

## O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DOMICILIAR\* [Transpersonal Nursing Care At Home]

Maria Ribeiro Lacerda\*

**RESUMO:** Propõe a elaboração e aplicação de um marco referencial para cuidados domicílio, de indivíduos e familiares que estejam vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença. Esta proposta está embasada em minhas concepções pessoais, nos fatores de cuidados e nas pressuposições básicas de Jean Watson. Compõem-se de uma revisão de literatura sobre o cuidar cuidado, cuidado transpessoal, cuidado domiciliar e família; do marco referencial e processo de cuidar. O processo de cuidar proposto compõem-se das seguintes fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação. O trabalho é apresentado na forma de estudo de caso. Esta forma particular de estudo vem apresentada num caminhar metodológico com descrição parcial do fenômeno tal como foi percebido e vivenciado pelos indivíduos e sedimentada pelo marco referencial, trazendo um modelo com conotação existencial-fenomenológica de cuidar no domicílio. Assim, pretende contribuir para o desenvolvimento da enfermagem através de uma forma inovadora de atuação na prática.

**PALAVRAS CHAVE:** Cuidados de Enfermagem; Cuidado Domiciliares de Saúde.

### O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DOMICILIAR OPTANDO POR UMA FORMA DE CUIDAR EM DOMICÍLIO

Em minha vida profissional ao cuidar de pacientes em unidades hospitalares sempre me deparei com situações vividas por pacientes, que mesmo necessitando de cuidados de enfermagem saíam para suas casas e após curta estada em seus domicílios, retornavam na maioria das vezes em piores condições apresentadas ao deixá-lo.

Posteriormente esta situação foi compreendida por mim em visitas domiciliares realizadas aos pacientes, onde me deparei com uma problemática muito séria: pessoas responsáveis por cuidar do doente, na maioria das situações tinham recebido pouca ou nenhuma orientação de como, quando e com o que cuidá-los.

A opção por empregar o processo de cuidar em domicílio ocorreu após uma experiência pessoal em minha própria família e por verificar a necessidade emergente de assistência de enfermagem nesta área. Algumas autoras, entre elas Cunha (1991), diz que é necessário que se repense a assistência à saúde centrada nos hospitais, pois, de modo geral, as pessoas passam pouco tempo internadas. Às vezes, as altas precoces, motivadas pelo alto custo do tratamento, carência de leitos hospitalares e grande incidência de doenças crônicas, fazem com que uma camada significativa da população de doentes receba tratamento em suas residências.

O domicílio é o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É aí que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as crises e os conflitos aparecem no momento em que um dos membros desta família adocece. Para todos pode ser um fator de desequilíbrio em uma situação que se mantém em harmonia

de forma frágil, pois percebo que quando um membro da família adocece toda a família adocece junto. Assim, é necessário ajuda profissional para que a família supere, adapte-se e juntos possam ajustar-se ou superar estes momentos vividos, fazendo desses encontros consigo mesmos e com os outros, para crescerem e viverem a vida plenamente.

Deve-se considerar o ambiente familiar como um componente importante para os pacientes, quer pelos aspectos físicos e materiais, quer sob o ponto de vista afetivo-social, visto que a família é, no conjunto da sociedade, uma das forças poderosas que influencia o processo saúde-doença dos indivíduos.

Assim, entendo que o presente estudo, ao conceber uma modalidade de processo de cuidar do paciente e de seus familiares a domicílio, utilizando a conotação existencial fenomenológica inspirada em Jean Watson, está contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Em especial, está buscando desenvolver conhecimentos relacionados Programa Integrado de Pesquisa Cuidando & Confortando (PIP C&C), inserido no projeto formas inovadoras de atuação na prática, "visa desenvolver conceitos e teorias em enfermagem, ampliar o conhecimento da realidade da prática e buscar soluções práticas e inovadoras de cuidar-confortar em enfermagem" (Arruda & Silva, 1994, p. 118).

### REVISANDO INFORMAÇÕES SOBRE CUIDAR

Para fundamentar a prática de enfermagem, no domicílio, a pacientes e familiares que estejam vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença busquei uma revisão na literatura sobre o cuidar-cuidado e cuidado domiciliar.

Cuidar-cuidado são duas palavras que serão consideradas em conjunto. Na busca investigativa sobre estes dois vocábulos encontrei na literatura vários termos, cuidar, cuidado, cuidados de enfermagem. Às vezes, as enfermeiras até questionam se o termo deve ser cuidado de enfermagem ou do paciente, pois o cuidado supostamente é realizado com ele. Também encontrei cuidado popular, cuidado profissional, processo de cuidar, natureza do cuidado, atributos do cuidado, componentes do cuidado, comportamentos de cuidado entre outros.

O cuidado profissional para Leininger (1984) tem um componente cognitivo cultural aprendido, oferecido sob a forma de serviço através de técnicas, padrões e processo de cuidados que capacitam/ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou obter uma condição favorável de saúde ou modo de viver.

Para Collière (1989) o cuidado profissional se coloca como um prolongamento, uma substituição daquilo que os usuários não podem, temporariamente assegurar por si próprios, ou lhes é garantido pelos que o circundam. Estes cuidados são desempenhados em determinadas circunstâncias de vida e / ou quando não há recursos suficientes no meio, sendo assim sujeito a oscilações e ajustamentos.

Watson (1979; 1985) considera o cuidado como o ideal moral da enfermagem, na sua teoria Enfermagem: Ciência Humana e Cuidado Humano. Diz que o cuidado que a enfermeira tem para com os que precisam dela é um cuidado transpessoal. Elaborou 10 fatores de cuidado para estudar e compreender o cuidado e através de 7 pressuposições básicas, propõe como encarar o cuidado, pois ele é o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade.

\*Profª Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPR. Mestre em Enfermagem. Membro do PIP C8C da UFSC

O cuidado transpessoal é entendido como um tipo especial de relação de cuidado humano "no qual ambos, paciente e enfermeira, têm maior consideração pelo todo da pessoa e seu ser-no-mundo". A arte do cuidado transpessoal ocorre quando a enfermeira detecta o mundo subjetivo do paciente, com isso unem experiências e expressam esta união de tal modo que ambos experienciam um isolamento (Watson, 1985, p. 63-68).

O contato dos mundos subjetivos da enfermeira e cliente, tem o potencial de ir além do físico-material ou somente uma interação mental-emocional; é entrar em contato com e tocar o mais alto senso espiritual do "self", da alma, do espírito. O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu. Pode compreender força interior, vigor e ajuda ao indivíduo a ganhar um senso de harmonia consigo, com os outros e com a natureza. Este contato é um processo que transforma, gerando e potencializando o processo de auto-cura.

O cuidado transpessoal para Watson (1985), é o mover-se do enfermeiro e do cliente (o "self" de cada um deles - suas almas, mentes e corpos), através de maior harmonia, evolução espiritual e plenitude para encontrar significado na existência e na doença, ocorrendo uma reorganização em ambos.

Cuidado domiciliar para as autoras americanas Arrington & Walborn (1989) que utilizam a definição da Associação Nacional para o Cuidado Domiciliar, é um serviço de tratamento ou recuperação e reabilitação de pessoas com doenças crônicas, providenciando efetivo funcionamento do meio ambiente doméstico. Geralmente, o cuidado domiciliar é apropriado sempre que uma pessoa necessita de assistência que não possa ser fácil ou efetivamente proporcionada por um membro da família ou amigo de forma contínua por um período longo ou reduzido de tempo.

Assistir pacientes em seus domicílios, diz Cunha (1991, p. 28),

"é uma atividade desenvolvida desde a antiguidade, estando porém mais atual a cada dia que passa [...] e ela é redescoberta como uma resposta à necessidade de se prestarem cuidados aos pacientes em suas próprias casas, quer por falta de Instituições Hospitalares, quer pela dificuldade financeira deles frente a esta situação e até mesmo pelos altos custos relativos aos tratamentos e permanência hospitalares".

Cookfair (1991) comenta que o cuidado domiciliar no futuro deverá ter uma combinação de serviços, tais como: assistir clientes na recuperação de doenças agudas; providenciar cuidados durante a exacerbação de doenças crônicas quanto a: desenvolver planos para manutenção, em suas casas, de pessoas que estejam necessitando de cuidados contínuos e de supervisão e também assistir famílias no cuidado de doentes terminais e clientes que necessitem de cuidados paliativos.

### CONSTRUINDO UM MARCO REFERENCIAL PARA O CUIDADO TRANSPESSOAL

Para atender ao objetivo proposto por este estudo o qual visa: cuidar em domicílio, de indivíduos e familiares que estejam vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença, embasada em minhas concepções pessoais, nos fatores de cuidado e nas pressuposições básicas de Jean Watson (1979; 1985); desenvolvi um marco referencial com base no cuidado transpessoal para a prática de cuidado domiciliar e operacionalizei o marco referencial proposto para o cuidado do cliente e família em domicílio, através do

processo de cuidar.

Assim marco de referência para este trabalho foi elaborado a partir de minhas experiências e compreensões do ser humano, saúde-doença, ambiente-sociedade, enfermagem e família; juntamente com os fatores de cuidados e pressuposições da teorista Jean Watson (1979; 1985).

Os fatores de cuidado citados pela autora são:

1. Possuir um sistema de valores humanista-altruista;
2. Promover fé-esperança;
3. Ter sensibilidade consigo e com os outros;
4. Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança;
5. Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas;
7. Desenvolver o ensino e cuidado transpessoal;
8. Prover um ambiente protetor e/ou atenuantes mentais, físicos, sociais e espirituais;
9. Focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela;
10. Ter a consciência da presença de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado (Watson, 1985, p. 75). As pressuposições básicas referidas pela mesma autora são:

1. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo transpessoal.
2. O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas.
3. O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual e familiar.
4. As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é agora, mas como aquilo que ela pode vir a ser.
5. Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo.
6. O cuidado é mais promotor de saúde do que curativo.
7. A prática do cuidado é fundamental à enfermagem (Watson, 1979, p.8-9).

Delineei meus conceitos, aprendidos da literatura e experiência pessoal, como:

**Ser humano** é o homem genérico e único em seus momentos de vida (na sua trajetória), considerando seu aspecto integral como ser transcendente, existindo, estando, pensando, interagindo consigo e com o outro, com o mundo e com o universo. Ser humano, contrapondo-se e coexistindo com o tecnicismo, é aquele que é, está, é o indivíduo, a família, e a comunidade nos seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e biológicos.

**Saúde-doença** é uma experiência subjetiva que envolve as concepções pessoais, onde o contexto e a trajetória de vida podem propiciar enfrentamento e confronto nas resoluções e ações quanto ao presente e ao futuro. É uma relação dinâmica entre o físico, o psíquico, o social e o cultural do ser humano, cabendo a possibilidade de uma ação profissional transpessoal.

**Sociedade** é um conjunto de pessoas em variadas situações, com diferentes valores, conceitos e que em determinadas regiões e/ou condições tem seus códigos próprios para resolução de suas questões e/ou modo de vida.

**Ambiente** é o meio que interfere e é interferido pelo/ no homem. **Enfermagem** existe quando há interação do ser cliente com o ser enfermeiro, é ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar. Envolve a existência do homem e está inserida no mundo em transformação. É uma profissão com história, valores, princípios, tendo começo, meio e fim. É cuidar - cuidado.

**Família** é 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.

### Processo de Cuidar

Para cuidar dos pacientes elaborei um método de trabalho denominado processo de cuidar, que foi entendido como a maneira que a enfermeira presta seus cuidados, como acredita no que faz, como se coloca nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza este cuidado, utilizando-se das mais variadas formas de expressão.

Neste trabalho utilizei 4 fases para o processo de cuidar, por mim elaboradas, na quais o cuidado de enfermagem é dirigido ao cliente e sua família. Metodologicamente as fases foram assim agrupadas: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação.

O **contato inicial** se caracteriza pelos primeiros contatos entre a enfermeira / paciente / família. Neste momento há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar; há um querer ou não avançar nesta relação. É o momento onde são consideradas a história de vida de cada um, ocorre uma descoberta, cada um se deixa vislumbrar pelo outro.

**Aproximação**, nesta fase a relação já evolui, os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o paciente movimentam-se para a união.

**Encontro transpessoal** é a ocasião em que o ocorre a relação transpessoal, a relação transcende a cada um. Os dois, enfermeira e paciente, já não são dois, mas sim um. Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar juntos em harmonia e mutualidade. Assim o ser humano (paciente, familiares e enfermeira) através deste encontro, ganha, uma nova auto-imagem mais confiante, da descoberta de recursos pessoais, da certeza de que será valorizado e estimado enquanto pessoa em qualquer circunstância ou fé na própria capacidade de levantar-se após uma queda. A enfermeira após viver esta experiência de união dos "selves", sente-se tocada em sua alma, na sua essência, como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal.

**Separação** representa a maturidade das partes (enfermeira-paciente-família), as conotações subjetivas dos dois (podem ser mais) se modificam e partem regenerados e enriquecidos como o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida - o paciente e família nas suas condições de saúde-doença ou morte - a enfermeira com uma nova compreensão da vida, com seus momentos preciosos de cuidado. A separação também pode ocorrer de forma abrupta, porque a separação é inevitável e muitas circunstâncias são menores que as ideais.

Na figura 1 esboço o modelo referencial em um diagrama, de maneira que, o mesmo possa ser compreendido em suas interrelações e interdependências, com isto pretendo auxiliar a melhor percepção do universo do marco, da inter-relação dos seus conceitos e do processo de cuidar proposto.

## O CAMINHAR METODOLÓGICO

Trabalhei como quatro pacientes adultos, vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença, que necessitavam de cuidados de enfermagem à

domicílio. Optei por relatar apenas uma parte de um dos casos, em um pequeno recorte do processo proposto, por considerá-los em profundidade suficiente para englobar alguns dos acontecimentos ocorridos durante o processo vivenciado.

As visitas domiciliares foram agendadas previamente com o consentimento das partes e sempre que a minha intervenção se tornava necessária, de acordo com meu julgamento ou dos familiares e cliente.

Ao contatar os pacientes e familiares apresentava minha proposta de trabalho e discutia com os envolvidos, esclarecendo quem eu era, que objetivos tinha para desenvolver o trabalho, o tipo de colaboração que esperava como necessária de ambas as partes. Obtive sempre o consentimento para o desenvolvimento do trabalho através de um documento: consentimento pós-informação. Estas medidas foram tomadas como a finalidade de respeitar a privacidade das pessoas envolvidas, assegurando-lhes sigilo e anonimato, defendendo seus direitos de cidadãos e também salvaguardando meu exercício profissional, do ponto de vista ético-legal.

Após cada contato com o cliente e sua família, procedia o registro da situação vivida, assinalando o cuidado adotado, ou seja, o que ouvia dos clientes e familiares, o que percebia, o que dizia, o que sentia e fazia, enfim como tinha ocorrido o processo de cuidado transpessoal.

Tendo claro que, o método de trabalho adotado e o perfil de quem aplica o método, numa situação peculiar de envolvimento com o objeto de trabalho, definem a modalidade da linha adotada para esta ação, optei pela forma de apresentação de estudo de caso devido a estrutura teórica e filosófica deste trabalho.

Estudo de caso segundo Pacheco (1993, p. 9) "estabelece o porquê dos acontecimentos, como são encontrados". Para Yin (1987) o estudo de caso é uma investigação empírica do contexto de vida real, onde são usadas as questões como e porquê, servindo-se de documentos, observação participante, entrevista etc. como fonte para as respostas.

## EXPERIENCIANDO O PROCESSO DE CUIDAR

Relatar uma experiência não é uma tarefa fácil. Ao redigir este recorte do trabalho de dissertação de Mestrado em enfermagem, tenho a sensação de estar vivenciando o processo de cuidar com suas relações.[...]

**Contato inicial:** José estava com muita dor, bem abatido, tinha passado uma noite difícil, com retenção urinária, estava muito cansado, desidratado, sem melhoras da diarreia, queixava-se da mãe e da irmã, algumas vezes até se exaltava ao falar sobre elas. Dizia que eram umas desequilibradas e que deviam deixá-lo em paz. Passei a sonda vesical e instalei um soro glicosado com eletrólitos. Durante os procedimentos procurei conversar com ele sobre o que fazia e porque fazia daquela forma e se ele tinha alguma consideração a fazer sobre qualquer etapa. Parava quando necessário, discutíamos e juntos resolvíamos a melhor forma de proceder. Por exemplo, na hora em que fixei a sonda vesical em região inguinal, ele me perguntou por que eu fixava naquela posição, expliquei-lhe que era a posição correta para fixação de sonda masculina, pois não comprometeria sua uretra, e em outro ângulo, poderia causar danos à configuração anatômica. Eu estava tentando desenvolver um dos fatores decidadado de interesse da leitura integral dos mesmos poderão fazê-lo através da aquisição do trabalho com o mesmo nome. Watson (1985), o fator 7 que é o desenvolvimento do ensino e do cuidado

transpessoal; considerando que é através de informações e alternativas que as pessoas podem ter o máximo de controle sobre sua própria saúde.

Após realizar todos os cuidados físicos, sentei-me no sofá do quarto e perguntei-lhe sobre o porquê de haver escolhido receber cuidados no domicílio e não no hospital (esta pergunta foi feita com o propósito de levá-lo a refletir sobre a procura do aconchego familiar e da presença dos seus entes de referência para ser assistido). Respondei-me que não gostaria de ser atendido no hospital, pois lá, as pessoas, médicos, enfermeiras, não tinham consideração pelos pacientes, ele havia vivido esta experiência com seu [...] este símbolo representa um recorte de um dos estudos de caso apresentado na dissertação, se existir o companheiro e tinha sido muito ruim. Achava que ser atendido em casa seus desejos seriam respeitados e ele não seria agredido ao fazerem coisas que ele não desejasse. Aqui tentava deixá-lo expor seus sentimentos negativos, procurando desenvolver junto dele um ambiente protetor e/ou atenuantes mentais, físicos e sociais, conforme preconiza Watson (1985) em seu fator de cuidado 8, em que se busca oferecer comodidade, segurança e um ambiente limpo e estético, considerando também as variáveis externas e internas do ambiente e suas interdependências.

**Contato inicial com a mãe:** Após passar a sonda vesical, fui à área de serviço da residência, para lavar e desinfetar o material. Sua mãe abordou-me perguntando o que fazer a respeito dos materiais que tivessem entrado em contato com o paciente, e como desprezá-los. Prestei informações a respeito de como proceder, ela mostrou-se bem interessada, e conhecia vários procedimentos, pois tinha sido instrumentadora cirúrgica. Então reforcei seus conhecimentos a respeito de materiais contaminados, mais especificamente com o vírus HIV. A partir dos conhecimentos da mãe procurava utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas e também prover um ambiente protetor e/ou atenuantes mentais, físicos, sociais e espirituais. A utilização do método criativo resolvendo problemas controla, prevê e auto-corrigem o cuidado que no ambiente do domicílio deve ser adaptado às condições de que se dispõe, distinto portanto do ambiente hospitalar.

**Aproximação com a mãe:** Ouvi com atenção seus comentários sobre o comportamento de José, muitos deles sobre sua conduta, o fato de ele não aceitar que ela o cuidasse, não querer receber sua ajuda, não deixá-la manifestar seus sentimentos de dor, choro e tristeza, e até comentários a respeito dele não querer a presença de outras pessoas da família, como primos e tios. Tentei, utilizando o fator de cuidado 5 de Watson (1985), permitir a expressão de sentimentos positivos e negativos, melhorando o nível pessoal de percepção e controle interno, ajudando na necessidade que a pessoa tem de manter um balanço entre sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Procurei neste momento respeitá-la, incluí-la na assistência, valorizando seus conhecimentos e deixando ver o quanto eles seriam importantes para José. Tentei apresentar a ela através de comentários o quanto aquele momento era difícil para todos, que seria necessário que ela manifestasse muita paciência ao tratar de José. Ela dava banho, trocava, limpava e tentava dar-lhe alimentação, fazendo sugestões sobre algumas necessidades que ele tinha, sobre higiene, conforto e alimentação.

**Encontro transpessoal com José:** Voltei ao quarto de José e me dispus a conversar com ele sobre o porque de tanta angústia e agressão para com sua mãe. Relatou-me um fato acontecido durante a noite quando pediu a sua mãe a medicação e ela disse-lhe que não estava na hora, pediu

novamente a medicação, a mãe disse que Ana, a médica, tinha especificado quais eram os horários, e que não estava no horário indicado, ele pediu novamente e ela disse que não daria, então ele gritou com sua mãe. Outro fato ocorrera durante a noite: ele estava com muita dor, teve uma evacuação no banheiro, teve prolapso de reto, que o incomodava muito, tentou se higienizar e voltou ao leito, quando estava relaxando e pegando no sono, sua mãe veio com uma toalha higiênica para que ele passasse em suas mãos, acordando-o. Ele se irritou e gritou como ela. Disse-me que achava que a mãe não tinha percepção da situação que ele estava vivendo, que ela não respeitava o que ele estava vivendo, e ao mesmo tempo em que ela cuidava dele, cobrava este cuidado, dizia a ele que estava lá para ajudá-lo, e que ele também precisava se ajudar e ajudá-las a cuidar dele.

Numa relação de cuidado transpessoal, uma união espiritual ocorre entre duas pessoas, onde ambas são capazes de transcender o "self", tempo, espaço e história de vida de cada um (Watson, 1985). Neste momento a relação se dá porque o cliente e o enfermeiro fluem um em direção ao outro, formando uma unidade compacta, capaz de penetrar e dissipar confusões, desalentos, solidões, agonias em busca de compreensão e crescimento.

José expunha seus conflitos de forma brusca e nervosa, eu sentia que o fazia com dor interior, que ele falava mais que palavras, ele falava de suas dúvidas e angústias internas, da necessidade de precisar de outros para ser cuidado, de resgatar suas relações com a mãe, de ter de compreendê-la num momento em que estava tão vulnerável.

Tentei, com intenção e desejo, confirmar a subjetividade de sua pessoa. Expus que era difícil para ele e para sua mãe a situação que todos estavam vivendo. Ela estava tentando fazer o que estava dentro de suas possibilidades, buscando entender tudo o que estava acontecendo, procurando meios de demonstrar genuíno desejo de atendê-lo, apesar de suas dificuldades. Falei que para sermos ajudados é necessário querer, mesmo que este querer estivesse dentro de nós adormecido e que nos custasse muito ter de admiti-lo. Se para ele era difícil a situação vivida, para sua mãe também o era.

Nos momentos em que ficávamos assim conversando ele ficava sempre olhando para meus olhos e tentando ver o que eu falava, parecia-me novamente que ele gostaria de ver meu interior, e eu me mostrava de forma firme, segura, tentando demonstrar que acreditava realmente no que tentava comunicar. Isto sempre ia além das palavras, tornando-nos vulneráveis no mais profundo de nossos seres, pois estávamos tentando comunicar nossos "selves". Para Watson, (1985), no cuidado transpessoal a enfermeira ao realizar união com o outro, expressa condições tais com movimentos, gestos, olhares, atos, procedimentos, informações, toque, palavras, formas e outros similares científicos, estéticos e de significado humano (como chorar, rir, cantar), como aconteceram no momento vivido entre José e eu.

**Separação:** Após esta conversa anterior eu disse que voltaria todas as vezes que ele necessitasse, que poderia me chamar, deixei com ele e com sua mãe e tia telefones para contato dispondo-me a voltar outras vezes para vê-lo e conversarmos, além de executar os procedimentos referentes ao cuidado técnico.

**Contato inicial com tia e irmã:** Ao sair do quarto, e estar deixando o domicílio, ao me despedir da mãe e irmã, ambas reclamavam da conduta de José, principalmente a irmã, que ameaçava interná-lo se ele não colaborasse. Então perguntei-lhe, porque ela pretendia interná-lo, o que isto

significaria para ele e para elas. Olhou-me de forma assustada, sua linguagem não verbal foi muito expressiva. Ficou parada como se estivesse pensando, não respondeu imediatamente (fiz esta pergunta para dar a ela oportunidade de refletir sobre seus sentimentos com a situação vivida e sua conduta, o que isto poderia significar para ela e José), após, assustada disse que era para que ele não sentisse dor.

O domicílio é onde as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde ocorrem crises e conflitos que aparecem no momento em que um dos membros desta família adocece. Para todos é um fator de desequilíbrio, principalmente nas situações em que se mantém a harmonia de forma frágil. Em algumas famílias há severos conflitos por atitudes pessoais que não são aceitas pelos seus membros. Para Pelzer (1993), a família pode apresentar momentos de necessidade de expressão de seus sentimentos de medo, culpa, depressão, vergonha, raiva, e outros de discussão de dúvidas, angústias, de busca de conhecimentos, informações e habilidades que facilitem e viabilizem o cuidado na esfera familiar.

A mãe, irmã e tia estavam muito nervosas, com o estado de José com suas dores, reclamações, com medo da situação vivida, sentiam-se inseguras sobre o que fazer, e sobre como as coisas evoluiriam. Pareceu-me que estavam magoadas, pelo fato de José ter confiado à Selma (uma amiga de José de longa data) a responsabilidade de tomar atitudes com relação a sua vida, seus momentos finais de vida e morte. E ao mesmo tempo sentiam a responsabilidade em cuidar dele, sem poderem discutir com o mesmo como proceder, devido à dificuldade de relacionamento que sempre os acompanhava.

A mãe e a irmã estavam nervosas e alteradas, tendo dificuldade em aceitar a situação, não conseguiam se comunicar eficazmente com ele, o que pediam e o que falavam era negado, colocado que não servia, e não podia ser feito, estavam pois cerceando uns aos outros devido à dificuldade de lidar com os próprios sentimentos.

Voltei para ver José, dois dias após para pegar uma nova veia, ele estava sem o soro por 12 horas e estava com muita diarreia, com pouca diurese.

**Contato Inicial:** Ao entrar no quarto onde estava José cumprimentei-o perguntando como ele estava, respondeu-me gritando "estou mal, quero morrer, por que a morte não vem logo? É muito complicado! Por que demora tanto?"

**Aproximação:** Instalei o soro, discutindo com ele qual seria o local mais indicado para facilitar sua movimentação no leito. Verifiquei a posição da sonda vesical e a qualidade de sua diurese. Indaguei a sua mãe como estavam as condições de sua nádegas, se não havia hiperemia. Ensinei o uso do Agarol, para restabelecer a integridade da pele e evitar a presença de assaduras e feridas. Instruí a passagem deste medicamento nas trocas de fraldas e na hora da higiene corporal podendo ser passado por todas as superfícies ósseas de José para evitar a presença de úlceras de decúbito, (a partir desta data José não saiu mais do leito).

**Encontro Transpessoal com José:** Após os procedimentos de ordem física, sentei-me num sofá que havia no quarto de José e me dispus a conversar com ele resgatando o que me dissera ao adentrar em seu quarto, perguntando a ele sobre o que ele achava estar fazendo com que sua morte demorasse a acontecer. Respondeu-me que queria morrer logo, não queria mais pensar nisso pois estava muito cansado, ele achava que já tinha se preparado para morrer e tinha tido uma vida muito feliz com

seu companheiro, e que já havia resolvido todas as questões necessárias para morrer em paz. Colocava as questões passadas e as presentes e imediatas de falta de relacionamento com sua mãe e irmã, deixando transparecer seus sentimentos de conflitos e mágoas. Senti que ele tinha uma amargura e angústia muito grande a respeito de sua relação com a mãe.

Neste momento eu pensava sobre o fator de cuidado 10 proposto por Watson (1985), onde é preciso ter consciência da presença de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado. O conceito de existência se baseia na pressuposição de que cada pessoa pode encontrar significado e solução para seus problemas de existência como os de separação, solidão e morte.

Para ocorrer o cuidado humano de forma transpessoal a enfermeira entra no espaço de vida da outra pessoa, detecta suas condições de ser (espírito, alma, essência) e sente estas condições dentro de si mesma e responde a elas de modo que o paciente compreende os seus sentimentos e pensamentos subjetivos que há muito tem desejado compreender.

À medida em que ele expunha suas queixas, ouvi-o atentamente e perguntei-lhe como via a vida. Se a mesma não era mais que questões materiais. Assim, como ficavam as questões do afeto, das trocas? Estas questões também tinham que ter um sentido de terminalidade de coisas resolvidas. Talvez, para que ele moresse fosse necessário também resolver estas questões.

Tentei compreendê-lo, tendo para com ele e seu familiares uma atitude de disponibilidade. Uma forma de contato para compartilhar com ele o vivido foi sempre ao executar os cuidados físicos, manifestar competência técnica e científica, demonstrar disposição e capacidade para poder ser um canal através do qual ele se mostrasse mais interiormente. José sempre se mostrou aberto para fazer suas colocações, expondo o que sentia, tendo liberdade. Nos momentos desta conversa, sua fala foi pausada, refletida e segura. Ele colocou que em sua vida sempre teve dificuldade para se expressar com seus amigos.

**Separação:** Estimulei-o a que refletisse sobre como era seu relacionamento com as pessoas a sua volta, a partir de sua experiência pessoal de terminalidade de seu companheiro, que ele pensasse o quanto aquilo tinha significado para sua vida, o quanto algumas questões tinham se modificado a partir daquele momento vivido, e que o momento que ele vivia com seus familiares e amigos poderia também ter significado em suas vidas.

## APONTANDO IMPLICAÇÕES

Considero este marco referencial, esta proposta de cuidar de forma transpessoal no contexto domiciliar aplicável, pois não podemos trabalhar o contexto domiciliar reproduzindo meros padrões, normas e rotinas que empregamos em outros contextos. Devemos considerar e atentar que cada casa, cada família, cada indivíduo, e seus significantes são únicos. Como tal, cada novo contato é singular, cada adentrar a uma casa, a uma família e seus componentes é específico. Não existe nada pronto. Este processo proposto busca, ao respeitar esta singularidade e especificidade, mostrar que devemos sempre estar realmente interessados em prestar atenção às diferenças e ao mesmo tempo a algumas semelhanças entre aqueles a quem cuidamos. Leva-nos a perceber que cuidar em enfermagem é mais que meramente procedimentos, que são importantes, mas que cuidar-cuidado realizado pelo

enfermeiro é aquele que ocorre quando ele utiliza todo seu "self" e o do outro, considerando-os mais do que seres somente biologizados, mas seres apreciados em todas as dimensões humanas, pois cuidado é transmitido diretamente da compreensão interna da enfermeira para o ser cuidado por ela. Portanto, este estudo tem algumas implicações para a assistência, ensino, pesquisa e saber da enfermagem.

Para a Assistência:

- Oferece referencial a ser utilizado dentro do contexto domiciliar, tão pouco explorado em nossa realidade, possibilitando a avaliação de sua aplicabilidade na assistência à saúde das pessoas em várias situações;

- Uma abordagem transpessoal que levará a uma maior aproximação entre a enfermeira, o cliente, e seus familiares na relação de cuidar-cuidado;

- Possibilita a aplicação de uma metodologia da prática de cuidar entre o paciente, os familiares e o enfermeiro no contexto domiciliar.

Para o Ensino:

- Colabora para a discussão, aplicação imediata e desenvolvimento nos conteúdos dos currículos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem sobre o cuidar-cuidado, sobre o contexto domiciliar e sobre o indivíduo com alterações em suas condições de saúde-doença e suas relações familiares;

- Permite aos alunos dos cursos de Graduação e Pós-graduação o conhecimento e sua aplicabilidade de marco referencial na prática de enfermagem;

- Levanta a necessidade em programas de formação de pessoal de enfermagem, da inclusão de temáticas relativas a cuidar de forma transpessoal e cuidar no domicílio.

Para o Pesquisa:

- Busca uma solução prática e inovadora de cuidar que necessita ser testada exaustivamente, tanto no contexto domiciliar quanto em outros contextos;

- Colabora para futuros estudos que visem às seguintes proposições:

. O cuidado domiciliar associado a relação transpessoal pode ser desenvolvido por todos os profissionais da equipe de saúde.

. O cuidado de enfermagem transpessoal domiciliar é benéfico para pacientes e seus significantes.

. O processo de cuidar proposto pode atender a inúmeras outras situações de cuidar na enfermagem.

**ABSTRACT:** This work proposes the development and application of a framework for home care of individuals and their relatives who are undergoing changes in their health-illness conditions. This proposal is based on my personal conceptions, and on both Jean Watson's carative factors and basic assumptions. It is formed by a review of literature about care-caring, transpersonal care, home care and family, and by the framework which includes the process of caring. The process of caring comprises the following phases: initial contact, intimacy, transpersonal encounter, and separation. The work is presented by means of two case studies. This particular form of study is presented through a methodological sequence with detailed description of the phenomenon as it is perceived and lived by individuals and founded on referential framework resulting in a model of home care with existential-phenomenological connotations. Thus, this work intends to contribute the development of nursing by proposing an innovative form of acting in practice.

**KEY WORDS:** Nursing care; Home nursing.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARRINGTON, Danw T. ; WALBORN, Karen S. The confort caregiver concept. *Caring*, Washington p. 24-27, Dec. 1989.
- 2 ARRUDA, Eloita N., SILVA, Alcione L. Cuidando - confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enf.*, Florianópolis. v.3, n. 1, p. 116- 127, jan/jun.1994.
- 3 COLLIÉRE, Marie F. **Promover a vida**. Lisboa: sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- 4 COOKFAIR, Joan M. **Nursing process and practice in the community**. St. Louis : Mosby Year Book, 1991.
- 5 CUNHA, Isabel C. K. O. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem**. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 6 LEININGER, **Madeleine Care: the essence of nursing and health**. Thorofore : Charles B. Slack, 1984.
- 7 PACHECO, Maria A. B. **Associação catarinense de ostomizados: um estudo de caso**. Florianópolis, 1993. Tese (Professor Titular) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 8 PELZER, Marlene T. **A enfermeira cuidando de idosos com Alzheimer em família**. Florianópolis, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 9 WATSON, Jean. **Nursing: human science and human care**. East Norwalk: Appleton-Century- Crofts. 1985.
- 10 \_\_\_\_ **The philosophy and science of caring**. Boston : Little Brown, 1979.
- 11 YIN, Robert. **Case study research designs and methods**. Newbury Park : Sage. 1978. v.5.

Endereço do autor:

Departamento de Enfermagem UFPR  
Rua Padre Camargo, 280 - 8º andar  
CEP 80060-240 - Curitiba - PR