suas necessidades e às de seus familiares, o que proporciona efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou também, para pessoas em fase terminal, é capaz de proporcionar uma morte digna junto àqueles que para o cliente são importantes (LACERDA, 1999).

Fonsêca (2004, p. 42) entende que o cuidado de Enfermagem domiciliar é

[...] o conjunto de ações desenvolvidas pela enfermeira, no contexto do seu domicílio, de forma programada e contínua, buscando atender às necessidades que emergem do paciente e da família, compreendendo seus potenciais e suas limitações, com vistas a promover, manter e restaurar a saúde e potencializar a sua independência.

O cuidado domiciliar é uma estratégia da modalidade de atenção domiciliar à saúde, e tal como afirmam Lacerda *et al.* (2006), tem sido amplamente difundido no mundo, e possui como pilares sustentadores o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.

A Anvisa (BRASIL, 2006) define atenção domiciliar como um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. A atenção domiciliar à saúde abrange, desta maneira, o cuidado domiciliar, a internação e a visita domiciliária, que possibilitam a realização e a implementação da atenção domiciliar, de modo que todas as ações possam vir a influenciar o processo saúde-doença das pessoas (LACERDA *et al.*, 2006).

O cuidado domiciliar, também entendido como assistência ou atendimento domiciliar é, segundo a Anvisa (BRASIL, 2006), um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Desta forma, o atendimento domiciliar é definido por Lacerda *et al.* (2006) como

[...] um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente já acometido por uma doença ou seqüela.

Já a internação domiciliar é entendida como um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada (BRASIL, 2006).

Lacerda (1999) coloca que a visita domiciliar é uma estratégia da modalidade da atenção à saúde realizada pelos profissionais e/ou equipe de saúde no domicílio do cliente, com o objetivo de avaliar as demandas exigidas por ele e seus familiares, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano de cuidados, o qual é geralmente programado e com objetivo definido.

A assistência domiciliar, como prática antiga, foi substituída pelo modelo hospitalocêntrico e pelo avanço tecnológico mundial, porém, ressurge como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004). Sendo assim, percebe-se que o cuidado domiciliar está renascendo no contexto brasileiro como um importante campo de atuação para a enfermeira, para o qual são necessários conhecimentos e habilidades que a capacitem para o seu desenvolvimento.

Faz parte do cotidiano da população e de seu imaginário a necessidade de cuidados de saúde atrelados à instituição hospitalar, devido à disponibilidade de amplo aparato tecnológico para dar suporte ao complexo atendimento realizado. Assim, essa forma de atendimento requer um grande contingente de recursos humanos, o que, somado à utilização da tecnologia de ponta, exige altos investimentos financeiros. Nos dias atuais, o cuidado hospitalar sofre algumas alterações que, em parte, decorrem da crescente demanda da população, da desumanização e mecanização do cuidado prestado e dos altos custos gerados por este tipo de internação (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004).

Como alternativa aos problemas explicitados que afligem a maioria das instituições hospitalares credenciadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção domiciliar à saúde desponta como uma opção para a continuidade dos cuidados prestados nesses ambientes e traz possibilidades únicas, caracterizadas por vantagens ao cliente, equipe e família. Dentre essas, a possibilidade do cliente permanecer no seio familiar, cumprir seu papel, receber apoio emocional e afetivo e sentir-se seguro para realizar questionamentos ou fazer inferências. Para a equipe de saúde, o cuidado domiciliar propicia conhecimento dos hábitos e rotina do cliente, seu sistema de crenças, além de ser um local único a oferecer à enfermeira a oportunidade de observar o modo como os demais membros da família, além do cuidador responsável pelo seguimento das atividades de cuidado realizadas ao cliente neste ambiente, enfrentam a situação de doença e como utilizam os recursos de que dispõem (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Ao se referir à clientela pediátrica, mais especificamente à neonatal, culturalmente se elege a mãe como cuidadora responsável. Com a necessidade de internação do bebê em UTI e a sua posterior chegada ao domicílio, demandas de cuidados emergem. Muitos desses cuidados são exclusivos dos profissionais de saúde, e as famílias necessitam aprendê-los para dar continuidade ao cuidado ao RN no domicílio após a alta hospitalar. Porém, na maioria das vezes, as famílias não são acompanhadas ou supervisionadas quanto à correta realização de tais cuidados, prestando-os, em alguns casos, à sua maneira, o que pode resultar no posterior retorno da criança ao ambiente hospitalar.

Percebe-se, então, a importância do acompanhamento no domicílio após a alta hospitalar pela equipe de saúde, principalmente no que se refere à verificação das orientações e cuidados realizados com a criança, evitando a realização inadequada ou a falta de cuidados essenciais.

Os pais, porém, apresentam dificuldades em conseguir cuidado domiciliar especializado em neonatologia, pois, apesar da assistência domiciliar estar ressurgindo com grande força no Brasil, dificuldades ainda são encontradas principalmente no sistema público de saúde, pela falta e gestão de profissionais capacitados, problemas políticos, burocráticos, enfim, de organização do sistema de saúde, favorecendo que os pais se encontrem, muitas vezes, sozinhos nesta difícil tarefa de cuidar de seus filhos egressos de UTIN.

Evidencia-se, com o exposto, que o cuidado domiciliar compreende as ações, sejam educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no domicílio do cliente, direcionadas a ele próprio ou aos seus familiares. Desse modo, abrange tanto atividades simples como as mais complexas, incluindo modalidades de atenção, como a visita e a internação domiciliar (LACERDA *et al.*, 2006).

Para que o profissional possa verdadeiramente cuidar do outro nesta modalidade da atenção à saúde, faz-se necessário o conhecimento, não somente dos aspectos biológicos do cliente e da patologia, mas também do ambiente de cuidado e do contexto que envolve a clientela a ser cuidada.

2.2 AMBIENTE DOMICILIAR

O domicílio entendido por Sena *et al* (2006) como *lócus* do cuidado e cenário de vida é o ambiente do cuidado domiciliar, o qual se sustenta em relações de intersubjetividade, requerendo novas modalidades de comunicação, de acordos e de responsabilidades, de determinadas políticas, econômica, ética e sócio-culturais.

Lacerda (2000, p. 26) entende que o contexto da casa não se reduz ao seu espaço físico, cuja importância é crucial para o desenvolvimento do cuidado e onde, muitas vezes, há necessidade de adaptações frente às demandas de cuidado do cliente e às do cuidador, mas ao contexto, que

[...] deve ser percebido com um significado mais amplo, pois é um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo.

Ao considerar a complexidade de significados que permeia o ambiente domiciliar, o profissional, durante esse cuidado, deve se inserir no ambiente do cliente e de sua família, compartilhando saberes, conhecendo costumes, religião, modo de viver daquelas pessoas.

Lacerda e Oliniski (2003) comentam que a enfermeira, ao adentrar no domicílio do cliente, deva atentar para não impor suas crenças e seus valores, e sim, esforçar-se para inserir-se nele para que, a partir daí, possa desenvolver suas ações e interações com a família. Completam ainda, que a enfermeira observa o contexto

do ambiente, não olhando somente para a doença, mas para os fatores sociais, econômicos, espirituais, culturais, os recursos disponíveis, condições de higiene e segurança, grau de esclarecimento da família e o papel do cuidador, entendendo que esses fatores se relacionam e interferem no processo de saúde-doença do paciente.

O domicílio pode ser considerado um local único para que a enfermeira preste cuidado, levando-se em conta os aspectos econômicos, sociais, afetivos, as questões históricas e as experiências culturais dos familiares, ou seja, os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais do cliente (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004).

Assim, o domicílio apresenta-se como espaço de cuidado de Enfermagem, na medida em que proporciona um cuidado humanizado e sensível, estando o cliente em seu lar e próximo das pessoas com as quais possui laços afetivos, permitindo facilidade de acesso dos familiares, diminuição do risco de infecções, diminuição de despesas ao sistema, visto que diminui internação e libera leitos hospitalares, os quais, na maioria das vezes, encontram-se superlotados e facilita o fortalecimento do vínculo entre pais e filhos.

Cabral, Moraes e Santos (2003) reforçam que o cuidado no domicílio deve ajudar a criança a crescer e a se desenvolver da melhor forma possível, atendendo suas necessidades físicas, espirituais, afetivas e cognitivas com a intenção de evitar o retorno para o ambiente hospitalar e propiciar formas da família implementar maneiras de cuidar que a tornem autônoma do cuidado profissional.

Portanto, o cuidado domiciliar vai além da realização de técnicas e procedimentos com o cliente. Envolve fatores como a empatia, interesse, preocupação, apoio, sensibilidade, ensino e orientação aos cuidadores. Assim, para que o cuidado no domicílio seja efetivo, é fundamental o estabelecimento de forte vínculo com o cuidador familiar, pois dele depende a efetividade do cuidado prestado (LACERDA; OLINISKI, 2003).

Esta relação com o cuidador familiar deve ser ainda mais estreita quando se trata do cuidado domiciliar a bebês, pois são dependentes de cuidados e incapazes de se autocuidar. Assim, a presença do cuidador familiar, geralmente a mãe, é fundamental e imprescindível. É por intermédio deste cuidador que o profissional conseguirá acompanhar as necessidades da família e implementar as ações de cuidados necessárias.

2.3 CUIDADO AO CUIDADOR

Cuidadores são familiares ou pessoas cujas relações são mais afetivas do que contratuais, com grau de parentesco, de amizade ou vizinhança com o cliente que está sendo cuidado (LACERDA, 2000).

Para Soerensen, Mendes e Hayashida (2004) cuidador refere-se a um membro ou alguém próximo à família, leigo ou profissional, que recebe orientações específicas para desenvolver as atividades relativas aos cuidados elementares da pessoa doente. Porém, para a Anvisa (BRASIL, 2006) o cuidador está correlacionado a sua capacidade de auxiliar o cliente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, não contemplando neste conceito as relações afetivas como essenciais, ou seja, a pessoa capacitada com ou sem vínculo familiar.

Para que o cuidado à saúde seja realizado no domicílio, um dos critérios de elegibilidade é a presença de um cuidador familiar que se responsabilize pelos cuidados com o cliente e seja o elo entre família e os profissionais de saúde (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004).

Sendo assim, o cuidador também pode ser um signifiante, o qual conforme Costenaro e Lacerda (2002) é um familiar, amigo, vizinho, colega, compadre, irmão da igreja e outros que são as pessoas mais próximas do cliente e representam o seu ponto de apoio. Ele participa, conhece, informa e responsabiliza-se pela situação presente. Dessa forma, a figura do cuidador familiar é um elemento essencial para a assistência domiciliar, diferentemente do que ocorre na assistência hospitalar, na qual os cuidados são prestados quase exclusivamente pelos profissionais de saúde, visto a configuração dessa forma de atenção (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004).

Vários autores têm descrito que historicamente a mulher é a cuidadora tradicional. Relações ligadas ao gênero como a sensibilidade, ternura, maternagem, delicadeza atrelam à figura da mulher a responsabilidade pelo cuidado da casa, dos filhos, do marido e também do familiar enfermo. Esse cuidado exercido pelas mulheres é fruto de construções históricas e sociais que foram e ainda são determinadas pela divisão sexual do trabalho e perpetuadas pelo modo de produção da sociedade (BUDÓ *et al.*, 2008; BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008; SENA *et al.* 2006; KARSCH, 2003; GAÍVA; FERRIANI, 2001).

Quando o familiar que necessita de cuidados é um bebê, automaticamente remete-se à figura materna, pelos cuidados associados à amamentação, higiene, proteção que todo RN precisa, independente de ter ou não passado por uma UTIN. Porém, não se pode esquecer que a mãe de um egresso de UTIN, muitas vezes, passou por uma gestação complicada, sofreu durante o trabalho de parto e nascimento, esteve presente na internação de seu filho, viu seu bebê imaginário e idealizado ser substituído por um bebê frágil, pequeno, doente e agora é a responsável em prover toda a assistência que a criança precisa, desde os cuidados rotineiros até os mais complexos que ela jamais imaginaria que precisasse aprender.

Cuidar dos pais é um caminho para avançar nos cuidados dos filhos. Uma assistência voltada a eles de forma individual ou coletiva é uma alternativa que pode acontecer dentro do ambiente de uma UTIN ou no domicílio. Vivenciar os sofrimentos, as alegrias, medos, angústia é uma experiência árdua. Compartilhar esses momentos e reconhecer neles um suporte podem ser estratégias desejáveis até que se consiga fazer mais por eles (RAMALHÃO; DUPAS, 2003).

A demanda que o cuidado domiciliar exige do cuidador é um fator relevante porque apenas disposição e boa vontade não são suficientes. São necessários conhecimentos e habilidades com os quais ele não está acostumado e nem preparado para realizar. Essa necessidade constante de cuidados pode levar o cuidador ao cansaço e ao esgotamento. Assim, os familiares necessitam de um profissional (a enfermeira domiciliar é este profissional) para realizar os cuidados necessários, fornecer orientações específicas, avaliar e acompanhar o cliente, além de perceber as necessidades de cuidado do cuidador e intervir sobre elas (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Portanto, para cuidar do cliente e de seus familiares, a enfermeira precisa estar preparada, ter intenção, conhecimento teórico e técnico. Precisa também cuidar dos cuidadores, fator considerado essencial no cuidado domiciliar, pois sem eles o cuidado do cliente não acontece. Desta forma, o trabalho da enfermeira no domicílio consiste em cuidar, ajudar a cuidar, orientar e encaminhar (LACERDA; OLINISKI, 2003).

Para que o cuidado domiciliar ocorra de maneira humanizada, Schossler e Crossetti (2008) afirmam que o cuidador domiciliar deve ser visto pelos profissionais de saúde de forma singular, dentro do contexto do seu domicílio e de sua família, para que este seja sensibilizado para o cuidado de si, possibilitando desta maneira,

as suas escolhas e seu potencial de vir-a-ser, interconectado com tudo e todos que o rodeiam.

Este cuidador domiciliar, ao respeitar a sua subjetividade, seu mundo, seu *self*, poderá aceitar melhor suas escolhas, potencialidades, limitações e criar, desta forma, um espaço para os seus anseios como ser humano, o que refletirá em suas ações de cuidado (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Assim, percebo que escutar, olhar e observar atentamente tornam-se instrumentos de cuidar imprescindíveis para que a equipe de saúde aprenda a compreender os pais com crianças prematuras em suas singularidades. Para tanto, Sales *et al.* (2006) afirmam que é fundamental entrar no mundo do Ser, ver as coisas através de suas concepções e escutar com envolvimento suas experiências. Dessa forma, a Enfermagem torna-se capaz de cuidar autenticamente e atender às reais necessidades de cuidado do cliente e de sua família.

2.4 FAMÍLIA

Ao discutir cuidado domiciliar, faz-se necessário entendimento e clareza quanto à definição de família, visto que esse é um dos focos de atenção do cuidado de Enfermagem desenvolvido neste estudo.

Penna (1992)¹ *apud* Faro (2000, p. 26) apresenta a seguinte compreensão sobre família

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.

A definição citada, ainda que datada da década de 90, aborda a complexidade do termo “família”, extrapolando a concepção de laços consanguíneos para o estabelecimento de relação familiar. Desta forma, considera-se membro da família: um amigo, um vizinho, pessoas que são significantes, que possuem vínculos emocionais, afetivos ou, como afirma Faro (2000), união de pessoas com vínculos,

¹ PENNA, C. M. de M. **Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de Enfermagem a família.** 100f. Dissertação (Mestrado) - Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

interesses, com regras, valores, crenças, deveres e responsabilidades com vistas às suas metas no seu ciclo de vida.

Lacerda (1997, p. 46) define família como

[...] um conjunto de pessoas com vínculos afetivos/efetivos algumas vezes ambíguos. Constituição social que difere cultural e socialmente. Núcleo de convivência de pessoas no qual as necessidades existenciais são providas por seus membros.

Ao seguir tais definições do conceito de família para a realização deste estudo, percebe-se ainda a necessidade de discorrer um pouco sobre o processo de geração de filhos, em especial quando necessitam de hospitalização após o nascimento e como se dá o envolvimento da família nessa condição, para que se possa compreender tais significados no cuidado domiciliar à família que enfrenta tal situação.

A maternidade é uma das experiências mais antigas vivenciadas pelas mulheres, e representa um momento de profundas mudanças físicas e psíquicas capazes de comprometer a saúde do binômio mãe-filho e de toda a família (GARZON; DUPAS, 2001). Um dos enfrentamentos mais comumente vividos pelas famílias, descrito por Tarnowski, Próspero e Elsen (2005) é o momento de gerar os filhos, pois é considerada uma fase vital do núcleo familiar. Esse núcleo tende a sofrer uma transição ao novo papel a ser desempenhado pelo marido e pela esposa com a chegada do bebê, o de ser pai e o de ser mãe.

A literatura reflete a experiência gestacional moderna, em que houve ampliação do foco de atenção, de aspectos puramente físicos para a visão psicossocial da gestação, podendo ser esta uma experiência excitante e gratificante, como também um período de estresse e mudanças abruptas na vida dos futuros pais, tornando-se, desta forma, um desafio para toda a família (MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002).

Acolher as pessoas envolvidas no processo de gestação e em momentos de transição, fornecer-lhes apoio necessário ao enfrentamento de cada etapa é tarefa de suma importância dos profissionais que atuam no processo de parto e nascimento e no cuidado com famílias (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSÉN, 2005).

O acolhimento da gestante e da família deve ser realizado pela equipe multiprofissional, principalmente quando se refere ao nascimento prematuro ou

decorrente de complicações maternas, obstétricas e/ou fetais, momentos em que os pares desta relação necessitam de cuidados e atenção.

A internação hospitalar é vista como algo negativo, que desperta sentimentos variados, desde o alívio em alguns casos, até ameaçador em outros. (FRAGA; PEDRO, 2004). Por essas razões, o cuidado centrado na família que experiencia a chegada dos filhos, exige atenção especial dos profissionais de saúde, pois o momento do nascimento é uma importante fase do ciclo vital familiar, principalmente quando este é prematuramente antecipado por complicações advindas da gestação (ARRUDA; MARCON, 2007; TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSEEN, 2005).

A prematuridade é a principal causa de internação de bebês em UTIN e se o nascimento de uma criança em situações normais traz consigo dificuldades naturais, atribuídas a fatores que envolvem desde o cuidado ao RN, interação entre mãe-bebê e família e a própria adequação da criança ao novo ambiente, o prematuro, além de emergir de maneira inesperada, é percebido pela família como um ser inacabado, fator gerador de insegurança e capaz de desencadear intensas mudanças e transformações na vida de cada um de seus membros (GOMES, 2004; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Em estudo realizado por Tronchin e Tsunehiro (2005), acerca da experiência de tornarem-se pais de prematuro, as autoras puderam identificar que o primeiro contato com o bebê real, no contexto estrutural da UTIN, desencadeou, em vários momentos, reação de choque e estado de incredulidade. Não obstante, a internação represente tristeza e sofrimento, alguns pais e familiares expressam vivências de aprendizado e sentimentos ambíguos ao enfrentarem tal experiência.

Com o passar do tempo de internação hospitalar, eles apresentam alteração dos seus sentimentos. A angústia, o desespero e a negação da situação por eles vivida dão lugar à esperança, à necessidade de aprender a cuidar do bebê pequeno, frágil, e ao mesmo tempo forte e capaz de suportar tal situação adversa, estressora e dolorosa que é uma internação em UTI.

As famílias que têm um RNPT enfrentam uma crise durante o período de hospitalização da criança. Sendo assim, a busca por informações é constante e pode vir acompanhada de sentimentos como a descrença e a negação.

Para Kenner (2001), é necessário fornecer suporte à família durante a permanência do RN no hospital. As informações, juntamente com apoio ofertado

pela equipe multiprofissional, são ações fundamentais de todos os profissionais de saúde que assistem à criança e sua família.

A presença dos pais e significantes favorece a estabilidade clínica do RN e seu processo de crescimento e desenvolvimento, além de possibilitar a interação pais-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo. Sabe-se que a presença constante da família modifica o ambiente da unidade neonatal, insere-os nos cuidados com a criança hospitalizada e prepara-os para a alta do bebê (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

As estatísticas de morbimortalidade e os fatores de risco no processo de crescimento e desenvolvimento de neonatos prematuros, justificam a necessidade de intervenções hospitalares sistematizadas dirigidas ao favorecimento da relação mãe-filho e família, com vistas ao estabelecimento do vínculo e apego, além do treinamento para o desenvolvimento de habilidades maternas para o cuidado domiciliar da criança (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Watson (2002a) enfatiza que a Enfermagem como ciência humana deve ter o seu ponto de partida focado na pessoa. A ênfase deve ser dada na ajuda ao indivíduo para a aquisição de maior conhecimento próprio, autocontrole e preparação para o autocuidado. A enfermeira é coparticipante do processo de cuidar, e o valor é colocado na relação entre a enfermeira e o indivíduo.

Quando Watson institui o processo *clinical caritas* em sua teoria, institui também a palavra amor na relação de cuidar. Trazendo o amor e cuidado juntos, convida para um profundo cuidado transpessoal. A relação entre o amor e o cuidado cria uma abertura para a restauração interna própria e dos outros (WATSON, 2008).

Para tanto, a família necessitará formar vínculos com o seu bebê e também com a equipe de saúde, para que se sinta segura em deixar seu filho aos cuidados desses profissionais, e, também, confortável para realizar questionamentos ou solicitar ajuda quando julgar necessário.

2.4.1 Ser mãe de filho prematuro internado em UTI

A internação do bebê na UTIN é uma situação de crise para toda a família, em especial para a mãe. Esse é um ambiente estranho e assustador, além de que o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho

atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

A UTIN é um local destinado ao atendimento de RNs criticamente enfermos ou que necessitem de suporte tecnológico e de serviços especializados, seja por problemas advindos do momento do nascimento, após ou por alterações sofridas durante seu desenvolvimento intra-útero. Este ambiente é marcado pelo uso de um aparato tecnológico altamente sofisticado e equipe multiprofissional capacitada para o atendimento de RNs de alto risco ou de alta complexidade.

Fraga e Pedro (2004) colocam que o ambiente hospitalar é pouco ou nada atrativo para os pais. Brazelton (1988) afirma que quando um pai entra pela primeira vez na UTIN relata a sensação de que vê este local como uma floresta de equipamentos onde se encontram minúsculos corpinhos quase indistinguíveis como seres humanos, provocando-lhe a sensação de desmaio.

Há necessidade dos pais apreenderem o ambiente, em um processo de assimilação mental que envolve o confronto com as ideias previamente concebidas acerca do ambiente, o enfrentamento do desconhecido, a exploração e a aceitação deste local, até que possa ocorrer a elaboração de conceitos a respeito do ambiente de UTIN (RAMALHÃO; DUPAS, 2003).

Algumas mães descrevem o ambiente da UTIN como um local envolto em tristeza e medo, mas necessário para o tratamento do filho. Com base nas suas características intrínsecas, o ambiente da UTIN carrega consigo um estereótipo e uma ideia de sofrimento. Desta forma, entrar na UTIN significa, muitas vezes, para a mãe, um momento de angústia (FROTA *et al.*, 2007). Ao gerar um filho prematuro, as progenitoras adentram em uma nova realidade que lhes desperta um paradoxo de sentimentos, muitas vezes incompreendidos pelos profissionais da saúde. É preciso compreender que, nesse processo, a mãe também é prematura, devendo ser tratada de forma humanizada, individualizada e diferenciada (SALES *et al.*, 2006).

Percebe-se que as mães demonstram preocupação pela condição de prematuridade por diversos motivos, entre eles, pelo parto inesperado, pelo resultado deste evento, pela experiência nova (nos casos de primeiro parto prematuro) e, principalmente, pelo futuro do seu filho. Esse conjunto pode levar as mães ao estresse, desestabilidade emocional e imensa preocupação com o tempo de permanência da criança no hospital, em especial para as mães que possuem

outros filhos pequenos ou que residem em outras cidades (MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002).

Assim, ao vivenciar o nascimento de um filho prematuro e ao vê-lo internado em uma UTIN, a mãe pode vislumbrar a possibilidade de morte de seu bebê. Essa possibilidade de perda pode favorecer o surgimento de sentimentos de temor ante essa situação (SALES *et al.*, 2006). Para as autoras, compreender esse e outros sentimentos expressados pelas mães é procurar resgatar seu próprio valor moral enquanto seres no mundo, visando sempre atender às suas necessidades e prepará-las para que propiciem ao filho uma qualidade de vida adequada.

No contexto da assistência ao RN, algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas para instrumentalizar o trabalho da equipe e prestar um cuidado integral e humanizado, capaz de auxiliar no enfrentamento destas situações, tais como: liberação de visitas a outros membros da família, permanência dos pais junto ao filho hospitalizado, implementação de grupos de apoio aos familiares, incentivo à participação da mãe nos cuidados ao bebê e na tomada de decisão do tratamento. Desta maneira, ocorre mudança do foco de atenção da equipe de saúde, passando do corpo doente do neonato para o bebê e sua família.

Arruda e Marcon (2007), em estudo realizado com famílias de RNPT egressos de UTIN, levantaram a dificuldade de algumas mães em assumirem a maternidade, explicitando o peso desta condição, principalmente no enfrentamento familiar, divisão de responsabilidades, falta de apoio e insegurança.

Logo após o nascimento, a mulher inicia o puerpério, período em que necessita de ajuda para se adaptar à nova situação fisiológica de nutriz e ao seu novo papel social de mãe. Quando a puérpera é uma adolescente, acrescenta-se a essa necessidade, na maioria dos casos, a inexperiência relacionada aos cuidados dos bebês (MOTTA *et al.*, 2004).

Ainda referindo ao puerpério, Shimo e Nakano (1999) o descrevem como um momento crítico, em que há intensa e rápida modificação, tanto física quanto psíquica, como o retorno do organismo às condições pré-gravídicas, o processo de lactação, o processo de aquisição de um novo papel, o de ser mãe e a imagem corporal, entre outros.

Esse fato é bastante importante e deve ser foco da atenção dos profissionais de saúde que atendem o binômio mãe-bebê, pois ambos necessitam de cuidados e a mãe ainda precisa de orientações para que possa cuidar do seu

bebê e desempenhar a função pela qual preparou-se durante a gestação ou aquele papel imposto e aceito pela sociedade.

Quando a gravidez é desejada e, por algum motivo, o bebê for separado da sua mãe logo após o nascimento, este fato pode desencadear uma crise não esperada. Sentimentos como incompetência, culpa, revolta e frustração por não ter dado à luz ao filho sonhado, acompanhado de angústia, tristeza, medo e esperança, associados à condição especial de saúde do filho hospitalizado, podem contribuir para a dificuldade na formação de vínculo entre mãe e bebê. Portanto, para que laços afetivos possam ser fortalecidos é preciso que a mãe tenha possibilidades de realizar cuidados que, historicamente, são “papéis de mãe”, como trocar fralda, realizar banho, trocar a roupa, amamentar e acarinhar seu bebê.

A interação entre pais e filhos se dá por meio de estímulos táteis, como o toque, contato pele a pele, olhos nos olhos, carícias e auditivos, como a fala e o canto; por isso, o contato frequente e o relacionamento entre pais e filhos são importantes para o estabelecimento do vínculo afetivo (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Quando a criança encontra-se na UTIN, os profissionais de saúde, mais especificamente a equipe de Enfermagem, são responsáveis pela realização de muitos desses cuidados. Dessa forma, os pais veem a criança como “propriedade” do hospital (SHIMO; NAKANO, 1999).

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo, embalá-lo e amamentá-lo pode ser frustrante para a mãe. Muitas se amedrontam ante a possibilidade de tocar e acariciar o bebê dentro da incubadora. Esse medo se justifica pela autoestima afetada, pelo ambiente da UTIN e pela falta de autoconfiança na capacidade de cuidar do filho (SCOCHI *et al.*, 2003).

Nesse sentido, a Enfermagem das unidades neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e bebês, visando estabelecer o vínculo e apego. Deve ter em mente que esse é um processo gradual que pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal (SCOCHI *et al.*, 2003).

O êxito do tratamento e a brevidade do período de internação acontecerão se houver estabelecimento de vínculo afetivo entre os pais e o bebê. O mesmo acontece com a equipe de saúde que presta os cuidados ao RN, tornando a relação

impregnada de sentimentos de amor o que proporcionará respostas compensatórias em termos de bem-estar (FROTA *et al.*, 2007).

Busca-se na relação entre equipe e cliente o cuidado humanizado, cuidado como componente imprescindível para a aproximação entre enfermeiro e cliente. A partir desta união, laços de cuidado devem ser estabelecidos, como, empatia, comprometimento, respeito, cumplicidade, fortalecimento mútuo e restauração ou reconstituição.

Em face dos aspectos que envolvem a díade mãe-filho no cenário da UTIN, entende-se que há necessidade da enfermeira exercitar a comunicação com a família do RN, com ênfase na figura materna, para que os efeitos, porventura causados pelo ambiente da UTIN, sejam minimizados. O cuidado não deve ser direcionado priorizando as condutas técnicas operacionais, mas para o acolhimento, compreensão e participação dos pais nos cuidados necessários à recuperação do filho. Cabe à Enfermagem humanizar esta relação, evitando situações de impessoalidade, tornando-a aliada na busca de uma vivência menos dolorosa e estressante (FROTA *et al.*, 2007).

Nesse sentido, Gaíva e Scochi (2005) acreditam que o acolhimento aos pais desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais, advindas desse período, sejam mais bem aceitas e o sofrimento dos pais reduzido. Acolhimento é entendido como receber e atender os membros da família do bebê, procurando integrá-los ao ambiente; assim, envolve ação física e afetiva.

Percebe-se que o cuidado ao RN em UTIN sofreu mudanças, e o modelo tradicional de cuidado centrado no bebê ou na doença vem cedendo espaço para um modelo que permite a presença dos pais e a incorporação da família no cuidado. Para efetivar essa nova prática, as UTINs têm permitido livre acesso dos pais, além de liberar a permanência contínua deles junto ao bebê hospitalizado, se assim desejarem, proporcionando inclusive, condições para sua acomodação nas unidades (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

No entanto, apesar dos avanços da literatura e o advento da legislação dos direitos da criança, a situação do prematuro não mudou muito. Em alguns hospitais, a visita dos pais/família aos RNs internados ainda é restrita e controlada por normas rígidas e a inserção da mãe no cuidado ao RNPT é limitada. Essa atitude compromete a formação de vínculo, afasta os pais do seu bebê e dificulta o

processo de preparação para o momento da alta hospitalar, em que serão responsáveis pelo cuidado à criança (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Em geral, os estudos sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada estão centrados na participação materna, na representação de que a mulher nasceu para a maternidade, fato compreensível, pois histórica e culturalmente a mulher tem assumido o papel social de responsável pelo cuidado da família (GAÍVA; FERRIANI, 2001, MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Um trabalho realizado por Rabelo *et al.* (2007) refere que as mães almejam o momento da alta hospitalar, porém, quando tal evento finalmente acontece, um turbilhão de sentimentos pode surgir: alegria, alívio, ansiedade, medo (principalmente quanto à necessidade de retorno hospitalar, reinternação) e insegurança frente aos cuidados a serem realizados no domicílio. Esta mesma pesquisa apresenta que as mães não receberam orientações especiais quanto ao cuidado com o RN, limitando-se aos cuidados com higiene, alimentação, administração de medicamentos e retornos às consultas; outras não tiveram nenhum tipo de orientação até o momento da alta hospitalar.

Desta forma, é importante destacar que os pais devem ser preparados para o momento da alta hospitalar desde o início da internação, quando a enfermeira inicia as atividades de aproximação entre família e bebê. Com o passar dos dias e alteração dos sentimentos sentidos pelo susto da hospitalização em UTIN, iniciam-se os cuidados diretos ao RN de maneira gradual e progressiva, respeitando a individualidade e os desejos de cada um, seja a mãe ou o pai.

Quando a alta se aproxima, os pais encontrar-se-ão seguros quanto aos cuidados a serem prestados à criança, pois já vivenciaram suas particularidades durante a internação com a supervisão da equipe de saúde. Tiveram suas dúvidas esclarecidas e puderam observar o cuidado prestado enriquecendo ainda mais seus conhecimentos.

Não é possível que todas as informações referentes aos cuidados e encaminhamentos necessários a um RNPT sejam feitos de uma única vez no momento da alta hospitalar. Este é um instante em que os pais estão embebidos em diversos sentimentos, e muitas orientações podem passar despercebidas.

Levar bebês para casa com peso de aproximadamente 1800 Kg não é tarefa fácil. Os pais sentem-se inseguros por não ter em sua residência o aparato tecnológico e a equipe capacitada de que dispunham na UTIN durante todo o dia

para atender seu bebê. É neste enfoque que o cuidado domiciliar vem ganhando espaço. A necessidade de fortalecimento de vínculo entre pais e bebês, ansiedade gerada pelo processo de nascimento e internação hospitalar e a própria fragilidade de um RN egresso de UTIN, são fatores que impulsionam o avanço desta modalidade de atenção à saúde.

Para o enfrentamento dessa condição, os pais necessitam serem cuidados física, psíquica e espiritualmente por profissionais sensíveis às suas necessidades, capazes de perceber e com disposição de compartilhar esse momento de forma humana e transpessoal.

Entendo o cuidar de forma transpessoal como ir além das minhas necessidades pessoais. É adentrar na relação desprovida de qualquer tipo de julgamento ou pré-conceito, aceitando as diferenças, respeitando as crenças. Ser capaz de promover um cuidado restaurador, em que ao final da relação de cuidado, os envolvidos, cliente e enfermeira, estejam modificados, pois a relação de cuidar foi ampla, intensa e profunda, e é impossível retornar à condição inicial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do Cuidado Transpessoal desenvolvido pela Doutora Jean Watson foi escolhida para compor o referencial teórico deste trabalho devido à identificação pessoal ao conhecer mais profundamente seus propósitos e fundamentos.

Escolhi o cuidado transpessoal de Enfermagem por acreditar que a relação de cuidado não acontece unilateralmente. Ambos os sujeitos dessa relação transformam-se e são transformados durante a concretização da relação de cuidado. Esta forma de cuidar do outro e de cuidar de si, traduz meus valores e crenças pessoais, fazendo parte, mesmo que empiricamente, de toda minha trajetória profissional até este momento.

Cuidar de maneira transpessoal de familiares de neonato egresso de UTI foi a forma que encontrei para coadunar minhas crenças, valores e prática do cuidado de Enfermagem, de forma a contemplar meus anseios e desejos de ir além do biológico, transcender o físico, adentrar na vida do ser cuidado, entender suas particularidades e necessidades de cuidado para, a partir daí, promover ações que pudessem restaurar este ser e me restaurar também, como seres únicos, envolvidos em um mesmo pensamento e com objetivos próximos, capazes de se transformar e construir uma história independente, mas carregando um ao outro consigo para sempre.

Discurso a seguir sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal, abordando conceitos-chaves e mudanças ocorridas nos últimos anos, as quais constituem o eixo central de toda coleta e análise dos dados a que me propus.

3.1 APRESENTANDO A TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

A Teoria do Cuidado Humano foi desenvolvida por Jean Watson entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade do Colorado. A teoria emergiu da visão da teórica sobre a Enfermagem, resultado dos estudos realizados no decorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006; WATSON, 2006).

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. A autora afirma que sua teoria tanto é

ciência como arte, e busca na interrelação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da relação enfermeira e cliente visando o cuidado terapêutico capaz de transcender o físico-material.

Em seu segundo livro, Jean Watson apresenta os avanços na construção de sua teoria, bem como na redefinição dos conceitos utilizados como base de seu trabalho, introduzindo o paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado. Este paradigma enfoca o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co-participação do *self* como um todo (WATSON, 1985, 2002a, 2008).

O cuidar de forma transpessoal é compreendido por Watson (2002a) como o ideal moral da Enfermagem, no qual existe a preocupação máxima com a dignidade e preservação do ser humano. Uma relação transpessoal de cuidar conota uma relação de cuidar especial, uma união com a outra pessoa, considerando o seu todo e seu estar no mundo.

O cuidar pode ter início quando a enfermeira entra no espaço de vida ou campo fenomenológico do outro, sendo capaz de perceber a condição de ser da outra pessoa, sente-a no seu íntimo e responde de tal forma que o receptor liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que desejava libertar há muito tempo, existindo um fluxo subjetivo entre a enfermeira e o cliente (WATSON, 2002a).

O cuidado transpessoal e as transações do cuidar para Watson (2002a) são científicas, profissionais, éticas, estéticas e criativas, comportamentos de dar e receber entre a enfermeira e o cliente, permitindo o contato entre o mundo subjetivo da pessoa que experencia e a enfermeira.

Para a autora, transpessoal refere-se à intersubjetividade da relação enfermeira-cliente, em que a pessoa da enfermeira é influenciada pela pessoa do cliente. Ambos estão presentes no momento e sentem uma união com o outro. Este contato subjetivo tem o potencial de ir além do físico-material ou do mental-emocional, e alcançar o sentido mais elevado do "*self*" espiritual ou do eu alma. O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contato é um processo que transforma, gera e potencializa o processo de *heling*².

O cuidar transpessoal é, portanto, um meio de progresso em que o indivíduo se move em direção a um elevado sentido do ser e de harmonia com sua mente,

² "Termo que significa recomposição, restauração e reconstituição e nunca deve ser entendido como cura" (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 334).

corpo e espírito (WATSON, 2002a). Assim, a autora afirma que o cuidado transpessoal da enfermeira, no qual os sentimentos são libertados, permite que o cliente assimile melhor a condição de seu próprio ser. Tal assimilação pode levar a reorganização do Eu percebido e do Eu experienciado. Ambos estarão numa forma mais unida, acerca do que cada espiritualidade é na sua essência.

Empreender um modelo transpessoal de cuidar envolve transformação. Um eu transpessoal é um eu transformado, para além do ego do *self*, não nega o individual, e não conduz à dissolução de um *self* separado, mas a um eu modificado e interrelacionado com o outro (WATSON, 2002b).

Com base na definição de Watson (2007), o cuidado transpessoal determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro. Este ser está conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, o que a partir de 2005, chama em sua teoria de *Caritas e Communitas*.

A partir da publicação da sua obra em 2005, Jean Watson evoluiu na construção de sua teoria. Ocorreu a substituição dos fatores de cuidado, inicialmente utilizados, pelos elementos do processo *clinical caritas*, e, ao expô-los, amplia seus conceitos. Conforme descrito por Mathias, Zagonel e Lacerda (2006), inclui a sacralidade do ser cuidado, uma conexão do ser humano para um plano que extrapola o concreto e visual e ocorre a proposição do *healing* como reconstituição do ser.

Nesta percepção, ao utilizar “*caritas*” e “*caritas processes*” ou “*clinical caritas*”, Watson (2008) afirma estar invocando intencionalmente a palavra amor, podendo explicitar a conexão entre cuidado e amor. Trazendo amor e cuidado juntos, convida a aprofundar o cuidado transpessoal. A relação entre amor e cuidado cria uma abertura para o *healing* interno de cada um.

O processo *clinical caritas* procura dar maior abertura a esta maneira de cuidar por meio de uma perspectiva integrativa e pós-moderna, transcendendo os modelos estáticos de Enfermagem. Assim, *caritas*, uma palavra de origem latina, significa tratar com carinho, cuidar, afagar, acariciar, apreciar, dar atenção especial, senão amor. Então, atenção conota algo que é muito fino, realmente precioso que necessita ser cultivado e sustentado (WATSON, 2006; WATSON, 2008).

O contexto para se ver o cliente e a enfermeira na Teoria do Cuidado Transpessoal é no momento-a-momento, com os encontros entre as duas pessoas, um evento que implica uma ocasião de cuidar em que ocorrem transações

intersubjetivas do cuidar. Este processo de intersubjetividade é infinito e continuará a expandir-se à medida que o conhecimento e a aproximação aumentam (WATSON, 2002a).

O momento de cuidado é aquele em que o eu da enfermeira se encontra e se une ao eu do cliente, passando a ser um só. Esta união, este encontro provoca alterações permanentes na vida destes dois seres, não somente no presente, mas capaz de ecoar, também, para o futuro. Watson (2002a) afirma que o momento de cuidar torna-se parte da história de vida passada de ambos os seres e possibilita novas oportunidades, como por exemplo, o autoconhecimento.

Nesta teoria, o cuidado transpessoal é aquele que acontece no momento de cuidado, em que os elementos do processo *clinical caritas* são utilizados para operacionalizar, conduzir a enfermeira na efetivação do cuidado transpessoal. Desta forma, o momento do cuidado é o momento em que ocorre o cuidado transpessoal através da aplicação do processo *clinical caritas*, muito mais que um processo de Enfermagem, visto que Watson não o advoga.

Isto é confirmado por Mathias, Zagonel e Lacerda (2006) que apontam a falta de explicação da teórica quanto a um modelo de aplicabilidade, seguindo fases de um processo de Enfermagem como acontece em outras teorias. O que Watson preconiza é que o cuidado transpessoal acontece no momento do cuidado, facilitado/conduzido pela aplicação dos elementos do processo *clinical caritas*.

3.1.1 Processo *Clinical Caritas*

Para Watson (2005; 2006; 2007; 2008) o processo *clinical caritas* é composto por dez elementos de cuidado:

1- Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado

O amor é uma maneira de a enfermeira abrir-se ao outro e com ele estabelecer uma convivência e uma comunhão. Através do amor, o momento de cuidado acontece de forma a ser reconstituído. Neste momento, deve estar presente uma genuína intenção de cuidado e esse cuidado deverá se desenvolver de forma amorosa e gentil (MATHIAS, 2007).

Watson (2008) coloca que a enfermeira não pode sustentar práticas de cuidado e de reconstituição (*healing*) sem estar pessoalmente preparada. Afirma que é irônico a educação e a prática de Enfermagem exigirem tanto conhecimento e habilidade para se fazer o trabalho, mas um esforço muito pequeno é dirigido para desenvolver como “Ser”. Este modelo convida, se não exige, enfermeiras que atendam ao cuidar próprio e práticas que promovam a sua própria evolução da consciência para maior realização em sua vida e trabalho.

2- Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado

A enfermeira, ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o. Ela deve buscar um sentido existencial e de transcendência nesta conexão, envolvendo alma e espírito. Faz-se necessário ir além da ciência moderna, sem se contrapor a ela, mas lhe acrescentando fé e esperança para fortalecer ainda mais a pessoa cuidada diante das diversidades da vida (FONSÊCA, 2004).

A manutenção da fé e o respeito à crença do outro são elementos essenciais para a conexão entre enfermeira e cliente. Assim, deve-se instilar fé e esperança como forma de aumentar as capacidades imanes do ser (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006). Este elemento homenageia o sistema de crenças da enfermeira, convidando-a a se conectar quando há necessidade de fé e de esperança para inspirar-se. “Todos nós precisamos de fé e de esperança para nos conduzir através das vicissitudes (metamorfoses), idas e voltas da existência humana no plano terrestre.” (WATSON, 2008, p. 62).

3- Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego

Para o desenvolvimento do cuidado transpessoal, faz-se necessárias práticas de evolução do próprio ser, estando em consonância com o desenvolvimento de todo o universo.

Watson (2008) enfatiza este elemento como sendo a ordem maior da prática profissional apontando a necessidade constante do aprendizado e afirma a necessidade de, continuamente, aprender e ensinar esse princípio aos outros. Neste *Caritas Processes*, ou neste elemento do processo, ela retorna ao primeiro elemento, levando então naturalmente a uma prática espiritual que se torna

transpessoal. Um processo como este nos conecta a uma fonte que é superior ao ego.

4- Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança

Estar presente de forma integral, escutar e perceber o que o outro tem a dizer, estabelecer uma percepção que vai além dos sentidos, de forma empática, aprofundar o conhecimento do outro com isenção de julgamentos e preconceitos, com profundo respeito e sensibilidade e compreender a possibilidade de falha do ser humano fará com que a enfermeira seja capaz de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda-confiança (MATHIAS, 2007).

Desenvolver uma relação autêntica de cuidado requer, além de um momento de cuidado capaz de contemplar a unidade total da pessoa (mente-corpo-espírito), competências para um cuidado humano ontológico e não técnico por si só (WATSON, 2008).

5- Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada

As emoções e os sentimentos que as representam fazem parte do perceber-se, sentir-se e pensar do homem e devem ser expressas e valorizadas em cada situação, seja essa emoção positiva ou negativa. Sentimentos existem e são bem vindos, entretanto, um sentimento negativo não deve se transformar na tônica da vida da pessoa, pois nesse caso se transforma em gerador de desequilíbrio, podendo advir a doença. À enfermeira cabe utilizar essa expressão para ajudar o outro a fortalecer a reconstituição de si mesmo (MATHIAS, 2007).

Quando um dos envolvidos no processo de cuidar é capaz, graças a sua consciência *caritas*, de entrar no espaço da vida do outro e conectar-se com a vida interior subjetiva, está se unindo com o mais profundo espírito do seu *self* e do outro. Esta é a base para um momento de cuidado transpessoal e uma relação de reconstituição (WATSON, 2008).

6- Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição (*healing*)

É importante para a enfermeira, em seu cuidado, lançar mão não só do conhecimento científico apreendido no mundo acadêmico, mas também de sua intuição, senso comum, conhecimento estético, ético, pessoal, religioso e de suas experiências de vida. Algumas outras modalidades de cuidado podem ser acionadas, como por exemplo, o toque terapêutico, que utilizado como um estímulo na pele pode ter um efeito altamente renovador e benéfico (MATHIAS, 2007).

A evolução ocorrida na teoria desde 1979, mostra que a enfermeira “*caritas*” celebra o processo de cuidar como um processo criativo, intuitivo, estético, ético, pessoal e até mesmo espiritual, bem como um processo profissional técnico-empírico (WATSON, 2008).

7- Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro

Mathias (2007) descreve que ao estabelecer a verdadeira conexão com o ser cuidado deve-se preocupar com as formas alternativas de reconhecer suas próprias necessidades e exercer o autoconhecimento de suas capacidades. Para tanto, deve-se ter em mente a vivência do outro ser como ponto de partida e respeitar suas limitações. Esse fato leva ao crescimento e aprendizagem de ambos os seres envolvidos, o que ultrapassará o ensinar como ainda é conhecido, devendo verdadeiramente promover mudanças de comportamento.

Watson (2008, p. 125) afirma que

Aprender é mais do que receber informações, fatos, ou dados. Envolve um significado, que está confiado na relação intersubjetiva; a natureza da relação, bem como a forma e o contexto do ensino afetam o processo.

Afirma ainda que tanto o conteúdo como a disponibilidade do cliente para receber as informações são variáveis críticas. O significado que cada conteúdo tem para a pessoa, afeta sua capacidade de receber e processar as informações. O processo de ensino torna-se genuinamente transpessoal, em que a experiência, a relação, o significado e importância da experiência afetam ambas as partes dentro do encontro do ensino.

8- Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados

A enfermeira deve entender que os fatores externos do ambiente são capazes de proporcionar um clima de envolvimento e intimidade necessários para o desenvolvimento do cuidado, como: conforto, segurança, comodidade, além de ser limpo e saudável. Deve atentar também para o fato de que o ser humano está em constante conexão com o cosmos e as leis da natureza, portanto, conforme afirma Mathias (2007), energias que trazem sensação de leveza fazem bem e o ambiente e as energias que dele emanam são importantes coadjuvantes na reconstituição.

9- Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado

Nesse elemento deve ser ressaltado que o ser representa o espírito de um corpo em evolução espiritual e esse fato diz respeito à existência de necessidades básicas ou de sobrevivência relacionadas ao corpo físico e necessidades espirituais que se fazem presentes. Porém, essa unidade que representa o ser não pode ter satisfeitas apenas suas necessidades básicas. Dessa forma, caberá à enfermeira percebê-lo na totalidade de suas necessidades e na totalidade da conexão da mente-corpo-espírito ao cosmos (MATHIAS, 2007).

Watson (2005) diz que no modelo da ciência do cuidado, é preciso lembrarmos-nos de que somos todos feitos de espírito, ligados a, e pertencentes ao infinito do cosmos e ao universo, antes de separarmos-nos como indivíduos.

Continua colocando que um dos privilégios da Enfermagem e seu papel na interação com a humanidade é a de que os enfermeiros têm acesso ao corpo humano. Os enfermeiros têm a honra de ajudar outras pessoas a gratificar as suas mais básicas necessidades humanas, especialmente quando se encontram vulneráveis. Parece que em algum lugar ao longo do caminho a Enfermagem desviou este contexto e se esqueceu de que uma das maiores honras que podemos ter é a de cuidar de outra pessoa quando em necessidade. É a derradeira contribuição à sociedade e às necessidades das populações humanas - um dom para a civilização.

10- Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Mathias (2007, p. 55) descreve este elemento da seguinte maneira

Reconhecer-se como um ser em evolução, praticar essa evolução, despertando em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, a complexidade dos seres e o insondável do universo com seus mistérios sem respostas.

Watson (2008) coloca que este elemento originalmente advindo do fator de cuidado número 10 descrito em seu primeiro livro em 1979, é talvez o elemento mais difícil das pessoas entenderem, em parte devido à linguagem e aos termos utilizados.

Dessa forma, coloca

A única coisa que estou tentando dizer é que em nossa mente racional e na ciência moderna não existem todas as respostas para a vida e a morte e todas as condições humanas que enfrentamos; assim, temos que estar abertos as indefinições que não podemos controlar, permitindo até mesmo o que pode se considerar um 'milagre' para a nossa vida (WATSON, 2008, p. 191).

Este processo também percebe o mundo subjetivo das nossas experiências internas de vida e as experiências dos outros, sendo estas, em última instância, um fenômeno, um mistério afetado por muitos fatores que não podem nunca ser totalmente explicados (WATSON, 2008).

Desta maneira, tendo como base o referencial teórico descrito e as limitações impostas para a sua aplicabilidade, no que se refere a falta de um processo de Enfermagem que o operacionalize, apresento o processo de cuidar proposto por Lacerda (1996) que irá instrumentalizar a aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal proposto pela Dra. Jean Watson.

3.2 PROCESSO DE CUIDAR

Lacerda (1996) entende o processo de cuidar como a maneira com que a enfermeira realiza seus cuidados, como acredita naquilo que faz, como se coloca

nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza o cuidado, utilizando-se das mais diversas formas de expressão.

O processo de cuidar desenvolvido pela autora é composto por quatro fases, em que o cuidado de Enfermagem transpessoal é dirigido ao cliente e sua família. Tais fases serão descritas em separado, porém acontecem dinamicamente. São elas: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação (LACERDA, 1996, p. 33-36).

CONTATO INICIAL= caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira, cliente e família. A cada novo olhar ou ouvir, novas descobertas ocorrem. Neste momento, há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar. É neste momento que são consideradas a história de vida de cada um. É aquele olho no olho, querer e ao mesmo tempo temer seguindo sempre a intuição, é ser verdadeiro.

APROXIMAÇÃO= Nesta fase, a relação já evoluiu, “os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união” (LACERDA, 1996, p. 33). A autora afirma ainda, que nesta fase os envolvidos caminham para que suas almas e espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados.

ENCONTRO TRANSPESSOAL= ocasião em que ocorre a relação transpessoal, em que enfermeira e cliente transcendem cada um, não sendo mais dois e sim apenas um. “Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar juntos em harmonia e mutualidade” (LACERDA, 1996, p. 34). “A enfermeira após viver esta experiência de união dos *se/ves* sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal” (LACERDA, 1996, p. 35).

SEPARAÇÃO= esta fase conota a maturidade das partes envolvidas (enfermeira, cliente, família), em que as conotações subjetivas se modificam e partem regeneradas e enriquecidas com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida. A enfermeira e o cliente se libertam do vínculo estabelecido, pois cada um atingiu seus objetivos. Porém, a separação pode ocorrer de forma abrupta, sem que tenha ocorrido transformação, seja por recuo do cliente, ou pela necessidade de maior preparo por parte da enfermeira ou do cliente, ou também pela necessidade de suporte de outro profissional.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que descreve a vivência da enfermeira domiciliar em cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de UTI.

Creswell (2007) citando Rossman e Rallis (1998)³ destaca que a pesquisa qualitativa ocorre em um cenário natural, em que o pesquisador sempre vai até o local onde está o participante para realizar a pesquisa. Isso lhe permite desenvolver detalhes sobre a pessoa ou sobre o local e estar envolvido nas experiências reais dos participantes.

A pesquisa qualitativa utiliza múltiplos métodos de coleta de dados, os quais cada vez mais envolvem participação ativa e sensibilidade dos participantes do estudo. Os pesquisadores desse tipo de pesquisa buscam o envolvimento dos sujeitos na coleta de dados e tentam estabelecer harmonia e credibilidade com as pessoas no estudo (ROSSMAN; RALLIS, 1998 *apud* CRESWELL, 2007).

Os elementos do delineamento deste tipo de estudo evoluem durante o desenvolvimento do projeto, não estando pré-elaborados. O pesquisador qualitativo examina e interpreta os dados continuamente e toma decisões sobre como prosseguir, com base no que já foi descoberto. Mas, embora as decisões não sejam especificadas antecipadamente, normalmente o pesquisador prevê o planejamento que pode sustentar o delineamento emergente. Assim, ele planeja em vista de várias circunstâncias, mas as decisões práticas só podem ser tomadas à medida que o contexto e as interações são mais bem entendidas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 123) “a pesquisa qualitativa combina a natureza científica e artística da Enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana.”

O estudo de caso representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle

³ ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. **Learning in the field**: an introduction to qualitative research. Thousand Oaks, C A: Sage, 1998.

sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos inseridos no contexto da vida real (YIN, 2005). Desta forma, o autor afirma que a necessidade pelos estudos de caso surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos, o que permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real.

Assim, Yin (2005, p. 32) propõe uma definição técnica de estudo de caso

[...] é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O método de estudo de caso deve ser usado quando se deseja lidar com condições contextuais e se acredita que elas poderiam ser pertinentes ao fenômeno sob investigação (YIN, 2005). É uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais e consiste em estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (Gil, 2007).

O estudo de caso utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações, as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. É útil para produzir conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados (MINAYO, 2007).

As pesquisas do tipo estudo de caso podem ser classificadas em explanatórias, exploratórias e descritivas. Para Yin (2005), nas pesquisas explanatórias (ou causais) o pesquisador tenta determinar a ligação entre dois ou mais fenômenos, tentando explicar sua causa, por exemplo, se o evento “x” levou ao evento “y” ou se teve um evento “z” relacionado. Nas pesquisas exploratórias, o pesquisador explora determinado fenômeno e na descritiva, a qual este trabalho se refere, descreve o fenômeno sob pesquisa.

As pesquisas que utilizam o método do estudo de caso podem ser projetos de caso único ou de casos múltiplos. Para esta pesquisa foram utilizados múltiplos casos.

Os projetos de casos múltiplos apresentam vantagens e desvantagens em comparação aos projetos de caso único. Yin (2005) citando Herriott e Firestone (1983)⁴ coloca que as evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas

⁴ HERRIOTT, R. E.; FIRESTONE, W. A. Multisite qualitative policy research: optimizing description and generalizability. **Educational Researcher**. v. 12, p. 14-19, 1983.

mais convincentes, e o trabalho como um todo é visto como algo mais robusto. Como desvantagem, Yin (2005) descreve que o fundamento lógico para projetos de caso único não podem ser satisfeitos por casos múltiplos e que estes demandam maior tempo do pesquisador, independente destes possuírem ou não.

Yin (2005) aborda que a preparação do pesquisador para a realização de um estudo de caso deve envolver habilidades prévias (capaz de formular boas perguntas e interpretar as respostas, ser um bom ouvinte, ser adaptável e flexível, ter noção clara das questões que estão sendo estudadas e deve ser imparcial em relação a noções preconcebidas, sensível e atento a provas contraditórias), treinamento e preparação para o estudo de caso específico, desenvolvimento de um protocolo, triagem dos possíveis estudos de caso e condução de um estudo de caso piloto.

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois locais distintos, sendo um deles a UTIN de um hospital geral, privado e de caráter filantrópico, referência para gestação de alto risco, localizado no município de Curitiba, e o outro local foi o domicílio dos sujeitos da pesquisa.

A Instituição hospitalar não conta com UTI pediátrica, desta forma, as crianças ficam internadas na UTIN até o momento de sua alta para o alojamento conjunto ou diretamente para o domicílio. Neste espaço, selecionei os sujeitos da pesquisa e iniciei o contato inicial com os participantes, primeiro passo do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996).

Quanto aos ambientes domiciliares, um grupo de famílias possuía domicílios próprios, com boas condições de moradia, entre eles: um apartamento com dois quartos, sala, cozinha e banheiro; um sobrado com seis cômodos, ambos de alvenaria e uma casa de madeira inacabada com quatro ambientes. Outro grupo familiar não possuía casa própria e moravam nas seguintes condições: uma casa de madeira alugada de quatro cômodos, que era dividida com outros dois membros da família; duas casas emprestadas, sendo que uma delas era conjugada e dividida com outras duas famílias e a outra era um depósito localizado em um barracão de separação de lixo reciclável, local insalubre com a presença de insetos e roedores. Havia ainda um último domicílio, uma construção irregular, localizado em uma área

de invasão, próximo à linha férrea, desprovido de saneamento básico, luz elétrica ou água encanada. Os locais eram distantes um dos outros e foi possível abranger sete bairros distintos do município de Curitiba (Sítio Cercado, São Braz, Centenário, Boqueirão, Tatuquara, Capão Raso e Campo Comprido). Nestes locais aconteceram os demais passos do processo de cuidar de Lacerda (1996) e a efetivação da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para a seleção dos prováveis sujeitos, realizei visitas à UTIN daquela instituição hospitalar, com o intuito de conhecer e me aproximar de famílias que vivenciavam a internação de um neonato e que preenchessem os seguintes critérios de inclusão:

- Ser pai, mãe ou familiar de neonato egresso, maior de 18 anos, e que experienciam pela primeira vez o internamento de um filho em UTI;
- Ser residente no município de Curitiba;
- Aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Neonatos com maior nível de complexidade que necessitassem de cuidados específicos no domicílio, com consequente aumento da exigência da família nos cuidados pós-alta hospitalar.

Compreendo como maior nível de complexidade para a realização deste estudo, as crianças que utilizam dispositivos, tais como: cateteres venosos implantados, traqueostomia, sondas (vesicais, gástricas, enterais ou de gastrostomia) ou oxigenioterapia sob alguma forma (oxigênio inalatório, cateter ou máscara de oxigênio), entre outros, os quais demandam a necessidade de cuidados específicos a serem realizados, normalmente pela família, quando em uso contínuo pela criança após a alta hospitalar.

Com base nessas delimitações, foram selecionadas e acompanhadas, 13 famílias durante a internação hospitalar dos RNs. Destas, sete preencheram os critérios de inclusão preestabelecidos e tornaram-se sujeitos do estudo. Seis famílias foram excluídas pelas seguintes razões: duas crianças foram levadas por suas mães, após a alta hospitalar, para a casa de parentes domiciliados em cidades da

região metropolitana, motivo que inviabilizava as visitas domiciliares; uma mãe não compareceu à unidade durante o período de visitas, e a criança foi liberada para familiares (tios), os quais também não residiam no município de Curitiba; três crianças foram a óbito durante a internação hospitalar, enquanto eram acompanhadas.

Foram envolvidos no cuidado transpessoal ocorrido no domicílio, os seguintes membros das famílias sujeitos do estudo: sete mães de neonato egresso de UTIN, três pais, quatro irmãos, duas avós maternas, um primo e duas crianças filhas de uma vizinha, além dos sete neonatos, totalizando 26 pessoas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa passou por apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, sendo aprovado no dia 17 de Setembro de 2008, sob o protocolo número 5641/08 (ANEXO).

Os sujeitos assinaram ainda o TCLE (APÊNDICE I) com base na Resolução 196/96 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre os métodos de coleta de dados, concordando em participar voluntária e anonimamente do estudo.

Da mesma forma, o manuseio do prontuário e demais documentos do cliente, tanto no ambiente hospitalar como no domiciliar, seguiram as exigências descritas na referida Resolução.

4.5 COLETA DE EVIDÊNCIAS

O termo evidências é utilizado por Yin (2005) para referir-se a todos os dados de pesquisa que possam ser coletáveis e analisáveis. Assim, ao seguir a proposta metodológica delineada por tal autor, utilizo, em respeito a esse, a palavra evidências para me referir aos dados coletados e analisados nesse estudo; entretanto eles também poderiam ser nomeados como coleta ou levantamento de dados.

Para a realização da coleta de evidências, Yin (2005) descreve seis fontes distintas que podem ser utilizadas para esta finalidade. São elas: documentos,

registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Além da importância das fontes, alguns princípios são importantes para o trabalho de coleta de dados na realização de estudos de caso: a utilização de várias fontes de evidências (evidências provenientes de duas ou mais fontes); utilização de um banco de dados (notas e documentos para o estudo, tabelas, entre outros, que devem revelar as evidências reais e indicar as circunstâncias sob as quais as evidências foram coletadas); um encadeamento de evidências, ou seja, ligações entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões obtidas (YIN, 2005). Assim, para a coleta de evidências neste estudo, foram utilizados documentos e registros em arquivo.

Os documentos foram compostos pelas fichas de nascimento do RN, ficha de admissão na UTIN, evolução clínica e de Enfermagem, carteirinha de vacinação, resumo de alta, encaminhamentos e receita médica para a alta hospitalar.

Segundo YIN (2005), as informações documentais são relevantes a todos os tópicos do estudo de caso. O uso mais importante de documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.

Já os registros em arquivo foram compostos pelos diários de campo e notas metodológicas emergidas após cada encontro domiciliar, os quais, posteriormente, subsidiaram o relatório de descrição de cada caso, aspecto que será abordado em outro momento.

Yin (2005) considera os diários, anotações e agendas como registros pessoais e entende que tais registros podem ser utilizados em conjunto com outras fontes de informação ao se produzir um estudo de caso e considera esse tipo de fonte como forma de coleta de evidências, denominando-a de registros em arquivo.

Inicialmente, a coleta de dados aconteceu a partir dos dados obtidos nos documentos mencionados, momento em que o iniciei o processo de cuidar proposto por Lacerda (1996). O contato inicial ocorreu com os pais dos RNs ainda internados na UTIN, período em que aconteceram os primeiros contatos com as famílias, as apresentações pessoais e dos objetivos do trabalho, além do convite a participação no mesmo.

Seguindo orientação proposta por Yin (2005), desenvolvi um teste piloto com uma família de neonato egresso de UTI. Este caso contemplava todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos para este estudo e fazia parte do local

destinado para a seleção dos sujeitos. A família foi acompanhada durante aproximadamente cinco meses, período em que foram realizados sete encontros no domicílio do sujeito em questão.

A partir da realização deste pré-teste, pude ampliar meus conhecimentos, visto que minha experiência profissional era apenas em ambiente fechado, como enfermeira dentro das unidades de terapia intensiva neonatais. Não tinha contato com a família em outro ambiente. A realização do teste piloto foi uma das estratégias utilizadas na tentativa de aproximação com a temática do cuidado domiciliar e com o referencial teórico proposto. Embora cada sujeito se comporte de maneira individual, o contexto domiciliar, as especificidades do cuidado domiciliar e a necessidade de cuidar do cuidador são aspectos importantes que pude contemplar durante este momento.

Após este momento, iniciei o acompanhamento das famílias na UTIN durante um período de quatro meses, iniciado em Outubro de 2008 e finalizado em Fevereiro de 2009. Durante este período os encontros aconteciam duas vezes por semana, até o mês de Dezembro de 2008, com média de uma hora e trinta minutos de duração cada um. A partir de Janeiro, os encontros passaram a ser semanais e quinzenais no último mês de visitas à UTIN, totalizando 21 visitas àquela unidade e cerca de 32 horas de cuidado.

Após a aceitação e formalizações éticas, agendei a primeira visita domiciliar, a qual possibilitou a aplicação e desenvolvimento dos demais passos do processo de cuidar de Lacerda (1996).

Os encontros domiciliares ocorreram, em média, em seis vezes, com duração média de uma hora e trinta minutos, com um intervalo de nove dias em geral entre eles. Os dias e horários foram acordados com os sujeitos e para o agendamento destes utilizei o contato telefônico. Tentava manter regularidade entre os encontros para, desta forma, possibilitar aproximação e formação de vínculos com os sujeitos. Ao término de cada encontro, o próximo era previamente agendado com base nas necessidades e desejos da família, sempre esclarecendo que esses se sentissem livres para me procurar caso houvesse necessidade de mudança ou antecipação do próximo encontro. Sendo assim, 39 encontros domiciliares e aproximadamente 60 horas de cuidado no domicílio foram necessários para o desenvolvimento deste estudo.

Para registro dos encontros e posterior análise, foram confeccionados diários de campo e realizados os registros de notas metodológicas.

Diário de campo:

É um instrumento de trabalho que deve se esgotar no relatório final ou no trabalho publicado, composto de notas, lembretes, desenvolvimentos de imagens, ideias, experiências, desejos e sonhos, ficando longe dos rigores metodológicos ou teóricos. Não fornece tudo da vivência de quem o escreveu. É somente um traço. (CALDAS, 1997).

Como não é elaborado para um leitor, é espontâneo, não representa um pensar endurecido. Normalmente o *Diário de Campo* não faz parte do texto final, por ser parcial, por conter a individualidade da fala do pesquisador antes de ser moldada pelo processo teórico (CALDAS, 1997).

Outros autores colocam que é um relato do que sucede diariamente em relação à pesquisa, como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações, ou seja, ocorrências consideradas importantes pelo pesquisador. Chamado, também, de notas do diário (SCHATZMAN; STRAUSS, 1973⁵ *apud* TRENTINI; PAIM, 1999).

Triviños (1987) expõe que “anotações de campo” podem ser entendidas como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as e fazendo comentários sobre elas.

Notas metodológicas:

As notas metodológicas correspondem ao registro da metodologia utilizada para a coleta dos dados, e mostram as dificuldades surgidas e as decisões tomadas para resolvê-las (ERDTMANN; KOERICH, 2004). É um relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta das informações (SCHATZMAN; STRAUSS, 1973 *apud* TRENTINI; PAIM, 1999).

Dessa forma, após cada encontro, elaborava o diário de campo e as notas metodológicas utilizadas naquela visita. Os diários continham, ainda, a descrição das fases do Processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), as quais acontecem simultaneamente, o que torna difícil a tarefa de separar o término e início de cada uma das etapas. Por questões didáticas, no entanto, são descritas separadamente e

⁵ SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. L. **Field research**: strategies for a natural sociology. New Jersey: Privity- Hall, 1973.

os elementos do processo *clinical caritas* descritos por Watson (2005) e aplicados com os sujeitos do estudo.

A partir do alcance do encontro transpessoal, partia para o processo de separação e finalização do processo, até que ocorresse a saturação dos dados e nenhuma nova informação fosse acrescida ao estudo.

Apresento, a seguir, como se procedeu a análise das evidências encontradas, e, logo após, a descrição de alguns casos e resultados obtidos após o cruzamento dos dados.

4.6 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

Para a análise das evidências, Yin (2005) propõe duas estratégias de análise distintas, uma denominada de estratégia analítica geral e outra de estratégia analítica específica, conforme o delineamento da pesquisa. Assim, afirma que cada estudo de caso deve se esforçar para ter uma estratégia analítica geral, estabelecendo prioridades do que deve ser analisado e por que. Diz ainda que qualquer uma das estratégias gerais pode ser usada na aplicação de técnicas específicas para analisar os estudo de caso.

A estratégia ajuda a considerar as evidências de forma justa, produzir conclusões analíticas convincentes, eliminar interpretações alternativas, usar ferramentas e fazer manipulações de forma eficaz e eficiente. É importante realizar essa escolha antes de coletar os dados, para que se possa certificar-se de que eles serão analisáveis (YIN, 2005).

O autor descreve três tipos de estratégias analíticas gerais: baseando-se em proposições teóricas, pensando sobre explicações concorrentes e desenvolvendo uma descrição de caso.

Neste estudo, a estratégia geral para análise das evidências é “baseando-se em proposições teóricas”, que segundo Yin (2005) é a preferida, pois segue as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso. Os objetivos e o projeto originais do estudo pautaram-se em proposições que, por sua vez, refletiam o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas proposições que poderiam surgir.

A proposição ajuda a pôr em foco, certos dados e ignorar outros. Também ajuda a organizar todo o estudo de caso. As proposições teóricas sobre relações

causais (respostas a questões do tipo “como” e “por que”) podem ser muito úteis para orientar a análise do estudo de caso dessa maneira (YIN, 2005).

Neste trabalho, as proposições utilizadas foram o processo de cuidar de Lacerda (1996) e os elementos do processo *clinical caritas*. Assim, todas as proposições pautaram-se na Teoria do Cuidado Transpessoal desenvolvida por Jean Watson.

A estratégia analítica geral fundamenta as técnicas analíticas específicas que serão utilizadas para analisar os dados do estudo de caso. Yin (2005) coloca que existem cinco técnicas analíticas específicas: adequação ao padrão, construção da explanação, análise de séries temporais, modelos lógicos e síntese de casos cruzados.

Para o desenvolvimento do presente estudo, optei pela utilização das técnicas analíticas específicas de adequação ao padrão e de síntese de casos cruzados, ambas podendo ser utilizadas em análises de estudos de casos múltiplos.

Yin (2005) descreve que estabelecida uma estratégia geral, podem ser utilizadas várias estratégias analíticas específicas. Para todas estas, deve-se aplicar uma lógica de replicação se o estudo envolver casos múltiplos, obtendo-se validade externa.

Por adequação ao padrão, entende-se que se compara um padrão fundamentalmente empírico com outro de base prognóstica. Se os padrões coincidirem, os resultados podem ajudar o estudo de caso a reforçar sua validade interna (TROCHIM, 1989⁶ *apud* Yin, 2005).

Dessa forma, a adequação ao padrão consiste em ajustar as evidências coletadas a um padrão. No caso deste estudo, o padrão refere-se ao Processo de Cuidar proposto por Lacerda (1996) o qual, juntamente com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, fundamentam a coleta e análise dos dados e compõe o referencial teórico desta obra.

Já a “síntese de casos cruzados” é uma técnica que pode ser utilizada apenas em estudos de casos múltiplos. A técnica trata cada estudo de caso individual como um estudo separado. Podem-se criar tabelas de palavras que exibem os dados provenientes dos casos individuais de acordo com a mesma estrutura uniforme. Assim, a análise pode começar a investigar se grupos diferentes

⁶ TROCHIM, W. Outcome pattern matching and program theory. **Evaluation and Program Planning**. v. 12, p. 355-366, 1989.

de casos parecem compartilhar alguma semelhança. Uma observação desse tipo pode levar à análise sobre se os estudos de caso dispostos refletem categorias dos casos gerais (Yin, 2005) podendo vir a tornarem-se recomendações ou tópicos de discussão.

Assim, os dados foram analisados com base em proposições teóricas que nortearam a análise e fizeram voltar ao problema original, evitando, desta forma, que partes preciosas fossem perdidas. Guiados pela adequação ao padrão dos dados e pela síntese de casos cruzados, os dados foram analisados entre si buscando similaridades ou particularidades, após serem descritos individualmente.

A seguir, apresento a descrição individual de dois casos, os quais foram adequados ao Processo de Cuidar proposto por Lacerda (1996) e a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2005). Após este momento, apresento a síntese dos casos cruzados, segunda forma de análise de evidências selecionada e preconizada por Yin (2005). Por questões didáticas, somente será apresentada a descrição e adequação de dois casos de um total de sete famílias de neonatos egressos de UTI sujeitos deste estudo, sendo que, no apêndice 2, encontra-se a síntese dos demais casos não apresentados na íntegra.

Para a apresentação desses dados e seguindo os preceitos éticos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, codificou-se as famílias com os seguintes nomes: estrelas, flores, planetas, cores, astros luminosos, peixes e pedras preciosas.

5. DESCRIÇÃO DOS CASOS E ADEQUAÇÃO AO PADRÃO

Neste momento, apresento os resultados obtidos a partir dos encontros hospitalares e domiciliares vivenciados com duas famílias de neonato egresso de UTI que compuseram parte dos sujeitos deste estudo.

De posse dos diários de campo elaborados após os cuidados domiciliares vivenciados, produzia um relatório único para cada família, o qual era adequado ao referencial teórico e bibliográfico que embasa este estudo, conforme preconizado por Yin (2005) e selecionado como técnica de análise específica dos casos e descrito seguindo as etapas do processo de cuidar de Lacerda (1996), os quais apresento a seguir.

5.1 FAMÍLIA FLORES

Violeta é um bebê que nasceu prematuramente, com peso de 900g. Permaneceu hospitalizada durante 48 dias na UTIN e recebeu alta com peso de 1745g. A família é composta pela mãe Orquídea e pelo pai Lírio. Residem em um sobrado de alvenaria, próprio, local onde Lírio também trabalha. Ele tenta legalização no Brasil após o nascimento da filha brasileira, pois como é estrangeiro, há necessidade de ida frequente ao país de origem para renovação do visto de turista e assim, garantir sua permanência neste país.

Realizei sete encontros domiciliares com esta família, cada qual com duração média de uma hora e trinta minutos e com intervalo de 8 dias em geral, entre cada um dos encontros. Uma exceção ocorreu apenas entre o terceiro e quarto encontro, cujo intervalo foi de 49 dias devido a viagem de férias da família.

CONTATO INICIAL

Meu primeiro contato com a família aconteceu no decurso da hospitalização de Violeta, momento em que Orquídea a segurava no colo pela primeira vez. Devido à prematuridade, a criança permanecia a maior parte do tempo dentro de uma incubadora.

Aproximei-me, conversei com a criança e chamei a mãe pelo nome, a qual se mostrou receptiva e emocionada pelo momento que vivia. Perguntei o nome do

pai, que estava com uma máquina fotográfica e registrava cada movimento da filha. Percebi pelo sotaque que ele não era brasileiro. Orquídea tentava amamentar Violeta e me disse o quanto havia desejado e esperado por aquela oportunidade. Assim, decidi me afastar para que a família pudesse viver aquele momento.

Utilizei o elemento 6 do processo *clinical caritas*, o qual afirma que a Enfermagem deve “usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar”. Sob essa óptica, a sensibilidade deve fazer parte dos conhecimentos da enfermeira e ela precisa utilizá-los para atingir o cuidado e a reconstituição (WATSON, 2008, p. 107).

O elemento 4 também foi utilizado, pois para o desenvolvimento de uma autêntica relação de cuidado, Mathias (2007) expõe que é necessário fazer-se presente, estabelecer uma relação que vai além dos sentidos, de forma empática, com respeito e sensibilidade, além da isenção de julgamentos e preconceitos.

Encontramo-nos ainda na UTIN outras duas vezes. No segundo encontro, apresentei o trabalho e solicitei a participação da família que aceitou prontamente, mostrando entusiasmo e até certo alívio, devido ao fato de estarem inseguros quanto aos cuidados a serem realizados após a alta do bebê. No terceiro contato, marcamos nosso primeiro encontro no domicílio após a alta hospitalar de Violeta.

A primeira visita no domicílio ocorreu após dezessete dias do nosso terceiro encontro na UTI. Orquídea estava assustada com a necessidade de reinternação de Violeta após cinco dias da alta hospitalar, devido à broncoaspiração durante a administração de medicamentos realizados pela mãe. A criança permaneceu reospitalizada durante três dias. Orquídea fazia muitas perguntas, andava sem parar e balançava a criança nos braços.

Ao perceber esta agitação, utilizei alguns elementos do processo *clinical caritas*: o elemento 2, o qual nos remete a fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado. Igualmente no elemento 3, que refere o desenvolvimento de práticas espirituais próprias e do eu transpessoal, procurei ser empática e valorizar as crenças da família cuidada. O elemento 5, o qual remete à expressão de sentimentos positivos e negativos e o elemento 6, em que utilizei múltiplos conhecimentos na tentativa de auxiliar a reconstituição daquele momento.

Era importante que eu compreendesse os significados e crenças daquela família, para que efetivamente pudesse adentrar no seu campo fenomenológico e o cuidado transpessoal efetivamente acontecesse na continuidade do processo.

Desta forma, iniciava o desvelar de ambas as partes, que, para Lacerda (1996), pode levar à evolução, ou não, da relação, possibilitando prosseguir ou não para as fases subsequentes, o que dependerá não apenas do interesse da enfermeira, mas também dos seres cuidados.

Aos poucos pude conhecer o desejo pela maternidade de Orquídea, as dificuldades enfrentadas durante a gestação, a dor da separação da filha, o fantasma constante da possibilidade de perda da criança e as dificuldades referidas no cuidado no domicílio.

APROXIMAÇÃO

Retornei à casa da família para o segundo encontro após nove dias conforme agendamento prévio. Todos os nossos encontros eram agendados via telefone. Tentava manter regularidade entre os encontros para que pudéssemos estabelecer uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança.

Orquídea estava nervosa devido à hipertermia apresentada pela criança durante a noite em decorrência de uma reação vacinal. Orquídea sentia-se esgotada e sobrecarregada com as atividades da casa e os cuidados com Violeta. Reclamou que não tinha ajuda do esposo, ele estava cobrando atividades que ela não tinha condições de fazer e tudo isso a deixava nervosa, sentindo-se impotente como dona de casa e como mãe.

Senti a necessidade de utilizar o elemento 1 do processo *clinical caritas* que conota a prática do amor e gentileza, em que está presente uma genuína intenção de cuidado, realizado de maneira amorosa e gentil (MATHIAS, 2007). Também foi importante desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança (elemento 4), pois era preciso estar presente de forma integral, ouvir, perceber e sentir o que o outro tem a dizer, não somente pela sua voz, mas pelos seus gestos, olhares, movimentos, de maneira empática, sem pré-julgamentos, com sensibilidade e respeito, pois somente desta maneira a relação poderia evoluir para o encontro dos *selves*.

Utilizei ainda o elemento 5 para que ela pudesse expressar suas emoções e sentimentos de modo natural e, a partir dessa expressão, eu pudesse auxiliá-la a

fortalecer sua própria reconstituição. Tais sentimentos e vivências experienciadas também poderiam se transformar em ponto de partida para o crescimento e superação, como uma experiência de ensino-aprendizagem (elemento 7), mas percebia a importância de ajudá-los quanto às necessidades básicas (elemento 9), de ordem inferior (biofísica), e superior (psicossociais e intrapessoais) por perceber a agitação, irritação e angústia que Orquídea demonstrava relacionada à sobrecarga de atividades, privação do sono e sentimento de incapacidade por ela verbalizado.

Sugeri que o casal conversasse acerca da possibilidade de uma divisão de tarefas, para que o esposo pudesse participar dos cuidados com Violeta, além de priorizar as atividades a serem realizadas, de forma a intercalar com momentos de sono e repouso, para não haver sobrecarga e desgastes desnecessários, tanto de ordem física como emocional, pois Orquídea também comentou que a relação do casal estava abalada.

O envolvimento paternal, principalmente na fase após o nascimento da criança, quando as rotinas são bruscamente alteradas, é mais complexo do que parece ser. As negociações entre os genitores, envolvendo padrões de negociações em relação aos cuidados com a criança e nos trabalhos domésticos, são cruciais para a adaptação aos novos papéis do casal (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSÉN, 2005).

Durante nossa conversa, o esposo retornou à sala e senti que Orquídea parou de falar. Percebi que ela não gostaria que ele ouvisse o que falávamos. Respeitei sua decisão e mudei de assunto, trazendo Lírio para nossa nova conversa.

O cuidado humano tem início quando a enfermeira se dispõe a cuidar, entra no espaço e na vida do outro, atua como facilitador, ensina, sabe ouvir e ver o que é visível e o que é implícito em cada ser, cuida e busca o enfrentamento das situações vividas (NASCIMENTO; ERDMANN, 2006).

Neste encontro ocorreu cuidado mútuo, cuidei e senti-me cuidada por aquela família. Lírio preparou um lanche e nos serviu. Naquele momento tive a certeza de que a relação evoluiu, pois vários assuntos surgiram, conheci a história do casal, as dificuldades do estrangeiro em território brasileiro, planos para o final de ano etc. Situações que expressam a união que construíamos com o passar dos encontros. Desde o primeiro contato com esta família, sempre fui muito bem recebida. Orquídea sorria ao me ver e nos abraçávamos nas despedidas. Sentia que

minha presença era reconstituidora para eles e que realmente caminhávamos para a união.

Lacerda (1996) comenta que para esta etapa do processo, a relação já evoluiu. Vários temas foram abordados durante os encontros e nos movimentávamos para a união, em que a enfermeira pode desenvolver uma relação de ajuda e confiança, como forma de perceber o outro mais profundamente, como refere o elemento 4 do processo de *clinical caritas* de Watson (2008).

ENCONTRO TRANSPESSOAL

Retornei à casa da família uma semana após o segundo encontro, para o terceiro e último encontro de 2008. Devido à viagem programada da família para o litoral, ficaríamos algumas semanas sem nos encontrar.

Cheguei à casa da família em um dia muito chuvoso, assim como nos dois encontros anteriores. Orquídea sorridente amamentava Violeta e me abraçou com uma das mãos dizendo que era muito bom me ver. Fui convidada a entrar e, no momento em que conversávamos sobre a semana da família, percebi que Lírio foi até a escada que leva ao piso superior e começou a limpá-la. Olhei com um olhar de surpresa para Orquídea que balançou a cabeça em sinal de aprovação e sorriu disfarçadamente. Não fiz comentários naquele momento, mas consegui perceber uma alegria no olhar, no sorriso e na fala de Orquídea.

Um sentimento de alegria tomou conta de mim por aquela conquista e por perceber que Orquídea estava mais feliz, apesar de todas as dificuldades que ainda enfrentava com relação aos cuidados com a filha e a adaptação à nova condição de mãe.

Utilizei os elementos 1, 2, 4, 6, 7 e 8, em um misto de presença, atenção, amor, gentileza, cuidado, ajuda-confiança, uso criativo do conhecimento, aprendizado com as novas situações e com as já vivenciadas, na tentativa de reconstituição, criar um ambiente capaz de restaurar os envolvidos naquela relação de cuidado.

Durante o cuidado transpessoal, os sentimentos são libertados, o que permite que o receptor dos cuidados, assimile melhor a condição da sua alma e do seu próprio ser. Tal assimilação pode levar à reorganização do Eu percebido e do Eu experienciado de cada um dos seres envolvidos na relação de cuidado e ambos

estão mais unidos acerca do que cada espiritualidade é na sua essência (WATSON, 2002a).

Permaneci quase dois meses sem encontrar a família devido às festas de final de ano e à viagem programada. Durante este período de afastamento, pude sentir modificações dentro de mim. Ocorreu transformação na maneira de agir e de pensar a relação com o outro, não somente referente a este caso, mas durante as ações de cuidar do meu cotidiano pessoal e profissional.

CONTATO INICIAL

Em nosso quarto encontro após um mês e 20 dias, percebi regressão na relação e no processo de cuidar, havendo necessidade de retornar à primeira fase do processo de Lacerda (1996) para que a efetivação da relação fosse alcançada.

Questões biológicas foram o foco do encontro, muitas dúvidas ressurgiram com relação a assuntos já vivenciados e que *a priori* demonstraram superação. Percebi que havia necessidade de utilização do elemento 6, 7 e 9, além do elemento 5 muito presente neste encontro.

Orquídea demonstrava muita preocupação em relação à saúde de Violeta, retomou antigas dificuldades já vivenciadas que pareciam ter sido superadas. Então, percebi que novamente caminhávamos na fase do contato inicial. Isso se deve ao fato da separação por um período prolongado em que o encontro transpessoal ainda estava acontecendo e a reconstituição não havia acontecido efetivamente. Utilizei elementos que conotam a presença da enfermeira, a intenção do cuidado, empatia, respeito a crenças, abertura a sentimentos negativos, na tentativa de mais uma vez evoluir na relação.

Orquídea perguntou sobre o final dos encontros, afirmei que estávamos no meio do processo e que eu sentia a necessidade de voltar outras vezes para que pudéssemos atingir fases que ainda estavam incipientes. Ela suspirou demonstrando uma sensação de alívio e abriu um largo sorriso, dizendo que por ela eu viria para sempre a sua casa.

APROXIMAÇÃO

No quinto encontro com a família após uma semana, encontrei Orquídea sozinha devido à viagem do esposo. Percebi-a mais tranquila, porém desorganizada quanto às rotinas diárias, pois cheguei a casa às 15h e ela ainda não havia

conseguido almoçar. Fiquei com Violeta para que Orquídea pudesse se alimentar e desta forma eu contribuí para o alcance das suas necessidades básicas, utilizando o elemento 9 do processo *clinical caritas*.

Percebe-se, neste fato, a presença do descuido de si ao priorizar o cuidado ao outro. Para Wendhausen e Rivera (2005) o princípio do cuidado de si é o de aprender a cuidar de nós mesmos, para então cuidarmos dos outros. Partindo desta afirmação, pode-se perceber que cada sujeito conduz suas práticas de cuidado de si conforme sua concepção, enfatizando situações conforme as prioridades que impõe à sua vida e a maneira que lida com seus problemas, dificuldades, limitações e exigências.

Orquídea expôs vários sentimentos, receios, mas também alegrias por conquistas vivenciadas. Compreendi o significado da amamentação para aquela mãe e fui capaz de fazer relações com acontecimentos anteriores que não haviam ficado claros na minha memória. Ao utilizar o elemento 2, pensava no que Watson (2008, p. 62) descreve acerca do *caritas process*

[...] não podemos ignorar a importância da fé e esperança e ao papel que desempenham na vida das pessoas, especialmente quando confrontada com as incógnitas, mistérios, as crises da doença, dor, perda, estresse, desespero, tristeza, trauma, morte, e assim por diante. É por isso que esse valor é incluído como núcleo para um modelo profissional de Enfermagem e para uma ciência de cuidados: consciência *caritas (Caritas Consciousness)*.

Neste encontro atingimos novamente a fase da aproximação, pois para Lacerda (1996, p. 33) a aproximação ocorre quando a relação já evoluiu e “os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união”.

ENCONTRO TRANSPESSOAL

O sexto encontro aconteceu após 14 dias, em um dia chuvoso. O casal abriu o portão da sua casa para que eu entrasse na garagem e não me molhasse. Senti-me cuidada mais uma vez por esta família.

Orquídea me esperava na porta com Violeta nos braços e sorriu ao me ver. Abraçou-me e pediu que eu entrasse. Havia outras pessoas na casa, sócios de Lírio que estavam trabalhando no escritório localizado na casa da família. Dirigimo-nos até o quarto do casal e lá permanecemos durante o encontro.

Orquídea estava descontraída, alegre, falante e também preocupada com dois novos eventos. Um deles referente a problemas em uma das unidades onde a filha faz acompanhamento e a outra devido à diminuição do leite materno.

Tentei utilizar o elemento 6 e 7 para que fosse capaz de compreender o significado que aquela situação tinha para ela, e, a partir daí, contribuir para o entendimento e superação da dificuldade.

Entendi que a ansiedade partira do fato de que Orquídea e Violeta iriam a Santa Catarina visitar familiares e Orquídea afirmou não ter bom relacionamento com o padrasto. Ouvi seu desabafo com muita atenção e utilizei os elementos 2 e 4.

Perguntei sobre seu sono e repouso, devido esta ser uma queixa frequente de Orquídea e influenciar diretamente na produção do leite materno. Orquídea sorriu e disse que estava conseguindo descansar durante o dia e a filha estava dormindo melhor à noite. Já saiu da cama do casal e voltou para seu berço. Aos poucos, a mãe estava organizando sua vida, comentou sobre os planos que possuía, em relação a voltar a trabalhar, ser independente, ganhar seu próprio dinheiro, conhecer pessoas novas, sair de casa, enfim, demonstrou entusiasmo e certa ansiedade para que este período logo chegasse.

De repente, Orquídea parou de falar, olhou-me e disse que gostava muito da minha presença, que eu levava esperança, tranquilidade, carinho, atenção à sua casa e isso lhe fazia muito bem. Sentia-me da mesma maneira, alegre, em paz e renovada a cada encontro. Assim, consegui entender e sentir o que Watson (2002a) descreve a respeito da relação transpessoal quando existe uma união da enfermeira com o outro e ocorre elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo. Neste momento, há uma união espiritual entre duas pessoas e são capazes de transcender a si próprias, ao tempo e espaço. Existe o compartilhamento de experiências e a criação de um campo fenomenológico próprio, mais profundo e complexo.

Deste modo, os sujeitos envolvidos na relação transpessoal de cuidar se tornam um, e a enfermeira se sente tocada em sua alma e transformada para sempre, algo que marca profundamente a vida dos envolvidos e jamais poderá ser esquecido.

Orquídea solicitou que eu segurasse Violeta nos braços para que ela nos fotografasse, pois sabia que estávamos nos preparando para a separação. Fiquei feliz e até emocionada, pois foi um momento importante, único naquela relação, algo

verdadeiro que fez com que eu acreditasse que ela havia ultrapassado uma etapa importante da sua vida e que eu fiz parte deste momento, assim como ela fez parte do meu momento de vida, mostrando-me que o cuidado exercido era mútuo e o quanto ele pode influenciar e modificar as nossas vidas.

O cuidado transpessoal acontece no momento de cuidado, ocasião em que duas pessoas juntas com as suas histórias de vida únicas e o seu campo fenomenológico dão lugar à ocasião real do cuidar, com um campo próprio, maior. Assim, o momento da ocasião do cuidar, torna-se parte da história de vida de ambas as pessoas e dá, a ambos, novas oportunidades para além da instância de um ponto no tempo (WATSON, 2002a).

SEPARAÇÃO

O sétimo e último encontro com esta família foi um encontro atípico. Novamente retornei em um dia chuvoso, mas Lírio não estava presente e Violeta dormiu durante todo o tempo. Orquídea estava feliz, com semblante descansado, aliviado. Comentou que estava dormindo bem, mais animada com os afazeres domésticos e cuidados com Violeta. Já conseguia conciliar suas atividades, suas consultas médicas, sua rotina de vida com a rotina do bebê, sem que isso fosse um peso ou um fardo a carregar.

Percebi Orquídea descontraída, com planos para o futuro, madura com relação às 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 minha falta, e que se sentia sozinha antes mesmo de o encontro acabar. Sabia que teria de superar este momento e encontrava-se fortalecida para o enfrentamento das situações.

Pensei no elemento 10, pois Watson (2008) coloca que este *caritas process* percebe o mundo subjetivo das experiências internas de vida dos outros, o qual pode ser afetado por muitos fatores que não podem ser totalmente explicados. Mas, é preciso separar-se. A relação tem um fim e como Lacerda (1996) afirma, a separação representa que a relação evoluiu para a maturidade de ambas as partes, enfermeira e cliente se liberam do vínculo criado por atingirem cada um os seus propósitos, ou ainda, esta pode acontecer de forma abrupta sem que a

transformação tenha ocorrido, seja por recuo do cliente ou pela necessidade de suporte de outro profissional

Solicitei à Orquídea que gostaria de me despedir de Violeta, pois ela continuava dormindo. Após esse momento, despedi-me também de Orquídea. Ao sair da casa da família, ela ficou no portão até que eu não a visse mais. Esse momento foi o fechamento de um círculo, a efetivação de um processo de cuidar transpessoal que modificou meu modo de pensar, de imaginar, de sentir a vida.

5.2 FAMÍLIA ASTROS LUMINOSOS

Sol é um bebê nascido a termo, com peso de 2210g, que necessitou de 42 dias de hospitalização em UTIN, devido a uma má-formação congênita da parede abdominal e recebeu alta pesando 2600g. Sua mãe, Estrela, 18 anos, possui união estável com Antares e este é o primeiro filho do casal.

Residem em uma casa de madeira de 4 cômodos, alugada, localizada nos fundos de outra residência, a qual é dividida entre o casal e os avós paternos de Sol. A casa é bem localizada, não possui quintal ou área externa. Os proprietários do imóvel residem na casa localizada na parte da frente do terreno e possuem dois cães que permanecem soltos.

Após a alta hospitalar da criança, realizei cinco encontros no domicílio desta família entre o início do mês de Dezembro de 2008 e final do mês de Janeiro de 2009, com intervalo médio de 12 dias entre eles.

CONTATO INICIAL

O contato com a família de Sol aconteceu durante o período de hospitalização da criança. Conheci o bebê e sua mãe após 27 dias de hospitalização na UTIN. Nesta ocasião, questões relacionadas ao trabalho foram expostas, esclarecidas e a família aceitou participar.

Encontrei Estrela novamente após 10 dias em outra visita àquela unidade. Segundo a equipe de Enfermagem, Estrela era presente, visitava o filho duas vezes ao dia e permanecia durante todo o tempo ao lado da criança, conversando e acariciando o menino. Naquele dia, realizei maior aproximação com a mãe e percebi uma mulher confiante e segura da recuperação de Sol.

Utilizei o elemento 1 do processo *clinical caritas*, pois ao praticar o amor, gentileza, imparcialidade e equidade no contexto da consciência do cuidado, buscava aproximação com o ser cuidado, um caminho para a união.

Nosso primeiro encontro domiciliar ocorreu após seis dias da alta hospitalar do bebê e depois de 10 dias do nosso último encontro na UTIN. Tive certa dificuldade para localizar a casa da família, pois Estrela não havia comentado que sua residência localizava-se nos fundos de outra e ambas possuíam numeração própria. Assim, telefonei para a mãe e expliquei onde estava, solicitando seu auxílio. Ela se dirigiu até a calçada para que eu a avistasse. Cumprimentamos-nos e ela me acompanhou até a casa de seus sogros, a qual é dividida pela família. Entramos e ela pediu que eu fosse até seu quarto, local em que Sol dormia. Passei pelo sogro de Estrela que estava na cozinha e o cumprimentei, mesmo sem sermos apresentados. Todos os nossos encontros aconteceram no quarto de Estrela, pois este era a “casa” dos pais de Sol, já que a cozinha e o banheiro eram compartilhados e o outro cômodo era o quarto dos pais de Antares.

Neste primeiro encontro domiciliar, os aspectos biológicos relacionados à saúde da família, em especial de Sol, foram destaque. Estrela expressou poucas dúvidas e quando as relatou eram relacionadas à saúde do filho. Respondia às minhas perguntas, mas não desenvolvia o assunto, deixando vários momentos de silêncio entre nós. Aquela situação me preocupava, pois não sabia como me aproximar e tocar Estrela. Senti que ela não estava à vontade e não tinha interesse em nossa conversa.

Tentei utilizar os elementos 1, 3, 4 e 5, porém não obtive retorno quanto ao elemento 5. Ocorreram situações em que Estrela afirmava não ter dúvidas quanto aos cuidados do bebê, que este estava bem e tudo caminhava normalmente, mas em outras situações eu percebia contradições, colocações dúbias capazes de me deixar bastante confusa com relação a este caso.

Watson (2008, p. 58) afirma que “considerando o primeiro *Caritas Process* em profundidade e acessando a intenção relacionada ao amor-gentileza e equanimidade, este convida a uma forma de plenitude da mente/meditação em ação.” Ao explorar o aspecto da meditação para a consciência *Caritas*, afirma que “é uma forma de atender a maneira de ser fundamental como base para o cuidado, reconstituição e plenitude.” Assim, a meditação “é uma prática essencial e um

processo que nos prepara com habilidade e capacidade para se comprometer e se engajar em realizar serviços de compaixão ao longo da vida humana”.

Dessa forma, na tentativa de realizar práticas de amor-gentileza, ser autenticamente presente, honrar seu sistema de crenças e cultivar práticas espirituais que fossem além do meu ego, foi necessária introspecção, meditação e reavaliação constante das ações e formas de aproximação utilizadas, pois percebia que eu caminhava sozinha nesta relação e era preciso o caminhar juntos para o alcance do cuidado transpessoal.

Estrela comentou que estava com dificuldades para manter a amamentação, e que iria até a instituição hospitalar para buscar auxílio. Prontifiquei-me a ajudá-la, porém ela se recusou. Comentou que todos os encaminhamentos do filho estavam agendados e quando solicitei a guia de agendamentos, simplesmente para meu controle, ela afirmou tê-la perdido.

Respeitei sua decisão, evitei comentar ou realizar qualquer julgamento sobre o fato dela afirmar ter realizado os agendamentos e ao mesmo tempo perder a guia de encaminhamentos. Tentei deixá-la à vontade para ver se algum caminho se abria para que eu percebesse sua intenção no processo que vivíamos. Utilizava os elementos 2 e 7 do processo *clinical caritas*.

Para Mathias (2007) o respeito à crença do outro é um dos elementos essenciais ao ato de conectar-se ao ser cuidado e, aliado a isso, deve-se ter em mente que a vivência do outro ser é o ponto de partida para o cuidado, além de respeitar suas limitações. Esses fatos levam ao crescimento e aprendizagem de ambos os seres, ultrapassam o ensinar como é conhecido e são capazes de promover verdadeiras mudanças de comportamento.

Outra questão que marcou nosso primeiro encontro foi o fato de Estrela não me olhar enquanto conversávamos. Ela abaixava a cabeça ou falava dirigindo-se ao filho, como se estivesse conversando com ele e eu não estivesse ali. Realizei outras observações, como por exemplo, a administração de medicamentos para cólicas sem prescrição médica, mas não foram comentadas ou questionadas naquele momento para que pudéssemos nos aproximar e que tais fatos não fossem por ela interpretados como fiscalização ou cobrança.

Watson (2002a, p. 63) ao descrever as pretensões relacionadas com os valores humanos do cuidar, afirma que “o cuidar pode ser demonstrado e praticado eficazmente apenas de forma interpessoal”, sendo assim, ambos os seres

envolvidos no processo de cuidar precisam estar envolvidos nesta relação, para que o cuidado efetivamente possa acontecer.

Nosso segundo encontro, ocorrido após 14 dias, devido ao cancelamento da data inicial por Estrela, teve as mesmas características do primeiro encontro: pouco desenvolvimento do assunto, desvio de olhar e conversas dirigidas ao bebê.

Ao entrarmos no quarto do casal, Estrela afirmou que não estava mais amamentando; oferecia leite industrializado e chá de camomila com adoçante ao bebê, além de um medicamento para cólicas que comprou na farmácia sem prescrição médica. Utilizei o elemento 2 do processo ao me mostrar presente e honrar o sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado, porém foi necessário realizar observações quanto ao uso de medicamentos por conta própria. Respeitar os costumes e crenças do outro é considerado para Watson (2008) como uma forma de cuidar, um elemento essencial na busca do cuidado transpessoal, mas orientações são importantes quando práticas populares põem em risco a saúde individual e coletiva. Assim, procurei respeitar seu conhecimento e suas ações e orientar os possíveis riscos, além de apontar caminhos alternativos a seguir.

Pude compreender com a fala de Estrela que a negação por auxílio no encontro inicial pôde ser um indicativo de que ela não queria continuar com a amamentação ou que já não amamentava Sol. Mathias, Zagonel e Lacerda (2006) descrevem que a manutenção da fé e o respeito a crença do outro, são elementos essenciais para a conexão entre a enfermeira e o cliente, e naquele momento o que eu desejava era me conectar a ela e ao seu referencial.

APROXIMAÇÃO

Próximo do final do nosso segundo encontro, Estrela me contou sobre o desejo de mudar-se, ter sua própria casa e voltar a trabalhar. Senti certo alívio quando comentou sobre a possibilidade de mudança. Ela fala sempre em tom de voz baixo e diminuí ainda mais se quer comentar algo sobre si ou o companheiro. Devido a casa ser de madeira, é possível ouvir ruídos advindos de outros cômodos, fato que justifica a diminuição da entonação de voz de Estrela ao se referir aos assuntos particulares.

Esse detalhe pode também ser o motivo pelo qual nossos assuntos não evoluíam, pelo receio de que o sogro pudesse ouvir algo que ela não desejava que

fosse ouvido. A sogra estava no período de trabalho, assim como o companheiro, dessa forma, não conheci nenhum dos dois.

Ao perceber isso, pensei em convidar Estrela para irmos a um outro local, sairmos de casa no próximo encontro, para que ela pudesse sentir-se mais à vontade e sem receio de ser ouvida por outras pessoas. Ao utilizar os elementos 6, 7 e 8, a enfermeira usa a sua criatividade na tentativa de engajar-se em práticas de cuidado e de reconstituição de maneira que atenda o outro de modo integral, permanecendo no seu referencial, criando um ambiente reconstituidor (WATSON, 2005).

Encerramos este encontro com felicitações pelas festas de final de ano, visto que só nos encontraríamos novamente no mês de Janeiro. Passamos pelo sogro, despedi-me e ela não olhou ou dirigiu a palavra a ele. Acompanhou-me até o portão e retornou para dentro de casa.

O terceiro encontro aconteceu após um período de 22 dias, devido a dificuldades em conseguir estabelecer contato telefônico com Estrela. Ao chegar à residência da família, aguardei para ser atendida. O sogro foi quem abriu a porta e disse que Estrela e Sol estavam dormindo, mas que eu entrasse. Estrela logo chegou e me conduziu ao quarto do casal. Sol estava acordado e conversei com a criança. A mãe se desculpou pelo ocorrido, porque perdera a hora e também tinha uma entrevista de emprego marcada para aquela manhã. Achei estranho ela ter marcado a entrevista para o dia que combinamos nosso encontro, mas não comentei sobre o assunto.

Estrela estava disposta, desenvolvendo os assuntos e mostrando-se mais receptiva a nossa conversa. Contou que estava procurando uma pessoa para cuidar de Sol para que ela pudesse voltar a trabalhar, momento em que pude perceber seus olhos brilharem por falar do emprego.

Aos poucos nossa relação evoluiu. Estrela estava mais comunicativa, embora ainda não fixasse o olhar. Conversava muito com Sol, mas quando conversamos sobre questões biológicas ela demonstra atenção e aceitação das possíveis contribuições que realizo. Utilizei os elementos 1, 2, 3, 4 e 5 como tentativa de praticar o cuidado, respeitando acima de tudo seu mundo de vida subjetivo, além de cultivar práticas espirituais que transcendessem meu eu e fossem capazes de desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado como busca do possível encontro transpessoal, da união entre nós.

Estrela demonstrou em todos os momentos de nossa relação muita segurança nos cuidados ao filho, afirmando que sempre cuidou de crianças e não sentia dificuldades. Ao conversarmos sobre a má-formação do menino e sobre sua gestação, Estrela mostrou-se tranquila e disse que soube do problema por meio de uma ecografia e que não se preocupou, pois o “defeito” era pequeno e seria corrigido. Não viu o bebê na sala de parto, apenas no pré-operatório já na UTIN, mas sem exposição dos órgãos e referiu nunca ter dúvidas de que ele se recuperaria. Não percebi em nenhuma colocação de Estrela a dimensão espiritual, ela não fala sobre isso e não pronuncia nome de entidades religiosas durante suas falas.

Estrela continuava não desenvolvendo assuntos que extrapolavam os aspectos biológicos e retomava-os constantemente. Desta forma, queixou-se que não estava bem, sentia tonturas, cefalalgia, fraqueza e conversamos um pouco sobre a sua saúde, os cuidados que estava tomando e as consultas pós-parto. Percebi que ela tem descuidado de si. Considera-se uma mulher forte, determinada e foi isso que a fez permanecer durante o todo o puerpério no hospital. Relatou seu ir e vir diário a UTIN, sempre sozinha, pois o companheiro trabalha no horário destinado as visitas. Além disso, ela não estava se alimentando adequadamente e não tinha realizado acompanhamento médico. A possibilidade de uma nova gravidez foi descartada por meio de testes farmacêuticos.

Ao se tratar de cuidador familiar, há de se considerar como um fator de extrema relevância: a demanda que o cuidado domiciliar exige do cuidador. Essa pode levá-lo ao cansaço, esgotamento, sobrecarga de atividades, estresse, alterações físicas e emocionais, além do isolamento social que experiencia por permanecer longo tempo junto ao familiar a ser cuidado (LACERDA; OLINISKI, 2005), fato que pode levar ao descuidado de si como consequência do cuidado prestado ao outro, no caso, o seu filho.

Convidei Estrela para que fôssemos juntas até a UBS, pois ela havia agendado uma consulta para ela. Assim, sairíamos de casa e talvez avançássemos ainda mais na relação em busca do encontro transpessoal, o qual, a meu ver, não aconteceu com esta família. Porém, ela recusou-se e disse que demoraria a se arrumar, entre outras coisas.

Mesmo assim este encontro foi diferente dos anteriores. Senti Estrela próxima, aberta, comunicativa e atenta aos fatos que discutíamos, mas ao mesmo

tempo estávamos caminhando para o final da relação e era necessário prepará-la para isso.

SEPARAÇÃO

Trabalhamos a separação no quarto e quinto encontros domiciliares. O quarto momento ocorreu após um período de 6 dias e não tive dificuldades para realizar este agendamento. Fui recebida por Estrela no portão da sua casa, cumprimentamo-nos e fomos até seu quarto. Sol estava arrumado sobre a cama dos pais, agitava os membros e sorria a todo o instante. Conversei com o menino e perguntei para Estrela se podia fotografá-lo, visto que estávamos perto do fim dos nossos encontros e queria ter uma lembrança da família. Ela autorizou e conversamos sobre a semana que havia passado.

Estrela afirmou estar se sentindo melhor e iria até a UBS pegar exames que havia realizado para iniciar o tratamento. Comentou que deve ter sido “recaída da dieta”, pois durante o pós-parto ela não repousou, esteve no hospital com o filho e acha que agora está sentindo os efeitos. Ouvi com atenção, respeitei suas crenças e procurei utilizar alguns elementos do processo *clinical caritas* naquele momento de cuidado, como os elementos 2, 5, 6, 8, 9 e 10, pois percebia que ela expressava seus sentimentos de maneira intensa e profunda e isto possibilitaria, conforme Watson (2005), uma conexão profunda com o próprio espírito e com o da pessoa cuidada.

Tal conexão seria capaz de possibilitar o caminhar na relação. Assim, ao utilizar o elemento 6 busquei por meio do toque mostrar-me presente, disposta a cuidar do seu bebê e dela de maneira total, abrangendo não somente os aspectos biológicos os quais se apresentavam fragilizados, mas a totalidade do seu ser em todos os aspectos do cuidado.

Para atender ao elemento 10 e ser capaz de atentar aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e morte, cuidando da própria alma e da do ser cuidado, Mathias (2007, p. 55) coloca que é necessário que a enfermeira se reconheça “como um ser em evolução, despertando em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino.” Assim, é importante “responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações”, bem como a complexidade dos seres e do universo com seus mistérios sem respostas.

Estrela estava à vontade, comunicativa e novamente verbalizou como foi sua gestação. Desta vez houve riqueza nos detalhes, expôs desde o momento em que conheceu Antares, o desejo pela gestação, até a notícia da má-formação fetal, nascimento, cirurgia do filho, primeira visita pós-operatória e os principais momentos do menino na UTIN. Emocionou-se quando lembrou do primeiro encontro com o filho no pós-operatório, momento em que ele estava sedado, entubado, cheio de fios, aparelhos, bolsa que protegia o conteúdo intestinal, o qual não foi conseguido interiorizar completamente no ato cirúrgico e contou que aquele foi o único momento em que ela chorou. Depois disso, juntou forças e esperança na recuperação da criança.

Comentou da insatisfação em morar na casa dos pais do companheiro, pela falta de espaço e privacidade e, sorridente, verbalizou os planos para o futuro, entre eles, a mudança de lar e o retorno ao mercado de trabalho. Percebi emoção na fala da mãe, alegria pela recuperação do filho e pela força que ela demonstrou nos momentos que ele mais precisou dela, mas a sobrecarga de emoções, responsabilidades e atividades com o bebê e o contexto da sua vida estão se refletindo em seu bem-estar, exigindo um cuidar de si além do cuidar do outro.

Sena *et al.* (2006) afirmam em seu estudo que os cuidadores familiares desempenham vários papéis, não tendo, muitas vezes, com quem dividir a responsabilidade do ato de cuidar. Desse modo, esquecem-se do cuidado de si em prol do cuidado do outro.

Penso que consegui perceber e compreender o mundo subjetivo da vida daquela mãe. No início, devido à dificuldade em ultrapassar os limites biológicos, não conseguia entendê-la e perceber suas reais necessidades de cuidado, mas após o terceiro e o quarto encontros, senti-me focada ao seu *self*, transcendendo o meu próprio *self*, assim, procurando utilizar de ações, maneiras de cuidar que potencializassem o alinhamento entre a mente, corpo e espírito, promovendo a paz e a reconstituição.

O assunto do período de internação de Sol também foi o tema central do nosso último encontro ocorrido após 16 dias. Neste momento, compreendi todo o processo vivenciado e algumas posturas da mãe no início do nosso contato. Ao contar que chorou ao ver o filho retornando do centro cirúrgico, Estrela disse que prometeu a ele que não choraria mais, que estaria sempre forte e firme ao lado dele,

acreditando que o filho sente esse sentimento e se ele soubesse que ela está bem e confiante, este fato auxiliaria na sua recuperação.

Estrela sempre deixou clara a imagem de “dona da situação”, mulher forte, confiante, segura de si e dos cuidados ao seu bebê. Hoje percebo que este “papel” foi a forma que ela encontrou para melhor suportar a dor, as dificuldades e também para transmitir ao filho segurança, amor e confiança em sua recuperação. Mas, com a superação desta fase, aspectos subjetivos emergiram e possibilitaram que ela repensasse e reorganizasse sua vida em busca da recuperação e reconstituição.

Abraçamos-nos, desejamos sorte, saúde e felicidades, pois, a partir daquele momento, ela seguiria sem a minha presença e eu estaria preenchida de outro ser, o qual levaria comigo e como parte de mim.

Após três semanas, entrei em contato telefônico para saber notícias da família. Estrela afirmou que todos estavam bem, que as consultas do bebê tinham saído pela UBS e que na semana seguinte Sol iria para um centro municipal de educação infantil (CMEI). Após o período de adaptação do filho na CMEI, Estrela iria buscar novo emprego. Deixei meu número de telefone e as portas abertas caso sentisse necessidade de me procurar. Despedimo-nos.

5.3 SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS

Para a realização desta etapa preconizada por Yin (2005) como uma das possibilidades de análise das evidências, elaborei um quadro individual para cada família, o qual contém a síntese dos relatórios elaborados durante a fase de coleta de evidências (APÊNDICE 2). Assim, após a confecção dos sete quadros que compuseram o total de sujeitos envolvidos nesta pesquisa, ocorreu o cruzamento das informações contidas nestes instrumentos, bem como dos dados descritos na fase adequação ao padrão, etapa inicial da análise das evidências.

Para a descrição desta etapa, utilizei as fases do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996) por ser este referencial o sustentáculo para a operacionalização do Cuidado Transpessoal descrito por Jean Watson e utilizado para desenvolver o cuidado domiciliar com os familiares de neonato egresso de UTI.

Contato inicial

A primeira fase do processo de cuidar de Lacerda (1996) teve como característica comum a todos os sujeitos seu início durante o período de hospitalização do bebê na UTIN. Assim, as famílias conheciam a pesquisa e realizavam o primeiro contato com o pesquisador, fato que facilitava a entrada no domicílio e a continuidade das demais fases do processo em busca do cuidado transpessoal. Além dos encontros ocorridos na UTIN, as famílias eram acompanhadas durante as reuniões do grupo de pais (um grupo multidisciplinar de apoio à família de neonato hospitalizado em UTIN, administrado pelos profissionais atuantes na instituição hospitalar, que objetiva apoiar e auxiliar as famílias no enfrentamento do processo de hospitalização, além de trazer informações específicas dos bebês), momento em que compartilhavam suas dúvidas, temores e alegrias com outros pais e membros da equipe multiprofissional de saúde que atuam direta ou indiretamente na unidade.

O contato inicial propiciou a aproximação com alguns valores, angústias e outros sentimentos expressos pelas famílias naquele momento. Essa etapa do processo de cuidar permitiu ampliar a compreensão das relações familiares e auxiliar na continuidade do cuidado domiciliar.

Concordo com Mathias (2007) ao expor sua defesa da necessidade de uma prática de cuidado de Enfermagem que conjugue a percepção de aspectos sutis do ser humano e ainda, valores, emoções, sentimentos e a subjetividade do ser cuidado, em que aspectos objetivos e subjetivos fazem parte de uma mesma totalidade.

Com um pensar e agir que coaduna com o exposto, durante esta fase do processo de cuidar, foram realizados três encontros no ambiente hospitalar, com três famílias e com outras quatro foram apenas dois encontros. As famílias, com as quais foi possível realizar um encontro a mais, a fase do contato inicial foi finalizada no primeiro encontro domiciliar; já com as demais famílias, esta fase chegou ao fim durante o segundo encontro, com exceção de dois sujeitos que tiveram o contato inicial finalizado no decorrer do primeiro encontro ocorrido no domicílio (família planeta e família cores). Outra particularidade percebida foi que ao ocorrer um distanciamento temporal entre os encontros no processo de cuidar, houve a necessidade de retornar à etapa denominada contato inicial como relatado com a família flores.

É importante destacar que a separação das fases é apenas didática, pois é difícil delimitar o momento exato de 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, senti necessidade de continuar o contato inicial, por entender as especificidades deste 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, principalmente, sensibilidade para ser capaz de atender as demandas de cuidado desta clientela. Além de tudo, o profissional precisa também de espírito aberto e disposição genuína em acertar e estar na relação, sem impor situações ou desconstruir práticas realizadas mas há muito tempo consagradas, de maneira descomprometida e autoritária.

É necessário compreender 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 para muitos sagrado. Era com esta visão que aconteciam os encontros no domicílio dos sujeitos, com respeito, humildade, apresto e consideração pela sua trajetória de vida e seus conhecimentos.

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 (LACERDA, 2000).

A sensação de entrar em um local completamente estranho, com culturas, crenças, valores muitas vezes diferentes da minha realidade, fazia com que eu me sentisse 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 que encontrei para tentar avançar na relação de cuidado na fase inicial. Os aspectos biológicos me traziam maior segurança, visto ser “objeto” da minha vivência profissional e conteúdo de estudos anteriormente realizados.

Pude perceber, porém, durante os primeiros encontros domiciliares que a família reconhece a dimensão biológica, sendo uma necessidade expressa pelos sujeitos e que também trazia conforto aos pais e demais familiares, aspecto que vinha ao encontro das falas no momento hospitalar, em que afirmavam sentir-se aliviados em poder contar com o auxílio de um profissional dentro de suas residências na fase seguinte a alta hospitalar.

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 se desinibiam, tornavam-se espontâneos, percebiam que a presença da enfermeira poderia auxiliá-los não somente a compreender as demandas de cuidado do RN egresso, mas as 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.

Verifiquei que as questões biológicas foram focos de cuidado durante a fase do contato inicial em seis das sete famílias acompanhadas, e em apenas uma delas as características foram diferentes, sendo as relações familiares destaque desde o primeiro encontro no domicílio.

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. Porém, 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.

Cumprindo o que Lacerda (1996) propõe ao descrever o contato inicial em seu processo de cuidar de forma a operacionalizar o Cuidado Transpessoal de Jean Watson, os primeiros encontros com as famílias foram repletos de descobertas, conhecimento mútuo e o desvelamento de ambas as partes na maioria dos casos. Apesar do foco estar na dimensão biológica, aconteceram momentos de trocas e a relação aos poucos evoluía.

Questões biológicas surgiram e foram trabalhadas em parceria, sempre levando em consideração os conhecimentos maternos e as condições da família, na tentativa de aliá-los e manter a proposta de cuidado dentro da realidade dos sujeitos, seguindo o seu referencial [...] A mãe perguntou sobre o meu trabalho, com o intuito de me conhecer melhor [...] estava descontraída, sorridente e com atitudes

*que demonstravam interesse pela relação que se iniciava. (família constelação)*⁷

Na tentativa de atingir o cuidado transpessoal, utilizei elementos do processo *clinical caritas*, os quais auxiliaram durante os momentos de cuidado ocorridos entre os envolvidos nesta relação. Dessa forma, os elementos 1 e 2 foram os que mais utilizei, onze e quatorze vezes respectivamente. Os elementos 2 e 4 foram os únicos elementos aplicados com todos os sujeitos da pesquisa na fase do contato inicial. O elemento 4 foi utilizado oito vezes.

Isso se deve ao fato do contato inicial ser um período em que a enfermeira deve mostrar-se presente, respeitar crenças, costumes e o modo de vida subjetivo do outro, para que tais informações possam subsidiar a continuidade do cuidado nas demais fases do processo e para que os seres cuidados sintam-se respeitados e valorizados por aquele que os cuida, fortalecendo as possibilidades de sucesso na relação, em que, juntos, caminham para o mesmo propósito.

Assim, a aplicação do elemento 4, nesta perspectiva de cuidado, denota a intenção do cuidar pela enfermeira: colocar-se na relação, desenvolver e sustentar uma relação de cuidado, ajuda e confiança autêntica, com o compromisso verdadeiro de estar com o familiar de neonato egresso de UTI, para que, além dos cuidados específicos direcionados ao bebê, possa ser desenvolvido um cuidado que se manifeste pela presença genuína, pela atitude de ouvir, do olhar que conforta, do toque que acalma e, até mesmo, do silêncio que regozija.

A utilização de tal elemento com todas as famílias envolvidas é capaz de expressar o interesse do pesquisador em adentrar na relação de cuidar, construir uma relação de confiança com o outro para que as possibilidades de cuidados possam emergir e serem capazes de se reconstituir. Possibilita, ainda, ao cuidador familiar, a restauração da sua vida, mesmo na vigência de uma condição adversa.

Mathias (2007) aborda que o papel da enfermeira, ao cuidar de modo transpessoal do familiar cuidador, deve ser o de capacitá-lo a refletir sobre sua realidade, para que se torne apto a intervir nos acontecimentos, buscando melhores formas de transformar sua vivência diária e sentir-se bem mesmo diante de circunstâncias adversas.

⁷ Trecho extraído do relatório emergido a partir do diário de campo e notas metodológicas utilizadas para registro dos dados após os encontros domiciliares.

No entanto, observei que os elementos 8 e 10 do processo *clinical caritas*, foram utilizados em apenas uma família, constituindo os elementos menos expressivos nesta fase do processo de cuidar. Tais elementos reportam às características não biológicas, se relacionam com movimentos de energia, consciência, ambiente de *healing*, mistérios espirituais, dimensões da vida e da morte.

Refletindo a esse respeito, percebo que ao primar pelos aspectos biológicos como estratégia de aproximação na fase do contato inicial, aspectos transcendentais ao corpo físico podem não ter sido integralmente contemplados, fato que pode prejudicar o cuidado transpessoal se esse enfoque persistir nas demais fases do processo de cuidar, visto que este constitui, em seu âmago, o cuidado que ultrapassa a dimensão da materialidade, invoca o outro como ser sagrado na relação e propõe o alinhamento do corpo, mente e espírito na busca da reconstituição entre os seres envolvidos. Assim, o cuidado transpessoal só é possível com o olhar voltado para as necessidades multidimensionais do ser cuidado, envolvendo, desse modo, os aspectos espirituais, energéticos, mentais que extrapolam os limites do corpo físico, biológico.

Por fim, um aspecto chamou minha atenção durante o desenvolvimento desta fase ocorrida nos domicílios: o fato expresso por duas famílias (planetas e constelação) relacionado a dificuldades de entendimento com relação às orientações recebidas da equipe de saúde no momento da alta. As famílias verbalizaram o sentimento de vergonha em solicitar novas explicações, impotência por estar em um local estranho e sem poder de decisão, timidez em perguntar fatos não esclarecidos e não trabalhados durante o período de internação e, ainda, menosprezo pelos seus sentimentos e de suas possíveis dificuldades no retorno ao lar.

Assim, o cuidado transpessoal permite à enfermeira uma escuta cuidadosa do outro em todas as suas dimensões, para que seja capaz de captar as necessidades subjetivas deste e não somente os aspectos objetivos do cuidar, para que consiga perceber o outro e dar abertura para que este possa ser ativo na relação, evitando interpretações distorcidas ou precipitadas de determinados acontecimentos, capazes de evoluir para sentimentos de desprezo e desconsideração das suas possíveis dificuldades.

Cuidar do outro por meio da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson é entender que tal ação não é possível unilateralmente. Para que o cuidado

transpessoal ocorra é preciso a presença genuína do outro, ambos devem ser partícipes do cuidado. Ao permitir a expressão dos sentimentos do ser cuidado mediante o diálogo, o ouvir empático, abre-se espaço e oportunidade para a personificação das famílias, pois todos estão envolvidos na relação de cuidado e suas particularidades são relevantes para a continuidade do processo e conduta da enfermeira.

Aproximação

Ao dar continuidade à segunda fase do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), descrevo particularidades desta etapa e aspectos importantes desenvolvidos durante os encontros domiciliares com as famílias de neonato egresso de UTI, sujeitos deste estudo.

Conforme descrito anteriormente, duas famílias tiveram o contato inicial findado no decorrer do primeiro encontro domiciliar. Desta forma, a fase da aproximação se iniciou ainda neste encontro e se estendeu até o segundo encontro. Todas as demais famílias tiveram esta fase iniciada no segundo contato domiciliar, sendo que, para três delas, a finalização ocorreu ao término deste, e outras duas famílias (astros luminosos e peixes) necessitaram ter a fase da aproximação finalizada ao término do terceiro encontro no domicílio. Vale ressaltar ainda, que a família flores teve a fase da aproximação retomada no quinto encontro domiciliar, devido a particularidades anteriormente citadas que acarretaram um distanciamento entre os encontros.

Mathias (2007) expõe que ao desenvolver o cuidado de Enfermagem transpessoal, surge diante do profissional a oportunidade real de estabelecer uma relação de ajuda-confiança por meio da qual será possível identificar 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. Mas, para que isso se torne real, Watson (1985) afirma que o cuidado de Enfermagem transpessoal só é possível quando há 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.

Destaco 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 pudéssemos partir para o encontro transpessoal, fato que aconteceu com apenas uma, das duas famílias citadas e será discutido na próxima etapa do processo de cuidar.

[...] Estrela expressou poucas dúvidas e quando as fez era relacionado à saúde do filho, apenas respondia as minhas perguntas, não desenvolvia o assunto, existindo vários momentos de silêncio. (família astros luminosos)

[...] 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, para o encontro transpessoal. Sendo assim, discorro acerca dos elementos utilizados nesta fase, considerando suas particularidades.

Os elementos mais presentes na fase de aproximação foram o 2 e o 5 com dez e nove utilizações respectivamente, sendo aplicados com todas as famílias sujeitos do estudo.

Isso se deve ao fato de que na aproximação a relação já evoluiu e outros assuntos emergem do contato entre os seres. O profissional se coloca na posição de ouvinte e o ser cuidado expõe fatos com maior naturalidade do que durante no contato inicial devido à proximidade estabelecida com a enfermeira. Desta forma, ocorre o apoio à expressão dos sentimentos dos sujeitos, sejam eles positivos ou negativos com o propósito de desvelar o outro, conhecer seu referencial de vida e caminhar para a união. Mas, não basta identificar tais aspectos, é necessário respeitar o sistema de crenças, cultura e o mundo de vida subjetivo de cada um, sem análises ou julgamentos. O profissional cuidador pode ainda associar a estes, a empatia como instrumento facilitador da aproximação entre os seres em uma relação de cuidado.

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)

Ao referir-se ao elemento 2, Fonsêca (2004) afirma que a partir de seu marco de referência, a enfermeira, ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o. É necessário ir além da ciência, sem se contrapor a ela, acrescentando fé e esperança para fortalecer ainda mais a pessoa cuidada diante das diversidades da vida.

Quanto ao elemento 5, a autora refere que

a necessidade de expressar os sentimentos deve ser considerada e valorizada como instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado. Assim, ajuda-se a pessoa a reconstituir a si mesma e a encontrar-se, através do seu próprio sentir e a partir de sua história (FONSÊCA, 2004, p. 32).

A enfermeira cuidadora, ao utilizar os elementos do processo *clinical caritas* no momento de cuidado a fim de atingir o cuidado transpessoal, deve verdadeiramente estar na relação, posicionar-se de modo genuíno, inteira, aberta para as possibilidades de cuidado que emanam em cada ocasião. Ao dispor da sensibilidade e da empatia como instrumentos auxiliares, estabelecerá uma profunda conexão com o ser cuidado, o que possibilitará o encontro dos *selves* no momento da união dos seres.

Ressalto ainda a importância dos elementos 3, 4 e 7 nesta fase do processo de cuidar, os quais aparecem em destaque devido ao número considerável de oito utilizações cada.

O elemento 3 apresenta características peculiares por focar os aspectos espirituais dos seres envolvidos na relação de cuidar. Fonsêca (2004, p. 31) coloca que para haver interação verdadeira entre enfermeira e ser cuidado, é necessário o agir de modo sensível, fato que é possibilitado por intermédio da utilização deste elemento. Afirma ainda que “no momento em que a enfermeira busca aumentar sua sensibilidade, ela torna-se mais autêntica e isso conduz ao autocrescimento e à autorealização.”

Para tanto, faz-se necessário cultivar práticas espirituais próprias que possibilitam a conexão com o espírito. “À medida que a pessoa se torna mais consciente, torna-se mais sensível.” Tal sensibilidade é capaz de possibilitar que a

enfermeira transcenda na relação e não permite que diferenças de crenças e de valores morais tornem-se obstáculos, além de assegurar o respeito à individualidade da pessoa cuidada (FONSÊCA, 2004, p. 31).

Procurei utilizar os elementos [...] (do processo clinical caritas) na tentativa de que a família percebesse meu interesse na relação, sentissem cuidados ao mesmo tempo em que cuidavam, tivessem suas crenças respeitadas, não fossem prejudgados e pudessem aprender coisas novas com os erros e reflexões, com o objetivo de superar uma fase difícil e buscar a reconstituição de suas vidas. (família planetas)

Quanto ao elemento 4, a mesma autora supra citada traz que a interação, objetivada nesta fase, deve ser calcada em sentimentos como o respeito, a honestidade e a verdade, de forma a promover a aceitação e o entendimento do outro, sem julgamentos. Afirma que devem ser utilizados outros instrumentos que auxiliem este processo, como a comunicação verbal e não-verbal e o ouvir o outro de forma empática, para que a enfermeira possa perceber o ser cuidado profundamente. Aponta que as características necessárias para a enfermeira desenvolver essa relação são a compatibilidade, a empatia e a calidez.

Cuidar com empatia significa entender e compreender o outro como gostaria de ser compreendido, cuidado. É entender a situação do outro, ver-se no lugar e sentir-se em proximidade e igualdade; envolve, também, atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado. A relação de empatia é desenvolvida a partir da capacidade de colocar-se no lugar do outro, seja em situações gratificantes ou de frustração, mas, os seres humanos são singulares e possuem histórias de vida peculiares a si, por isso, nem sempre será possível perceber do mesmo modo. No entanto, a empatia pode ser percebida de modo semelhante, não idêntica, mas próximo ao que o outro percebe para si (BAGGIO, 2006).

Torna-se importante referir a empatia por entender que este instrumento auxilia a enfermeira a compreender o universo de significados que envolvem o cuidado domiciliar ao cliente e sua família, e que este se soma ao preconizado como prática do cuidar em Enfermagem, proposto pelo referencial teórico que embasa a construção deste estudo.

Em contrapartida, o elemento 9 foi pouco utilizado nesta fase, aparecendo em cinco situações e utilizado em apenas três famílias (flores, cores e constelação), o que conota que o foco desta fase não está nos aspectos biológicos, físicos ou de

necessidades básicas e sim, nos aspectos emocionais, mentais e espirituais, característica dos elementos que sobressaíram.

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 UTI vivenciam uma prática diária de descuido de si. Tal prática em algumas famílias acontecia de modo imperceptível pelos familiares e pela própria cuidadora (família flores, astros luminosos e pedras preciosas), porém, em outras, esse fato era uma queixa materna e motivo de sofrimento verbalizado (família planetas e cores). Para explicitar o exposto, remeto um trecho extraído do relatório oriundo 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. Percebi que ela tem esquecido de si. [...] Além disso, ela não tem se alimentado adequadamente e nem realizado acompanhamento médico [...].
(família astros luminosos)

Desse modo, 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 (LUNARDI, 1999). Ou, conforme já descrito por Wendhausen e Rivera (2005), a base do cuidado de si é aprender a cuidar de nós mesmos, conhecendo-nos, descobrindo-nos, para então, cuidarmos do outro.

Encontro transpessoal

A terceira fase do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996) teve início diferenciado nas famílias sujeitos do estudo. Em algumas, o encontro transpessoal teve início no decorrer do segundo encontro domiciliar (família planetas e constelação), para outras, este se deu no terceiro encontro (família flores e pedras preciosas) e para uma, ocorreu durante o quarto contato no domicílio (família peixes).

Para atingir o cuidado transpessoal e a reconstituição dos seres envolvidos, foram utilizados os elementos do processo *clinical caritas* durante os momentos de cuidado desenvolvidos com as famílias, entre os quais, destaca-se o elemento 2,

com dez utilizações, como o mais expressivo nesta fase, o qual se fez presente em todos os casos em que esta etapa foi contemplada.

Outros elementos importantes e que auxiliam a enfermeira cuidadora a atingir o cuidado transpessoal e que também apresentaram considerável número de utilizações, foram o elemento 3, aplicado sete vezes com cinco famílias. O elemento 6 aparece 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.

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 é de suma importância que associe a este saber “a consciência, sensibilidade, saber estético, artístico e o conhecimento intuitivo para identificar as necessidades que emergem do ser cuidado”, pois ao entrar no espaço ou ambiente do outro, de forma consciente do cuidado e da própria presença, cuide-se de forma autêntica, genuína (FONSÊCA, 2004, p. 33).

Tais características são agregadas quando se utiliza o elemento 6 do processo *clinical caritas* durante os momentos de cuidado vivenciados entre a enfermeira cuidadora e o ser cuidado. Mas, além das características descritas, tem-se o elemento 8 que considera o ambiente de cuidado como fator relevante para a promoção da reconstituição.

Conforme descrito por Watson (2008), a enfermeira precisa considerar o ambiente e suas especificidades, tais como: conforto, segurança, privacidade, ambiente esteticamente limpo, reorganização do quarto do cliente para que a cama tenha um lugar que possibilite uma visão apropriada da natureza, abrir ou fechar janelas, ouvir o cliente, envolver os membros da família, além de considerar o controle da dor e sofrimento humano, respeitando seu significado espiritual e cultural e sistema de crenças, para atingir com o cliente a reconstituição.

Por outro lado, o elemento com menor número de aplicações foi o 9, o qual 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 cuidado da alma.

A fase do encontro transpessoal proporcionou o desvelar de sentimentos, sensações e emoções nos seres envolvidos no processo de cuidar e a união destes,

para que ao separar-se estivessem reconstituídos, transformados e capazes de seguir suas vidas de modo independente, mas restaurados e superados em suas dificuldades.

[...] um momento de silêncio tomou conta do ambiente, sentia-me tocada por um sentimento de impotência e de dor, o envolvimento e a empatia me transformaram, faziam com que eu repensasse valores e condutas. Em poucos segundos, vários pensamentos tomaram conta de mim, refleti acerca das minhas ações profissionais e pessoais e percebi que novos caminhos se abriam a minha frente. (família planetas)

Alguns momentos de silêncio ocorreram e nos tomaram conta, fazendo com que pudéssemos viver as transformações e sentir as mudanças que estavam acontecendo, com um sentimento de paz interior e alegria da alma. (família peixes)

Assim, pude perceber e compreender a importância da fé e da espiritualidade para algumas famílias. Muito mais do que a realização de qualquer cuidado, orientação, ouvir empático, olhar ou toque terapêutico, a fé movia a família e determinava os acontecimentos, os sucessos, vitórias e superações. Em nome desta fé/crença em algo superior, eles continuavam a viver e a acreditar que existia uma chance de tudo se resolver, pois de nada adiantava todo o processo desenvolvido se a espiritualidade não estivesse presente nas ações e pensamentos dos envolvidos.

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)

Desta maneira, a fé/espiritualidade foi aspecto constante e marcante entre as famílias constelação, pedras preciosas e planetas. Nas duas últimas devido a condições semelhantes de problemas relacionados ao bebê egresso da UTI, a fé superava os aspectos físicos/biológicos e se acreditava fielmente de que algo superior seria capaz de transformar a criança em um bebê saudável e “normal” (sem problemas físicos ou mentais).

[...] A família crê em Deus, é frequentadora da igreja e deposita muita fé na recuperação do menino, acreditando na força do batismo como fonte de recuperação e benção divina. [...] A avó verbalizou

sobre atrasos no desenvolvimento de outros membros da família, como se tal fato justificasse algum atraso que Ônix apresenta ou venha a apresentar futuramente. (família pedras preciosas)

A mãe acredita que Deus poderá realizar um milagre e transformar seu filho em uma criança normal, e se dispõe a realizar o que for preciso para isso. [...] (família planetas)

Watson (2008, p. 191) afirma em seu elemento 10 que não existe em nossa mente e na ciência moderna todas as explicações para a vida-morte e para todas as condições humanas que enfrentamos, mas é preciso que estejamos abertos às indefinições que não podemos controlar e permitir até mesmo um “milagre” em nossas vidas.

O cuidado transpessoal, entendido nesta dimensão, “possibilita um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro, promove a ampliação da capacidade de reestruturação.” O cuidado que engloba e valoriza o trinômio corporemente-espírito é capaz de mudar o foco do cuidado, passando do foco da cura para o de reconstituição e amor (FAVERO *et al.*, 2009, p. 217).

No entanto, o encontro transpessoal não chegou a se concretizar com dois sujeitos. Com uma família, esta fase foi iniciada durante o terceiro encontro domiciliar, mas não completamente contemplada. A relação era unilateral e embora tivéssemos envolvimento, as questões que emergiram eram unicamente da família e não atingimos a união dos *selves* e as almas não foram tocadas, conforme relato

[...] não me senti cuidada (pesquisador) pela família e tenho a sensação de que fui a ponte necessária para que pudessem alcançar a outra margem do rio, na tentativa de um autoconhecimento, reflexão e superação, mas sentia que a reconstituição não havia se concretizado. (família cores)

Em outro caso, conforme descrito na etapa de adequação ao padrão no princípio da análise dos dados, especificidades e particularidades ocorridas durante o desenvolvimento da relação com a família astros luminosos, dificultaram e acabaram impossibilitando atingir esta fase do processo de cuidar. Assim, durante o caminhar com esse sujeito, aspectos emergiram e foram capazes de influenciar de forma decisiva na evolução do caso, tais como: postura de defesa do membro da família participante da pesquisa e principal cuidador do neonato; falta de cumplicidade durante os encontros (olhar e fala voltados ao filho como se eu não estivesse presente); momentos de silêncio sem desenvolvimento do assunto em

construção; marcação de compromissos para o horário previamente agendado para os encontros; dificuldades em manter contato (celular desligado, e sem telefone fixo); cancelamento de encontros agendados; recusa quanto à oferta de cuidados, afirmando não ser necessário, pois já sabia, não tinha dificuldades ou simplesmente não queria; negar-se a ir até outro ambiente capaz de proporcionar privacidade, visto que sua residência não promovia tal condição; esquecer de encontros agendados (estar dormindo no horário agendado) e se ater a questões biológicas, retomando-as quando partíamos em outra direção, entre outros.

Quando caminhávamos para o término da relação, alguns aspectos subjetivos emergiram e foram compartilhados, mas já era momento de nos separarmos. Percebo que não houve envolvimento entre os *se/ves* da enfermeira e do ser cuidado. As partes se modificaram e se fortaleceram, mas não houve união.

Vale destacar que cada família possui um tempo próprio para adentrar e avançar na relação. Elas possuem peculiaridades capazes de interferir no ritmo com que cada fase do processo de cuidar é ultrapassada, e que talvez, o tempo necessário para que isso acontecesse não tenha sido suficiente para que estes sujeitos pudessem atingir completamente a fase do encontro transpessoal.

Watson (2002b, p. 115) descreve que o transpessoal se refere a uma relação intersubjetiva, de pessoa para pessoa, que inclui dois indivíduos em um dado momento, mas que transcende os dois simultaneamente, ligando-os a outras dimensões e criando um novo campo fenomenológico. Nessa estrutura, os dois indivíduos que se unem em um momento de cuidar, estão em um processo de ser e de se tornar. “Ambos transportam para a relação uma história de vida e um campo fenomenológico que é experienciado de modo único (a partir do mundo de vida interior de cada um), e cada um é influenciado pela natureza do momento,” dependendo da consciência, da intencionalidade e autenticidade do receptor dos cuidados. “Ao unirem-se, esses criam um novo campo, em que fazem parte deste novo todo, nesse momento, e esse momento torna-se parte da história de cada pessoa.”

Separação

Finalizando a síntese dos casos cruzados descrevo como se deu o processo de separação entre as famílias de neonato egresso de UTI, cuidadas durante o desenvolvimento deste estudo.

Esta fase do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), aconteceu entre o quarto e o quinto encontro domiciliares para quatro famílias, e entre o quinto e sexto para três famílias. Apenas a família Flores teve o processo de separação ocorrido entre o sexto e sétimo encontro.

Com quatro famílias a separação partiu do pesquisador por entender que os objetivos haviam sido cumpridos e que ambos, cuidador e ser cuidado, deveriam se libertar 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 sujeitos, e, em uma (família pedras preciosas), o início do processo de separação partiu do pesquisador, porém o término desta ocorreu de modo abrupto devido à morte do bebê.

Lacerda (1996) enfatiza que a separação pode ocorrer com a maturidade das partes envolvidas ou de forma abrupta sem que tenha ocorrido transformação, seja por recuo do cliente, necessidade de maior preparo da enfermeira ou do cliente ou ainda pela necessidade de suporte de outro profissional.

Com a família Cores surgiu esta necessidade, devido ao fato da mãe possuir diagnóstico de transtorno mental e estar sem acompanhamento especializado desde o início da gestação. No início da nossa relação, era possível alcançar os objetivos propostos pelas fases do processo com o intuito de operacionalizar o cuidado transpessoal, mas em certo momento senti-me limitada para cuidá-la em sua multidimensionalidade. A mãe enfrentava alterações de humor cada vez mais constantes, conflitos familiares e interiores chegando a verbalizar a vontade de acabar com a própria vida. Neste momento, houve a necessidade de encaminhar para um outro profissional especializado nessa área para seguimento aos cuidados que se faziam necessários e que eu não poderia alcançar.

Após o encaminhamento, continuamos nossa relação até o momento em que a família decidiu se afastar por entender que haviam iniciado um processo de regeneração e apropriação de conhecimentos necessários, capazes de auxiliá-los no enfrentamento das situações futuras da vida.

Alves *et al.* (2007) afirmam que para o cuidado domiciliar é fundamental o trabalho em equipe em que os profissionais e a família desempenham diferentes papéis e funções, mas com um mesmo propósito, o bem-estar do cliente. Assim, a enfermeira atuante no cuidado domiciliar tem entre suas responsabilidades a de

identificar a demanda de cuidados para outros profissionais, como o fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou o médico, pois conforme Alves, *et al.* (2004), 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.

Quanto à utilização do processo *clinical caritas* nesta fase, três elementos destacaram-se: o 8 e o 10 com seis utilizações cada, e o 6 com cinco usos durante a fase da separação.

Conforme descrito na fase anterior, tais elementos enfatizam o ambiente de cuidado como fator de extrema relevância no cuidado transpessoal, os vários tipos de conhecimentos utilizados pela enfermeira durante os momentos de cuidado com o ser cuidado e a necessidade de entendimento que não estamos sós no universo e que forças espirituais podem estar envolvidas em situações que nunca poderão ser totalmente explicadas.

Percebo desta forma, que a utilização desses elementos durante a fase da separação conota o evoluir da relação desde o momento do contato inicial e demonstra que o cuidado transpessoal foi gradativo. Revelou-se um processo que abrangeu conhecimento mútuo, envolvimento e desvelar de histórias de vida, encontro e união destes seres, para que ao término estivessem completos, restaurados e prontos para seguir em frente, desta vez, separados.

Em contrapartida, os elementos menos expressivos durante o desenvolvimento desta fase, foram os elementos 1 (com apenas uma utilização em uma família), 4, 7 e 9 (todos com duas utilizações em somente duas famílias).

O elemento 4 conota o desenvolvimento e sustentação de uma autêntica relação de cuidado, porém, Lacerda (1996) afirma que a separação é inevitável e que esta exige a quebra do vínculo estabelecido, fato que justifica sua modesta utilização, visto que o propósito não é desenvolver a relação e sim, estabelecer o fim desta em que os pares sentem-se fortalecidos para seguir individualmente seu caminho.

Quanto aos elementos 7 e 9, percebe-se que sua pouca utilização refere-se a mesma característica, em que se prioriza o fim da relação, pois o primeiro aborda as práticas de ensino e aprendizagem em que a vivência do ser cuidado serve como ponto de partida para o crescimento de ambos os seres envolvidos. Mas nesta fase, o processo de ensino e aprendizagem já ocorreu, e, então parte-se para a aplicação

dos conhecimentos adquiridos conjuntamente de modo individual, nas situações da vida diária. O elemento 9 contempla o auxílio da enfermeira cuidadora às necessidades básicas dos seres cuidados, com o intuito de potencializar o alinhamento da mente, corpo e espírito, mas do mesmo modo, o alinhamento já ocorreu e os seres partem restaurados, modificados e separados para as novas etapas da vida.

Apresento a seguir uma representação gráfica do cuidado vivido com as famílias de neonato egresso de UTI em ambiente domiciliar, com base nas fases do processo de cuidar de Lacerda (1996) e nos elementos do processo *clinical caritas* mais expressivos em cada uma delas.

6 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO VIVIDO

Apresento reflexões a partir da vivência do cuidado transpessoal à família de neonato egresso de UTIN em ambiente domiciliar no que se refere à prática da Enfermagem e dos profissionais de saúde em geral, bem como ao sistema de saúde, para a formação e ensino da Enfermagem e desdobramentos para pesquisas futuras na área de Enfermagem e de saúde.

a) Para a prática da Enfermagem

A Enfermagem como profissão do cuidar, ocupa-se do cuidado ao ser humano, em vários cenários, ou conforme Watson (2008) afirma, em vários ambientes de cuidado. Assim, o cuidado ao outro é ação principal deste profissional, esteja o cliente em um ambiente prestador de serviços de saúde, na comunidade ou no domicílio.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizadas duas grandes áreas de estudos e atuação da Enfermagem: o cuidado domiciliar e o cuidado transpessoal.

Com o vislumbrar do cuidado transpessoal, ocorre a necessidade de superação de um modelo biologicista, focado nos aspectos físicos e patológicos para um modelo multidimensional, capaz de cuidar do outro em sua pluralidade, indo além dos aspectos biológicos e olhando a dimensão espiritual, psicossocial do ser cuidado, sem esquecer do cenário no qual este se encontra e no qual o cuidado acontece. Ao atentar para a expressão corporal, tom de voz, o olhar e as informações subliminares em cada fala ou até mesmo no silêncio surgido, abrem-se inúmeras oportunidades de cuidado, as quais, permeadas pela sensibilidade, empatia e os diversos tipos de conhecimento envolvidos nesta filosofia de cuidado, possibilitam a percepção e o auxílio às necessidades de cuidado do outro.

Ao olhar o ser cuidado nesta perspectiva, é importante que a enfermeira olhe também para si, seja capaz de reconhecer as suas necessidades de cuidado, para então estar na relação com o outro integralmente.

Com a prática de um cuidado que coaduna com o exposto, a enfermeira precisa desenvolver competências para a realização desta forma de cuidar e ser capaz de perceber aspectos sutis do ser humano, considerando suas crenças,

valores, sentimentos e toda a subjetividade do ser cuidado, de forma que os aspectos objetivos e subjetivos façam parte de um único todo.

Esta, talvez, seja a principal contribuição do cuidado transpessoal para a prática da Enfermagem: desenvolver, na enfermeira, a expansão do olhar, enfocando o outro na sua multidimensionalidade, no qual os aspectos biológicos são apenas uma das possibilidades de cuidado, na tentativa de junto com o outro promover a reconstituição das suas vidas e o alinhamento da mente-corpo e espírito, para que restaurados, enfermeira e cliente, possam seguir suas vidas de modo individual, porém, transformados.

Para operacionalizar a aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal, é possível que a enfermeira utilize integralmente todas as fases do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), pois o processo possibilita a aplicação da teoria, visto que a teórica não propõe um processo de Enfermagem que possa nortear a aplicação da sua teoria.

Quanto aos profissionais da Enfermagem que atuam no cuidado domiciliar de atenção à saúde, a apropriação deste referencial possibilita que a enfermeira se instrumentalize para o cuidado humano, que rompa as barreiras do físico, patológico, favorecido pelo ambiente, local de domínio do cliente, o qual é capaz de propiciar maior segurança para a realização de questionamentos acerca de suas dúvidas ou dificuldades, de envolvimento com os demais membros da família, reconhecimento da estrutura familiar e suas reais demandas de cuidado, para um possível cuidado de Enfermagem transpessoal.

Essas são potencialidades apontadas tanto do cuidado domiciliar quanto do cuidado transpessoal de Enfermagem, que, aliadas, são capazes de promover o cuidado humano integral ao cliente dentro da sua realidade e inserido ao seu modo de vida e sistema de crenças.

Mas, para isto, há necessidade de capacitação contínua, tanto para o desenvolvimento do cuidado domiciliar, como para a prática do cuidado transpessoal de Enfermagem, a fim de que o profissional possa desenvolver competências e habilidades capazes de proporcionar o cumprimento dos seus objetivos como cuidador e os dos clientes por ele cuidados. Além deste, é imprescindível que a enfermeira se identifique com o referencial teórico, pois nem todo profissional está capacitado para aplicar o cuidado transpessoal proposto por Jean Watson ou tem

identificação pessoal para tal, devendo ter respeitadas suas crenças e valores individuais.

Sabe-se, porém, que mesmo o profissional de Enfermagem apto para cuidar do outro no domicílio e possuidor de embasamento teórico científico proporcionado pela Teoria do Cuidado Transpessoal e demais conhecimentos adquiridos em sua prática e desenvolvimento profissional, pode esbarrar em limites profissionais para a efetivação do cuidado.

O principal limite profissional enfrentado na efetivação desta pesquisa foi quando houve a necessidade de encaminhamento do cliente para outro profissional, por entender que outro membro da equipe multiprofissional de saúde, pela sua formação profissional específica, poderia avançar nos cuidados e auxiliar o cliente a superar aquela condição adversa de saúde.

Lacerda (1996) aponta para a possibilidade de separação durante a realização de seu processo de cuidar quando existe a necessidade de suporte de outro profissional para o seguimento do alcance das metas do cuidado.

b) Para a prática dos profissionais de saúde

É imperativo que todos os membros da equipe multiprofissional de saúde, atuantes nos diversos ambientes de cuidado ao RN, sejam capazes de atender não somente a este cliente, mas também a sua família, cada qual na sua área de competência, porém com objetivos semelhantes.

Nessas famílias, constatou-se que as mães foram as principais cuidadoras dentre os familiares de neonato egresso de UTI e estas, de maneira geral, sentiam-se sobrecarregadas com a demanda de cuidados do bebê, da casa e dos demais membros da família, em que lhes faltava tempo e até mesmo disposição para o cuidado de si.

Esta observação vem ao encontro com outros estudos que apontam que o cuidado no domicílio é exercido principalmente pelas mulheres (GAÍVA; FERRIANI, 2001; SENA *et al.*, 2006), e que estas são influenciadas pelos cuidados e orientações recebidas e percebidas pela equipe de saúde durante a hospitalização e após a alta para o domicílio (SOARES, 2008).

Ao trabalhar a valorização da condição da família de neonatos hospitalizados em UTIs, ou egressos destes locais, será possível o entendimento de aspectos subjetivos destes sujeitos e se descortinará um universo de possibilidades

de cuidados, sejam eles dentro do ambiente hospitalar, como a introdução precoce dos pais no cuidado ao filho hospitalizado, fato que proporciona mecanismos para a instrumentalização destes para o cuidado domiciliar; promoção da aproximação entre a família e a equipe de trabalho; formação de vínculo entre pais e filhos e diminuição de ansiedade parental; entre outros, como extra-hospitalar, valorizando o sistema de crenças, hábitos familiares, relações familiares, condição sócio-econômica-cultural, etc.

Nesta perspectiva, a utilização da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, favorece a concretização de tal valorização, pois exige que a enfermeira perceba o outro na relação como sujeito ativo e imprescindível para a realização do cuidado.

Mediante o relato de algumas famílias, pôde-se perceber a importância do cuidado à família e como a equipe de saúde pode auxiliar no enfrentamento de condições desfavoráveis, por meio da atenção, da presença, de gestos e palavras acalentadoras e até mesmo restauradoras.

Entretanto, foi possível identificar que o momento da alta hospitalar é cercado de grande expectativa e ansiedade por parte das famílias, em que sentimentos de alegria e medo convivem lado a lado. Então, é preciso que a equipe multidisciplinar trabalhe aspectos referentes a encaminhamentos, orientações gerais, cuidados específicos, medicamentos etc., em várias situações durante a internação e não somente na alta hospitalar, pois neste momento, os pais podem apresentar dificuldades para a assimilação das informações, o que propicia falhas quanto ao seguimento dos bebês no domicílio, ansiedade e cuidados inadequados à criança, capazes de evoluir para a necessidade de rehospitalização ou atendimento emergencial.

Kenner (2001) acredita que seja necessário oferecer suporte à família durante toda a permanência do neonato no hospital, cabendo à equipe multiprofissional de saúde fornecer informações, orientações e capacitação aos pais para o cuidado ao RN, além do apoio psicológico aos familiares.

Um ponto positivo externado por muitas famílias foi o trabalho com grupos de pais desenvolvido pela UTIN, o qual se trata de um grupo multidisciplinar de apoio à família de neonato hospitalizado em UTIN. Além das vantagens para a família, o grupo traz para os diferentes profissionais atuantes neste local a possibilidade do contato direto com cada familiar, membros estes que muitas vezes

não são conhecidos pelos rígidos horários de visitas das UTIs, escalas de plantões ou atuação indireta na unidade, fatos que podem dificultar o contato com a família e favorecer o distanciamento dos seres, culminando com a falta de envolvimento, percepção do outro e de uma relação de cuidar propriamente dita.

Ao perceber a importância da família e do contexto de vida envolvido para o cuidado ao bebê, e que este cuidado não se finaliza com a chegada da alta hospitalar, a equipe de saúde poderá envolver-se em ações que possibilitem a continuidade dos cuidados prestados neste ambiente especializado e contribuir para a diminuição de agravos a saúde dos envolvidos.

Além disso, mesmo sem perceber a importância de alguns atos, a equipe de saúde possui uma importância ímpar na vida das famílias, pois estes podem observar o modo como cada profissional cuida dos seus filhos e aprender o cuidado por meio da observação. Isso pôde ser percebido durante o processo desenvolvido com duas famílias (constelação e pedras preciosas), as quais utilizaram ferramentas do ambiente hospitalar e as adaptaram para o cuidado domiciliar do bebê. Assim, mediante o uso da criatividade e da observação, construíram interessantes instrumentos para cuidar dos bebês no domicílio. Como por exemplo, luvas de procedimento preenchidas com pequenas bolinhas de isopor capazes de auxiliar no posicionamento da cabeça do bebê, rolinhos com cobertores para apoio corporal, boia inflável sendo utilizada como coxim, entre outros.

Percebe-se assim, a importância da equipe de saúde para que a família possa dar seguimento no domicílio aos cuidados ao neonato, mas muito ainda pode ser acrescido nas práticas diárias de cuidado da equipe ao bebê e principalmente, com a sua família para que este período de transição hospital-domicílio possa ser ultrapassado sem traumas ou prejuízo à saúde do bebê e de seus cuidadores.

c) Para o sistema de saúde

Concordo com Viera, Mello e Oliveira (2008) quando afirmam que os profissionais de Enfermagem precisam focar o cuidado ao RN de forma específica e com conhecimento apropriado, mas capazes de envolver também a família. Nesse sentido, o seguimento precisa se iniciar antes da alta hospitalar com a referência para a UBS e continuar a partir daí com o enfermeiro da atenção básica tanto nesta unidade quanto no domicílio, com atenção direcionada para as características próprias dessa criança, família, ambiente e contexto de vida a que estão expostos.

É vital para a saúde do neonato egresso de uma UTIN o acompanhamento e seguimento extra-hospitalar das suas necessidades e demandas especiais de cuidado. As unidades de saúde são as responsáveis pela maioria da continuidade do acompanhamento destes bebês após o momento da alta hospitalar, visto que apenas algumas instituições possuem programas de *follow-up* dos egressos de UTIN, e, mesmo as que possuem, tal acompanhamento é limitado a um número restrito de consultas, que privilegiam, na maioria das vezes, os aspectos biológicos da criança nos primeiros dias no domicílio. Assim, ficam sob a responsabilidade da família os agendamentos com profissionais especialistas, conforme orientação e encaminhamentos ocorridos no momento da alta hospitalar.

O que pude perceber foram que seis, das sete famílias, não realizaram tais agendamentos. Todas compareceram à consulta do *follow-up*, mas apenas uma realizou a marcação das consultas solicitadas via hospital e acompanhou a criança nos ambulatórios daquela instituição de saúde. As demais deixaram para fazê-lo em outra oportunidade e acabaram dirigindo-se às unidades de saúde para que esta instituição realizasse os encaminhamentos.

Em estudo descrito por Méio *et al.* (2005) constatou-se que o neonato egresso de UTI e portador de deficiências, enfrenta demora no início de seu tratamento devido à demanda ser maior do que a oferta de serviços com competência para prestar atendimento especializado. Sugere a criação de uma rede de informações sobre a evolução desta população de RNs capaz de permitir o conhecimento da realidade dos egressos de UTIs no nosso meio.

Viera, Mello e Oliveira (2008) descrevem a respeito da relação que deve existir entre os ambulatórios de atendimento à criança de risco que fazem o acompanhamento dos egressos (*follow-up*) e as unidades de saúde. Afirmam que o seguimento da criança hospitalizada em UTIN e de sua família deve ocorrer nos serviços de atenção primária, tendo início na primeira semana após a alta hospitalar, pois este é um período crítico para adaptação do bebê em casa, bem como da família à rotina de cuidar do egresso de UTI no domicílio. Para tanto, é preciso trabalhar com a interface do cuidado entre a rede hospitalar e básica, uma vez que a criança precisa de um seguimento especializado proporcionado pelo ambulatório de risco, mas este por sua vez não abarca o contexto domiciliar e familiar que envolve essa criança. Para tanto, o serviço de atenção básica deve estar integrado ao serviço

de ambulatório e dar continuidade ao seguimento da criança e de sua família, completando o cuidado a essa díade.

Todavia, os profissionais atuantes nas unidades de saúde, não têm acesso às informações dos prontuários hospitalares das crianças. Em alguns casos, recebem apenas um resumo de alta que vem afixado à carteirinha de saúde da criança. Com base neste documento, e demais avaliações específicas, é comum o encaminhamento para consultas com especialistas, as quais entram na fila de espera, dependendo da demanda de cada profissional, podendo levar meses até a sua concretização. Além de que, tal consulta é agendada para diversas instituições, e estas, por sua vez, também não conhecem o histórico de internação da criança, dependendo tempo em várias consultas e repetição de exames já realizados anteriormente na instituição prestadora de atendimento inicial ao bebê, para a confirmação de diagnósticos previamente estabelecidos pelos profissionais responsáveis pela primeira internação.

Ao refletir sobre estas questões, percebo o envolvimento de recursos humanos, financeiros, tempo para a realização deste processo e demora no atendimento à criança, além do possível desgaste emocional e físico da família. Estes fatos podem prejudicar a condição de saúde da criança, principalmente aquela com demandas especiais de cuidado, devido à demora na continuidade ou reavaliação de seu tratamento. É de vital importância que haja maior interligação entre a atenção primária e secundária de saúde. Sabe-se que o município de Curitiba é referência nacional em acompanhamento pré-natal e saúde da mãe e do bebê, mas ainda há muito para ser feito.

Pude constatar que as famílias preferem realizar o seguimento de puericultura dos seus bebês nas unidades de saúde, seja pela proximidade de suas residências ou pelo vínculo com os profissionais dessas instituições. Porém, quando se trata de crianças de risco, seja este biológico, social ou ambos, há necessidade de maior informação para estas unidades, não devendo ficar tais dados concentrados em prontuários restritos às instituições hospitalares.

Uma solução seria a utilização de prontuários eletrônicos *on-line* interligados em redes, como acontece com as unidades de saúde do município de Curitiba em que cada usuário possui seu prontuário eletrônico, o qual pode ser acessado de qualquer unidade de saúde da rede municipal. Mas, para atingir o proposto, além de estes serem interligados entre as unidades de saúde, também seriam

interconectados aos ambientes hospitalares credenciados ao SUS, o que possibilitaria o acesso dos profissionais da atenção primária às informações contidas nos hospitais e vice-versa.

Misoczky (2003) reafirma a possibilidade de utilização de redes interorganizacionais, horizontais, como forma de facilitar a formação de parcerias e flexibilizar a gestão. Ela aponta ainda que a utilização do sistema de referência e contra-referência na organização de ambulatórios de seguimento de recém-nascidos oriundos de UTIs também seria uma forma de otimizar recursos através desse tipo de gestão.

d) Para a formação e ensino da Enfermagem

A partir da importância apresentada acerca do cuidado domiciliar como estratégia da atenção domiciliar à saúde, aliada à Teoria do Cuidado Transpessoal, a qual foi operacionalizada mediante a aplicação do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), algumas implicações surgem no que se refere à formação da enfermeira e ao ensino da Enfermagem.

A primeira diz respeito à necessidade de capacitação desse profissional para a atuação no cuidado domiciliar. Muitos estudos apontam para a importância da competência profissional para o exercício do cuidado domiciliar e a necessidade de investimento em educação continuada, educação em saúde ou formação acadêmica, seja em disciplinas do curso de graduação, em que se invista na formação de futuros profissionais, ou até mesmo em especializações (cursos de pós-graduação) na área de cuidado domiciliar (LACERDA, 2000; CRUZ; BARROZ; ALVES, 2002; ALVES *et al.*, 2007).

Aliar os conhecimentos obtidos por meio da formação permanente e práticas de cuidado às ações diárias da enfermeira domiciliar deve ser o objetivo dos profissionais que atuam nessa área. Catafesta e Lacerda (2008) destacam que o enfermeiro atuante nesta modalidade de assistência deve desenvolver e aplicar os conhecimentos pertinentes a sua área, mas que ao fazê-lo, necessita não somente deter o conhecimento técnico-científico, mas também, ter a sensibilidade para identificar quando utilizá-lo e a capacidade de mobilizar os recursos disponíveis para o seu uso, além de conhecer os limites da profissão e necessidade do trabalho multidisciplinar.

A necessidade de formação contínua e específica, influencia, sobremaneira, outro aspecto observado e que também requer investimento educativo, a ideia ainda cultivada em alguns profissionais que atuam no modelo domiciliar de atenção à saúde de que esta é a extensão do cuidado hospitalar, aplicando na prática do cuidado domiciliar o foco biologicista, fragmentado e focado na patologia, o qual acontece de maneira expressiva no modelo dito hospitalocêntrico.

Para que se torne possível proporcionar ao cliente e família em cuidado domiciliar um sistema de cuidados amplo e capaz de contemplar aspectos objetivos e subjetivos dos seres envolvidos, são necessárias algumas competências, como conhecimentos, habilidades e atitudes, as quais possam subsidiar e fundamentar a prática do cuidado domiciliar do enfermeiro e, assim, torná-la uma prática reflexiva e não mecanicista e fragmentada (CATAFESTA; LACERDA, 2008).

Dessa forma, ao refletir acerca da formação profissional para atuação da Enfermagem domiciliar, remeto ao descrito por Watson (2008), quando afirma que além da necessidade do conhecimento e habilidade para a realização do seu trabalho, a enfermeira precisa se desenvolver como pessoa, aprender a ser, pois é necessário o envolvimento do seu *self* durante o desempenho de suas ações de cuidar, muito mais do que qualquer técnica ou procedimento.

Com relação à aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, nota-se pouca utilização prática e até o desconhecimento acerca de seus propósitos pelos profissionais da Enfermagem de modo geral e também daqueles atuantes no cuidado domiciliar, espaço que propicia o desenvolvimento desta filosofia de cuidado.

Em pesquisa realizada por Favero *et al.* (2009) verificou-se que um aspecto que dificulta a aplicação prática da teoria, é de que esta não apresenta um processo de Enfermagem que sistematize a aplicação dos ideais propostos pela teórica, além das questões institucionais e sócio-políticas que podem limitar a sua utilização. Colocam ainda, que em alguns centros de formação de graduação e pós-graduação brasileiras, pouco se valoriza a Teoria do Cuidado Transpessoal, e que os conceitos utilizados pela teórica não fazem parte dos currículos de Enfermagem no Brasil, existindo uma lacuna entre a prática educativa e a profissional, em que há necessidade de adoção de paradigmas compatíveis com a realidade brasileira e a preparação dos serviços de saúde para a implementação desses ideais, por meio de capacitação dos cuidadores para atuar com este modelo.

Assim, tanto para o cuidado domiciliar como para o cuidado transpessoal, é necessário instrumentalização dos seus referenciais e suas particularidades, pois o primeiro ainda é visto para muitos como a extensão do cuidado hospitalar e o segundo apenas como uma Teoria de Enfermagem difícil, pouco utilizada na prática dos serviços de saúde e que fica esquecida após o egresso do meio acadêmico.

e) Para novas pesquisas

Com base no exposto, observa-se pequena utilização da Teoria do Cuidado Transpessoal na prática da Enfermagem, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Há necessidade de estudos que almejem a ampliação desta investigação e que apresentem propostas de implantação desse modelo no cuidado desenvolvido pelos profissionais da Enfermagem, em especial, daqueles atuantes no cuidado domiciliar, espaço que favorece a aplicação deste referencial e pode contribuir para o avanço considerável da disciplina, como também para os clientes e familiares atendidos por esta filosofia de cuidar.

Do mesmo modo, há de se investigar junto à equipe de Enfermagem domiciliar, se os objetivos desses profissionais atingem também as necessidades dos sujeitos a serem cuidados e de seus familiares. Torna-se importante que o profissional conheça o cliente e seus aspectos subjetivos, para que os objetivos de ambos possam ser atingidos e para que se trabalhe em consonância com os aspectos e desejos do outro, sendo capaz de promover o cuidado efetivo.

Outro aspecto passível de desenvolvimento em pesquisas futuras, deve-se ao fato de que a Enfermagem utiliza pesquisa, Teorias ou teóricos provenientes de outras áreas do conhecimento para sua prática, tornando possível que o cuidado e a relação transpessoal possam ser desenvolvidos e aplicados por outros membros da equipe de saúde, principalmente aqueles atuantes no contexto domiciliar. Assim, outra oportunidade de avanço desponta englobando os demais profissionais que também realizam suas atividades no domicílio.

Finalizo concordando com a afirmação dos autores de que é preciso repensar sobre a produção científica da Enfermagem brasileira, pois se verifica que as pesquisas na área ainda são privilégios dos profissionais inseridos nas instituições formadoras, existindo poucas produções de enfermeiros atuantes no cuidado de Enfermagem prestado diretamente ao cliente e sua família. É possível verificar que a maioria das pesquisas estão concentradas na academia, ficando a

cargo dos enfermeiros docentes tal atividade (DAHER; ESPÍRITO SANTO; ESCUDEIRO; 2002).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever minha vivência como enfermeira domiciliar aos familiares de neonato egresso de UTI e, utilizando como referencial teórico a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a qual sustentou e norteou o desenvolvimento deste estudo, atendi ao objetivo proposto, visto que vivenciei o processo de cuidar pautado nesse referencial. Apresentei todas as etapas do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996) e, a partir disso, realizei o contato inicial com os prováveis sujeitos; construí a aproximação que aos poucos se estabeleceu no domicílio de cada família; busquei o desvelar entre as partes até a união entre os seres durante o encontro transpessoal e, finalmente, procedi a separação e reconstituição de cada um dos principais envolvidos neste processo.

Viver este estudo significou, para mim, descobrir um leque de possibilidades de atuação da enfermeira, além de entrar em contato com um referencial que aos poucos se tornou parte da minha vida pessoal e profissional, mudou meu modo de pensar, fez-me perceber o outro na relação de cuidado e de agir durante minha atuação como profissional da Enfermagem e ser humano que vive em grupo. Possibilitou ainda me aproximar do cuidado domiciliar, da realidade do ser cuidado, do ambiente de domínio do cliente e fez com que eu percebesse o quão distante estava minha prática, considerada “ideal”, do real em que o outro vive, o que permitiu que repensasse minha trajetória profissional para que as ações de cuidado fossem capazes de refletir tudo o que vivi e aprendi com o percorrido até aqui.

Muito ainda é preciso avançar, mas percebo a importância que cuidar do outro de modo transpessoal representa para a vida dos envolvidos nesta relação e o quanto evoluí desde o início desse processo.

Pude constatar as demandas de cuidado do cuidador familiar, aqui representado, em todos os casos pela mãe do neonato egresso de terapia intensiva, suas atividades de cuidado, dificuldades e o prazer com que cumpre cada ação e recomendação estabelecida pela equipe de saúde. Muitas precisaram aprender cuidados especiais, para os quais não têm formação, necessitando de orientação e capacitação, a qual deve ser compartilhada com a equipe multiprofissional de saúde, em especial, a enfermeira, para sua adequada realização.

A partir dessa observação, pode-se dizer que a relação de toda equipe multiprofissional, em especial a de Enfermagem, na figura da enfermeira, deve ser a de manutenção de um contato próximo ao familiar de neonato hospitalizado, devido à necessidade de cuidados especiais no domicílio que necessitarão ser aprendidos e praticados por esta família ainda durante o processo de internação. Se a enfermeira compreender o outro como ser ativo na relação e genuinamente estar disposto a cuidar de modo transpessoal, as demandas de cuidado da criança, família e os objetivos do profissional terão grandes chances de serem completamente atingidos.

Nesse processo, a alta hospitalar é esperada com ansiedade pela família, o que faz com que esse momento esteja envolto em vários sentimentos que podem dificultar o entendimento de orientações técnicas, principalmente quando não se está acostumado, ou adequadamente preparado, para o cuidado que se irá realizar. Urge, desta forma, a necessidade de se trabalhar tais aspectos durante a internação da criança, em que se inclua a presença da família ao cuidado realizado dentro das UTINs e se entenda que esses membros são parte da relação de cuidar, sem os quais, o cuidado (e aqui remeto ao cuidado transpessoal) não poderá efetivamente acontecer.

Além do aprendizado por meio da orientação do profissional, a família aprende mediante a observação das ações realizadas por eles e, quase sempre, segue padrões do cuidado institucionalizado, com horários pré-estabelecidos para banho ou horários tradicionalmente utilizados nos hospitais para administração de medicamentos, por exemplo. Foi possível identificar também, o uso de materiais específicos do ambiente de saúde, como luvas, seringas e gazes descartáveis no domicílio dos sujeitos desta pesquisa.

A maioria das famílias percebe a enfermeira como um profissional que está próximo do cliente, cuida deste e ensina a cuidar. Assim, o cuidado domiciliar por mim desenvolvido tinha como eixo fundamental para o início das atividades no domicílio a dimensão biológica do outro, seja do bebê ou de sua família. Este aspecto era também percebido como uma necessidade dos membros da família, os quais ao me receber em suas residências, vislumbravam um profissional que fosse capaz de auxiliá-los a esclarecer dúvidas quanto aos cuidados biológicos com o bebê, mas também atender às suas necessidades de cuidado.

Porém, com o decorrer dos encontros, tais aspectos eram superados por outras dimensões do ser humano, as quais surgiam, muitas vezes, pela necessidade da família em expor também aspectos da dimensão subjetiva e espiritual, os quais permitiam que eu pudesse me aprofundar em seus referenciais de vida, crenças e demais necessidades de cuidado, para que pudéssemos juntos transcender o corpo físico em busca da união das almas, dos *selves*, conforme propõe Watson em diversas obras (1985; 2002a; 2002b; 2005; 2006; 2008).

Dessa forma, entendo que a alta hospitalar da criança que esteve hospitalizada em uma UTIN é um processo complexo, tanto para a equipe de saúde que precisa preparar os pais para que sejam capazes de atender as necessidades da criança e tornarem-se independentes para o cuidado dela, como para a família que necessita aprender cuidados especializados e ainda aliar às demais atividades do lar, outros filhos e sentimentos de impotência, medo e insegurança quanto à nova condição. Principalmente neste tocante, faz-se imprescindível que ocorra envolvimento entre o hospital e a unidade de saúde para que haja o monitoramento e acompanhamento do caso na própria unidade ou no domicílio, visando ao seguimento das ações de cuidado, auxílio às dificuldades, encaminhamentos e, em alguns casos, cuidados diretos à criança e a sua família. Porém, esses fatos podem ser trabalhados com um modo de cuidar diferenciado, capaz de integrar ao cuidado físico outros aspectos do ser humano, e ainda tornar o outro parte da relação, um ser imprescindível para o completo alcance dos objetivos.

Cabe a todos os profissionais da saúde rever e aprimorar sua forma de cuidar em busca da excelência, daquilo que satisfaz os seus interesses, e mais do que isso, preenche as necessidades daqueles que o compartilham. Cuidar de modo transpessoal requer envolvimento, investimento e identificação, mas é passível de realização seja em um ambiente crítico como a unidade de terapia intensiva, ou no domicílio dos pares desta relação. Deve-se ter em mente que o cuidado à família de um neonato egresso de UTI em seu domicílio, é permeado por um caráter imprevisível, uma vez que as situações vividas naquele momento são o que determinam as necessidades de cuidado. Esse contexto, por sua vez, exige do profissional a utilização de recursos e estratégias adequadas e coerentes a cada situação, embasadas nos diversos tipos de conhecimento, empatia, vontade genuína

de acertar e estar na relação, além de atualização constante e revisão periódica da sua própria condição de ser humano e profissional do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. *et al.* Reflexões sobre a abordagem de time para o trabalho em equipe da Enfermagem. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 8, n. 1, jan/mar., p. 246-250, 2004.

_____. Trabalho da enfermeira em uma empresa de *home care* de Belo Horizonte. **Invest. Educ. Enferm.** Medelin, v. 25, n. 2, set., p. 96-106, 2007.

ARRUDA, D. C. de; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 1, jan/mar., p. 120-128, 2007.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm Cited: 2009/09/01.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 13, n. 1, jan/mar., p. 118-123, 2008.

BRASIL. ANVISA - RDC nº 11 de 26 de Janeiro de 2006. Dispõe sobre o **Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar**. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar#> Acesso em: 06/10/2008.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BUDÓ, M. L. D. *et al.* Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 12, n. 1, mar., p. 90-96, 2008. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/REVISTA_ENF/20081/16ARTIGO12.pdf Acesso em 26/09/2009.

CABRAL, I. E.; MORAES, J. R. M. M. de; SANTOS, F. F. dos. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, ago., p. 211-218, 2003.

CALDAS, A. L. Diário de campo, 1997. Disponível em: <http://www.unir.br/~albertolinscaldas/tesediariodecampo.html> Acesso em 11/06/2008.

CARVALHO, M. de; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J. Pediatr.** v. 81, n. 1 (supl), p. 111-118, 2005.

CATAFESTA, F.; LACERDA, M. R. Skills of nurses needed for the development of home care: reflection. **Online Braz. J. of Nurs.** v. 7, n. 2, 2008. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1302/345> Cited: 2009/10/30.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C.; PINTO, M. N. G. H. R. A experiência vivida pelas famílias de criança hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 13, n. 3, jul/set., p. 444-451, 2004.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** 2ª ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, I. C. F. da; BARROS, S. R. T. P. de; ALVES, P. C. Atendimento domiciliar na ótica da enfermeira especialista. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan/abr., p. 13-16, 2002.

DAHER, D. V.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev. Latino-am. Enfermagem.** v. 10, n. 2, p. 145-150, 2002.

ERDTMANN, B. K; KOERICH, M. S. **Cuidar e pesquisar na Enfermagem: relatos de experiências.** Florianópolis: Papa-livro, 2004.

ESCOBAR, G. J. *et al.* Rehospitalization in the first two weeks after discharge from the neonatal intensive care unit. **Pediatrics.** v. 104, n. 1, jul., 1999. Disponível em: www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/e2 Acesso em: 24/09/2008.

FARO, A. C. M. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. **Rev. Nursing**. Ed. Brasileira. São Paulo, n. 22, ano 3, mar., p. 26-28, 2000.

FAVERO, L. *et al.* Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 2, mar/abr., p. 213-218, 2009.

FONSÊCA, A. L. N. **O cuidado transpessoal de Enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social.** Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 25, n. 1, abr., p. 89-97, 2004.

FROTA, M. A. *et al.* Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 12, n. 3, jul/set., p. 323-329, 2007.

GARZON, E. C.; DUPAS, G. Orientando e acompanhando: ações de Enfermagem desenvolvidas junto à puérpera e ao recém-nascido. **Acta Paul. Enferm.** v. 14, n. 1, jan/abr., p. 28-36, 2001.

GAÍVA, M. A.M.; FERRIANI, M. das G. C. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. **Acta Paul. Enferm.** v. 14, n. 1, jan/mar., p. 17-27, 2001.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e Enfermagem em UTI Neonatal. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-476, 2004. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf Acesso em 06/08/2008.

_____. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 58, n. 4, jul/ago., p. 444-448, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicol. Hosp.** São Paulo, v. 2, n. 2, dez., 2004. Disponível em: www.cepsic.org.br Acesso em: 22/09/2008.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mai/jun., p. 861-866, 2003. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/qtac/saude_pessoa_idosa/karsch2003.pdf Acesso em: 06/10/2008.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. Trad.: Maria Isabel Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores, 2001.

LACERDA, M. R. **Cuidado Transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de mestrado em Enfermagem – Expansão Pólo I – Universidade Federal do Paraná; Curitiba, 1996.

LACERDA, M. R. O cuidado transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 2, n.1, p. 44-49, jan/jun., 1997.

_____. Internação domiciliar: uma experiência de sucesso. In: **51º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Curso pré-congresso. Anais. Florianópolis: ABEn – Seção SC, 1999.

_____. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 3, jul/set., p. 307-313, 2003.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Fam. Saúde Desenv**. Curitiba, v. 6, n. 2, maio/ago., p. 110-118, 2004.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 26, n. 1, abr., p. 76-87, 2005.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 15, n. 2, maio/ago., p. 88-95, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2001.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na Enfermagem**. Pelotas: Editora da UFPel, Florianópolis: UFSC, 1999.

MARTÍNEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar/abr., p. 51-59, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 24/09/2008.

MATHIAS, J. J. S. **Cuidado transpessoal de Enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia**: um marco referencial. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

MATHIAS, J. J. S.; ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R. Processo *clinical caritas*: novos rumos para o cuidado de Enfermagem transpessoal. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 332-337, 2006.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p. 311-318, 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp Acesso em: 05/10/2008.

MÉIO, M. D. B. B. *et al.* Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 299-307, 2005.

MENTRO, A. M. Health care policy for medically fragile children. **J. Pediatr. Nurs.** v. 18, n. 4, p. 225-232, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISOCZKY, M. C. A. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **Revista de Administração Pública**. v. 37, n. 2, p. 335-354, 2003.

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, L. M. S. da; SILVA, M. V. S. da. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 7, n. 1, jan/jun., p. 36-42, 2002.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1, jan/fev., p. 24-30, 2009.

MOTTA, M. da G. C. *et al.* Vivências da mãe adolescente e sua família. **Rev. Acta Scientiarum Health Sciences.** Maringá, v. 26, n. 1, p. 249-256, 2004.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado Transpessoal de Enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul/set., p. 333-341, 2006.

PAGANINI, M. C. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a Enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 5, n. esp., jan/jun., p. 73-82, 2000.

PESSOA, M. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.87-92, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO, M. Z. da S. *et al.* Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-337, 2007.

RAMALHÃO, A. B.; DUPAS, G. Vivendo a ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 16, n. 3, jul/set., p. 41-50, 2003.

SALES, C. A. *et al.* Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 59, n. 1, jan/fev., p.20-24, 2006.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. da G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 2, abr/jun, p. 280-287, 2008.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de Enfermagem no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, jul/ago., p. 539-543, 2003. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf Acesso em: 28/09/2008.

SENA, R. R. de. *et al.* O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 11, n. 2, mai/ago., p. 124-132, 2006.

SHIMO, A. K. K.; NAKANO, A. M. S. Adaptação psico-física e social no puerpério: uma reflexão. **Acta Paul. Enferm**. v. 12, n. 2, mai/ago., p. 58-64, 1999.

SOARES, D. C. Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar. **Rev. Eletr. Enf**. v. 10, n. 3, p. 864-865, 2008. Available from: <http://www.fen.ufg/revista/v10/n3/v10n3a36.htm> Cited: 2009/02/09.

SOERENSEN, A. A.; MENDES, I. A. C.; HAYASHIDA, M. Atendimento domiciliar: análise de um serviço privado. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 5, n. 2, jul/dez., p. 86-92, 2004.

TARNOWSKI, K. da S., PRÓSPERO, E. N. S., ELSEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 102-108, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 58, n. 1, jan/fev., p. 49-54, 2005.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. de; OLIVEIRA, B. R. G. de. The follow-up of the family of the premature and low-birth-weight infant discharged from the NICU: a literature review. **Online Braz. J. of Nurs**. v. 7, n. 3, 2008. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1724> Cited: 2009/03/23.

WALDOW, V. R. **Estratégias de ensino na Enfermagem**: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da Enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WATSON, J. **Nursing**: Human science and human care – a theory of nursing. Connecticut: Appleton-Century Crofts, 1985.

_____. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem. Trad.: João Enes. Loures (PT): Lusociência; 2002a.

_____. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da Enfermagem. Trad.: João M. M. Enes. Loures (PT): Lusociência, 2002b.

_____. **Caring science as sacred science**. 1st ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

_____. **Theory Evolution**, 2006. Cerca de 4p. Disponível em: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp> Acesso em: 25/04/2008.

_____. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 1, jan/mar., p. 129-135, 2007.

_____. **Nursing**: The Philosophy and Science of Caring. Revised edition. Colorado: University Press of Colorado, 2008.

WENDHAUSEN, A. L. P.; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 14, n. 1, jan/mar., p. 111-119, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	114
APÊNDICE 2 - QUADRO ANALÍTICO DAS FAMÍLIAS SUJEITOS DO ESTUDO..	115

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “O cuidado transpessoal da enfermeira domiciliar aos familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços, e sua participação é fundamental.

O objetivo da pesquisa é descrever a vivência da enfermeira domiciliar ao cuidar de forma transpessoal de familiares cuidadores de neonato egressos de UTI.

Para a realização desta pesquisa, o pesquisador irá estabelecer um contato inicial via telefone (para os casos de alta hospitalar do bebê) ou pessoalmente ainda na UTI Neonatal para solicitar sua participação. Caso aceite participar da pesquisa, os demais encontros acontecerão na sua casa, em dia e horário que melhor lhe convier. Serão realizados aproximadamente 4 a 6 encontros, com duração média de 1 a 2 horas cada um.

Você não experimentará desconfortos visto que sua participação será em conversas com a pesquisadora e os benefícios esperados são de descrever esta vivência de cuidar de um bebê que permaneceu internado em uma UTIN para que a partir daí os pais possam ser mais bem compreendidos e melhor instrumentalizados para a alta hospitalar de seu filho, internado em uma UTIN.

Os pesquisadores Luciane Favero e a Prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, que poderão ser contatados pelos e-mails lucianefavero@yahoo.com.br ou lacerda@milenio.com.br ou pelos telefones (41) 96618646; 99790205, em qualquer horário, poderão esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa. Estão garantidas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

A sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Seu anonimato será preservado e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a **confidencialidade** mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante/sujeito

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE 2
QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA PEDRAS PRECIOSAS

nº encontros domiciliares	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial** (CI)	Aproximação (A)	Encontro Transpessoal (ET)	Separação (S)	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos PCC no ET	Elementos PCC na S
05	Média: 10 dias 1º-2º: 14 dias 2º-3º: 8 dias 3º-4º: 7 dias 4º-5º: 21 dias	Mãe, avó materna, primo e o neonato.	Além do momento hospitalar, o contato inicial seguiu até parte do segundo encontro domiciliar.	Deu-se durante o segundo encontro e seguiu até o término deste.	Teve início no terceiro encontro e se estendeu até parte do quarto.	Durante segunda metade do quarto e quinto encontros domiciliares.	1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 2, 5, 7.	2, 3, 4, 5, 6, 8, 10.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 9.	3, 4, 5, 10, 2, 3, 10.
02*										

* Neste caso em especial, ocorreram dois encontros hospitalares após a alta da UTIN, em duas situações de reintendimento da criança.

** Sempre iniciado no hospital e seguido no domicílio.

*** Ordem de utilização dos elementos do processo *clinical caritas*.

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciado na UTIN teve dois encontros hospitalares, e cinco encontros domiciliares. Inicialmente os aspectos biológicos foram marcantes (1º encontro domiciliar), mas aos poucos as questões subjetivas emergiram na relação. Família unida, carinhosa, cuidadora com a criança e organizada com os materiais e papéis (documentos, exames, agenda, consultas, roupas, equipamentos) que dizem respeito à criança.

A: Esta fase se iniciou no decorrer do segundo encontro domiciliar, o qual foi profundo, intenso e marcante. Houve um desvelar de fatos e sentimentos e um repensar de atitudes, tanto por parte do cuidador quanto do ser cuidado (família cuidada).

ET: Ocorreu durante o terceiro e parte inicial do quarto encontro domiciliar. Vários foram os momentos de cuidado, nos quais o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu. Ocorreu o transcender do físico, a união dos selves e a modificação mútua entre os pares do processo. Ainda existem superações internas a serem atingidas, mas o passo inicial ocorreu e a continuidade dependerá também das partes envolvidas.

S: Partiu do pesquisador. A separação foi iniciada na parte final do quarto encontro domiciliar e seria finalizada no quinto encontro. Mas, devido às intercorrências, esta fase aconteceu de modo abrupto, com a morte do bebê e desejo da família em ter um tempo para reorganizar sua vida.

Contribuições: Crenças populares, senso comum (chá, fios de coberta para soluços, sopro na fontanela para engasgos) foram marcantes. Amamentação cruzada vista como benefício ao bebê doente (remédio). Esforço da família, união de todos em torno da criança, condição financeira favorável e maior grau de instrução mostraram uma família conhecedora de seus direitos, busca por eles e vai a luta. Religião marcante na vida da família. Carinho entre os membros, dedicação e amor resumem os sentimentos sentidos durante o conviver com esta família. Família não possuía clareza quanto a patologia e más-formações, além das possíveis seqüelas no desenvolvimento do bebê.

QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA PLANETAS

nº encontros	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial**	Aproximação	Encontro Transpessoal	Separação	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos PCC no ET	Elementos PCC na S
05	Média: 8 dias 1º-2º: 4 dias 2º- 3º: 8 dias 3º-4º: 8 dias 4º-5º: 20 dias	Mãe, irmã menor, irmã mais velha, pai e o neonato.	Início durante a internação hospitalar (12 dias antes da alta) e seguiu até o primeiro encontro domiciliar.	Iniciou-se no primeiro encontro e seguiu durante o segundo encontro domiciliar.	Teve início ainda durante o segundo encontro e se estendeu até o terceiro encontro.	Durante o quarto e quinto encontros domiciliares.	1, 2, 5, 7, 2, 5, 6, 9, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 2, 3.	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10.	6, 1, 2, 4, 5, 9, 3, 10.	5, 6, 7, 8, 10.

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciado na UTIN teve três encontros hospitalares durante 27 dias de acompanhamento da hospitalização da criança, com intervalo entre cinco dias cada um deles. Teve continuidade com um dia de alta hospitalar no domicílio (três dias após nosso último encontro na UTIN). O trabalho com esta família foi inicialmente focado na dimensão biológica devido às demandas de cuidados especializados que a criança exigia. Questões relacionadas aos acompanhamentos também foram marcantes, pois a família não realizou nenhum acompanhamento pré-agendado para a criança.

A: Esta fase teve início ainda no primeiro encontro domiciliar. Características maternas facilitaram esse avanço, pois ela é espontânea e falante, verbalizando suas necessidades e adentrando no processo em busca da reconstituição.

ET: União, encontro das almas direcionadas para o mesmo propósito. Modificações aconteceram, a superação iniciada. A organização familiar precisa acontecer, porém deve ser natural, sem imposições.

S: Partiu da família. Essa entende que deve caminhar sozinha. Percebo que é preciso que a família possa superar a busca de culpados para a condição do filho, a transformação ocorrida em suas vidas, ale, da impossibilidade de realizar as atividades que antes eram rotineiras, pois a vida seguirá com o filho especial, e faz-se necessário transpor esta etapa para alcançar a reconstituição.

Contribuições: família não agendou os acompanhamentos sugeridos pela equipe da UTIN, acompanha a criança exclusivamente na UBS, não retornou para o follow-up (segundo a família devido às condições financeiras), queixaram-se das informações recebidas no momento da alta hospitalar, as quais para a mãe foram superficiais. UBS presente, realizaram algumas visitas domiciliares (duas) e se dispuseram a agilizar medicamentos, materiais e equipamentos necessários ao atendimento da criança, apesar de serem criticados pela família. Família insatisfeita com a equipe médica, em especial, pois se sentiram pressionados a levar o filho para casa, devido à necessidade de leitos hospitalares e a alta já agendada, independente de sentirem-se preparados ou não para cuidar de uma criança especial e com demanda de cuidados também especiais.

QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA CORES

nº encontros	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial**	Aproximação	Encontro Transpessoal	Separação	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos do PCC no ET	Elementos PCC na S
05	Média: 7 dias 1º-2º: 6 dias 2º- 3º: 13 dias 3º-4º: 7 dias 4º-5º: 8 dias	Mãe, pai e o neonato.	Início durante a internação hospitalar (sete dias antes da alta) e seguiu até do primeiro encontro domiciliar.	Iniciou-se no primeiro encontro e seguiu durante o segundo encontro domiciliar.	Teve início durante o terceiro encontro, mas não completamente alcançado.	Durante o quarto e quinto encontros domiciliares.	1, 2, 4, 5.	2, 3, 6, 7, 9, 1, 3, 4, 5, 8, 9.	2, 7, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 2, 3, 4, 5, 10.	1, 3, 6, 8.

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciado na UTIN teve dois encontros hospitalares durante 39 dias de acompanhamento da criança, com intervalo de sete dias entre eles. Teve continuidade com 22 dias de alta hospitalar no domicílio (23 dias após nosso último encontro na UTIN). O trabalho com esta família não foi focado no aspecto biológico, pois a mãe apresentava demandas de cuidado importantes. Questões relacionadas aos acompanhamentos também se fizeram presentes, pois a família não realizou nenhum acompanhamento pré-agendado para a criança.

A: Esta fase teve início ainda no primeiro encontro domiciliar. A mãe aceitou participar do processo e o viu como uma possibilidade de avanço, crescimento, aproveitando os encontros para compartilhar sentimentos e desta forma reorganizar suas ideias em busca da reconstituição.

ET: União, desvelar do ser cuidador. Modificações aconteceram, a superação iniciada, reconstituição não foi alcançada, mas iniciada. A organização familiar está acontecendo, mas ainda apresenta-se incipiente.

S: Partiu da família. Essa compreende que pode caminhar sozinha, e acredita que os próximos passos precisam ser dados sozinhos. Ao final da relação encontram-se mais fortalecidos, conseguindo transpor os obstáculos da vida, iniciando pela relação familiar abalada.

Contribuições: família demorou mais de dois meses para realizar os agendamentos dos acompanhamentos sugeridos pela equipe da UTIN, acompanha a criança no CRAID e UBS. Não retornou para o follow-up (segundo a família devido a dificuldades relacionadas à distância e a locomoção). Aleitamento materno foi perdido durante o puerpério, não sendo observado o desejo em amamentar. Hábitos de higiene precários e alimentares ricos em açúcares. Realizado encaminhamento psicológico para a mãe devido a diagnóstico prévio de transtorno mental.

QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA ASTROS LUMINOSOS

nº encontros	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial**	Aproximação	Encontro Transpessoal	Separação	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos PCC no ET	Elementos PCC na S
05	Média: 12 dias 1º-2º: 14 dias 2º-3º: 22 dias 3º-4º: 6 dias 4º-5º: 16 dias	Mãe e o neonato.	Além do momento hospitalar, o contato inicial seguiu até parte do segundo encontro domiciliar.	Deu-se durante o segundo encontro e seguiu até o término do terceiro encontro domiciliar.	Não foi possível ser completado, portanto não foi descrito.	Durante o quarto e quinto encontros domiciliares.	1, 3, 4, 5, 2, 7, 2.	6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5.	-	2, 5, 6, 8, 9, 10.

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciado na UTIN teve dois encontros hospitalares, com uma postura materna de controle e domínio da situação. O encontro domiciliar ocorreu após 10 dias do momento no hospital. Durante todo o CI com esta família os aspectos biológicos foram o foco, pois a mãe não desenvolvia outro assunto, apenas quando se referia a algum cuidado ou dúvida com o filho. Trabalharam-se questões relacionadas aos acompanhamentos necessários após a alta hospitalar.

A: Envolvimento ocorreu a partir da metade final do segundo encontro domiciliar e se efetivou no terceiro encontro. A mãe não fixava o olhar, respondia as questões se referindo ao filho, momentos de silêncio ocorriam a todo o momento. Sentia-se segura para cuidar da criança e eu não conseguia avançar na relação, fato que foi superado no terceiro encontro.

ET: Ocorreu o repensar de atitudes, planos para o futuro, mas sem envolvimento entre os selves do enfermeiro e do ser cuidado ou dos seres cuidados. As partes se modificaram e se fortaleceram, mas não houve união.

S: Partiu do pesquisador e a família desejou os dois últimos encontros. Esta fase foi trabalhada com tranquilidade e com o aceite de ambas as partes.

Contribuições: mãe afirmou ter realizado o agendamento dos acompanhamentos, mas perdeu a guia de encaminhamentos e demorou a agendá-los, perdendo prazos e precisando entrar na fila da UBS para consulta com especialista. Administrava medicamentos por conta própria e inadequados para a idade e patologia do filho. O desmame aconteceu precocemente com a introdução do complemento via mamadeira e início de chás caseiros. A mãe demonstrava insatisfação pelas condições de moradia devido à privação de liberdade, incompatibilidade de gênios entre a mãe e o sogro e a ausência de conforto. Ocorreram dificuldades na tentativa de evolução da relação de cuidar, pois a mãe demonstrava inicialmente introspecção, não evolução dos assuntos e deixava a impressão de não ter dúvidas e não precisar de ajuda ou cuidado. Com o passar do tempo, a imagem se modificou, suas reais necessidades de cuidados emergiram e ela passou a ser sujeito ativo no processo. Caso nossos encontros fossem estendidos, penso que o encontro transpessoal pudesse ocorrer. O estabelecimento do vínculo de confiança a meu ver só foi estabelecido no terceiro encontro domiciliar, o que dificultou o avançar nas fases do processo de cuidar de Lacerda (1996).

QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA PEIXES

nº encontros	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial**	Aproximação	Encontro Transpessoal	Separação	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos PCC no ET	Elementos PCC na S
06	Média: 9 dias 1º-2º: 14 dias 2º- 3º: 7 dias 3º-4º: 8 dias 4º-5º: 15 dias 5º-6º: 12 dias	Mãe, avó materna e o neonato.	Aconteceu em dois momentos: durante o acompanhamento hospitalar e seguiu até parte do segundo encontro domiciliar.	Iniciou-se durante segundo encontro domiciliar e estendeu-se até o final do terceiro encontro.	Aconteceu no quarto encontro domiciliar.	Durante quinto e sexto encontros domiciliares.	1, 2, 1, 2, 3, 4.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 1, 7, 2.	2, 5, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10.	6, 8, 2, 7.

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciou-se na UTIN e teve dois encontros hospitalares, com intervalo entre eles de sete dias. O encontro domiciliar ocorreu após 38 dias do último momento no hospital. O trabalho com esta família, nesta fase, foi focado no aspecto biológico. A mãe retraída, pouco comunicativa, a presença constante da avó pode ter contribuído para que a mãe se mantivesse como ouvinte, participando pouco da nossa relação.

A: No decorrer do segundo encontro, após extensa conversa com a avó a qual se mostrava descontrainda, a mãe iniciou a verbalização de sentimentos, evoluindo nossa relação.

ET: Modificações aconteceram, a superação iniciada. A mãe cresceu no decorrer dos nossos encontros, apresentava-se serena e segura. Organizou seus planos para o futuro. Senti necessidade de momentos de silêncio, para que o processo pudesse ser trabalhado. Senti momentos de intensa paz interior.

S: Partiu do pesquisador, a família solicitou dois últimos encontros para que o processo de separação fosse trabalhado, os quais aconteceram. Percebo a família estruturada, apesar das dificuldades financeiras e prioridades que elegem no seu dia a dia. A mãe demonstra carinho e cuidados ao filho. A avó apoia a filha, mas não assume a sua responsabilidade de cuidado ao bebê. Foi possível perceber o crescimento materno durante os encontros. Ocorreu a perda do medo, receio e vergonha inicial, os quais foram substituídos por carinho, organização e maturidade no cuidado ao filho.

Contribuições: família organizada com relação aos documentos do bebê (consultas, encaminhamentos, receitas médicas, certidão de nascimento, exames, etc.). Mãe comprometida com o acompanhamento do filho. Porém, questões financeiras impossibilitaram o comparecimento a exames e consultas médicas. A mãe não amamentou o filho, oferece chás, alimentação industrializada e iniciou com a oferta de sucos de fruta aos três meses. Avó fumante (20 cigarros/dia) e desempregada. Mãe tímida em relação às questões pessoais e planos emocionais para o futuro. Pensa em cuidar do filho e voltar a trabalhar.

QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA CONSTELAÇÃO

nº encontros	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial**	Aproximação	Encontro Transpessoal	Separação	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos PCC no ET	Elementos PCC na S
06	Média: 10 dias 1º-2º: 20 dias 2º- 3º: 11 dias 3º-4º: 6 dias 4º-5º: 7 dias 5º-6º: 20 dias	Mãe, duas irmãs mais velhas, duas filhas de uma vizinha e o neonato.	Aconteceu em dois momentos: durante o acompanhamento hospitalar e seguiu até o término do primeiro encontro domiciliar.	Deu-se no segundo encontro domiciliar.	Aconteceu durante segundo encontro domiciliar e estendeu-se até o quarto encontro.	Durante o quinto e sexto encontros domiciliares.	1, 4, 9, 2; 3, 5, 6, 1, 6, 6, 7, 9, 1, 4, 5, 7.	4, 5, 7, 5, 10, 3, 7, 8, 9, 10, 2, 2.	1, 2, 3, 4, 5, 2, 3, 5, 7.	4, 8, 9, 3, 6, 8, 10.

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciado na UTIN teve três encontros hospitalares, destes, dois aconteceram somente com a criança e o outro com a mãe e o bebê. O encontro domiciliar ocorreu após 13 dias do momento no hospital. O trabalho com esta família extrapolou a dimensão biológica. De maneira geral os encontros tentaram entender, discutir, refletir e auxiliar na reorganização da vida da família, no que diz respeito a condição de saúde da mãe e a situação da filha mais velha.

A: O envolvimento ocorreu logo no primeiro encontro e culminou com a aproximação no segundo encontro domiciliar, mesmo com um único momento no hospital. Aspectos financeiros sempre em destaque, bem como as precárias condições de higiene da moradia e condições de saúde da mãe. A família ao perceber que o foco do cuidado estava nos aspectos familiares, mostrou-se disposta e interessada nos cuidados, assim, partimos para a subjetividade das relações familiares, e a busca da reconstrução.

ET: união, encontro das almas direcionadas para o mesmo propósito. Modificações aconteceram, a superação iniciada, reconstrução alcançada. Organização familiar, planos para o futuro.

S: Partiu do pesquisador, a família desejava novo encontro, mas com o alcance dos objetivos e os encontros desviando do seu foco, foi decidido pelo encerramento do processo, o qual foi bem aceito pela família.

Contribuições: Família apresenta a dimensão espiritual marcante e responsável pelos rumos que a vida segue. Não agendou os acompanhamentos sugeridos pela equipe da UTIN, acompanha a criança exclusivamente na UBS, não retornou para o follow-up, devido a dificuldade de acesso (distância, número de ônibus necessários, condições físicas maternas), queixou-se das informações recebidas durante a permanência da criança no hospital e referiu não ter recebido orientações adequadas para a alta hospitalar. O desmame aconteceu aos dois meses de vida da criança, por desestímulo para a continuidade da amamentação e por "acharem mais fácil o leite industrializado recebido no programa". UBS presente e tida como referência. Percebeu-se envolvimento dos membros dessa equipe nas demandas de cuidado da família. Observou-se o uso de ervas, unguentos, chás, entre outros nos cuidados ao bebê.

QUADRO ANALÍTICO FAMÍLIA FLORES

nº encontros	Intervalo entre os encontros	Pessoas envolvidas nos encontros	Contato Inicial**	Aproximação	Encontro Transpessoal	Separação	Elementos do PCC no CI***	Elementos do PCC na A	Elementos PCC no ET	Elementos PCC na S
07	Média: 8 dias 1º-2º: 9 dias 2º-3º: 7 dias 3º-4º: 50 dias 4º-5º: 7 dias 5º-6º: 14 dias 6º-7º: 12 dias	Pai, Mãe e neonato.	Aconteceu em dois momentos: durante o acompanhamento hospitalar e seguiu até o término do primeiro encontro domiciliar, porém, devido a um período de afastamento, retomou-se o CI no quarto encontro domiciliar.	Deu-se no segundo e quinto encontros domiciliares.	Percebido no terceiro encontro domiciliar e restabelecido no sexto encontro.	Iniciado no sexto encontro e concretizado no sétimo e último encontro domiciliar.	6, 4, 2, 3, 5, 6 (primeiro momento)	1, 4, 5, 7, 9, 4 (primeiro momento)	1, 2, 4, 6, 7, 8 (primeiro momento)	10.
							6, 7, 9, 5 (segundo momento).	9, 2 (segundo momento).	6, 7, 2, 4 (segundo momento).	

OBSERVAÇÕES:

CI: O CI iniciado na UTIN teve três encontros hospitalares e um encontro no domicílio, o qual aconteceu após 17 dias do terceiro momento no hospital. Repleto de questões biológicas, insegurança da família, em especial da mãe para a realização dos cuidados ao bebê. As orientações recebidas durante as consultas de acompanhamento eram sempre discutidas comigo, com o intuito de validação das mesmas.

A: Envolvimento, assuntos diversos sob enfoque, medo da perda da filha, problemas no relacionamento do casal, sobrecarga de atividades.

ET: União. O cuidado era mútuo e natural. Modificações aconteceram, a superação foi iniciada. Organização da vida da família, planos para o futuro.

S: Acordada entre as partes, objetivos contemplados. Amadurecimento e transformação mútuos.

Contribuições: família realizou os agendamentos marcados, inclusive exames particulares. Problemas relacionados à falta de entendimento relacionado à idade corrigida do prematuro, fator causador de *stress* e ansiedade maternos. Inferências realizadas de modo técnico, biologicista por alguns profissionais, proporcionaram angústia e desestímulo na continuidade do acompanhamento pela família. Aleitamento materno preservado, porém com introdução de complementação alimentar devido ao baixo peso da criança.

ANEXO**CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA***Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba**Rua Padre Anchieta, 2770**80730-000 Curitiba - PR**Fone: 41 3240-5570**Fax: 41 3240-5584*

Curitiba, 17 de setembro de 2008.

Luciane Favero

Prezada Colega,

Comunicamos a V. Sa. que, em reunião ordinária do dia 16 de setembro de 2008, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado **“O CUIDADO TRANSPESSOAL DA ENFERMEIRA DOMICILIAR AOS FAMILIARES DE NEONATO EGRESSO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**. Protocolado neste comitê sob o número **5641/08** em 18 de agosto de 2008.

Prevê a legislação que toda a documentação do projeto poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatórios previstos para: 20/03/2009

Atenciosamente,



Carmen A. Paredes Marcondes Ribas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba