



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAMPUS DE SOBRAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATÁLIA FROTA GOYANNA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO IDOSO: ABORDAGEM À LUZ
DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL**

SOBRAL

2017

NATÁLIA FROTA GOYANNA

CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO IDOSO: ABORDAGEM À LUZ DO
MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

SOBRAL

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F961c Frota Goyanna, Natália.
Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao Idoso: : Abordagem à Luz do Modelo de Cuidado Transpessoal /
Natália Frota Goyanna. – 2017.
151 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.
1. Assistência Domiciliar. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Idoso fragilizado. I. Título.

CDD 610

NATÁLIA FROTA GOYANNA

CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO IDOSO: ABORDAGEM À LUZ DO
MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (Orientadora)

Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda

Universidade Federal do Paraná – UFPR

Dr.^a Keila Maria de Azevedo Ponte Marques

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Pós- Dr.^a Maria Adelane Monteiro da Silva

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Aos idosos e seus familiares que participaram deste estudo, em especial ao SPC 1 (Primeiro ser pesquisado-cuidado) e sua cuidadora, pela disposição, tempo despendido, compartilhando vivências e contribuindo com o meu aprendizado e evolução como ser humano e profissional (enfermeira).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, Senhor da minha vida, por ter me dado a permissão de chegar até aqui e por toda a força concedida na concretização desse sonho. A Ele, toda honra e glória!

À minha MÃE Socorro Frota, minha base, pelo apoio incondicional, por acreditar em mim, incentivar meus sonhos e lutar para que sejam concretizados. A você que muitas vezes renunciou os seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, partilho a alegria deste momento.

Ao meu ESPOSO Jeová Mourão, meu equilíbrio, pela sua incansável boa vontade em me ajudar, por perder noites de sono e fins de semana ao meu lado, por sempre compartilhar meus ideais e me incentivar a prosseguir. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o seu sonho!

Ao meu amado FILHO Mateus, razão da minha luta diária, por ter compartilhado todas as angústias e felicidades dessa vivência, desde a gravidez, nascimento até o seu primeiro ano de vida, dividindo a mamãe com tantas outras coisas. Obrigada por ter me tornado mais forte e me inspirar a querer ser melhor do que fui até hoje.

Aos meus irmãos, cunhada, cunhado e sobrinhos pelo amor, união, incentivo e apoio.

Aos meus avós, pelo exemplo de vida, pelo amor que dedicam a mim.

À minha orientadora, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, não só por me conduzir na realização desse estudo, pois nossa relação vai bem além disso, mas, acima de tudo, pela amizade, confiança e por me inspirar a ser um ser humano e profissional melhor.

Às professoras Dra. Maria Ribeiro Lacerda, Dra. Keila Maria de Azevedo Ponte Marques e Pós-Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva por aceitarem participar da banca de defesa de dissertação e pelas contribuições valorosas.

Aos meus colegas do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, turma 06, em especial, Karina, Liélma e Gervânia, pela convivência, reflexões diárias e parceria nesse momento de crescimento pessoal e acadêmico.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará pela oportunidade e a todos os professores pelos ensinamentos e por contribuírem ativa ou passivamente para a minha formação e realização deste projeto.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo auxílio financeiro com a manutenção da bolsa.

Aos colegas de trabalho da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, pelo apoio e incentivo.

À amiga de longas datas, Egliny, por desejar o meu bem e me valorizar como pessoa. Obrigada pela amizade!

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (CARL JUNG).

RESUMO

O cuidado domiciliar emerge como estratégia potente para oferecer uma melhor atenção à saúde. No entanto, é preciso considerar aspectos técnicos, éticos e legais para a oferta do cuidado no domicílio, necessitando de profissionais com competência e uma rede de atenção que ofereça suporte, envolvendo o núcleo familiar. A pesquisa objetivou analisar a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, no cuidado a idosos restritos ao domicílio. Este estudo tem abordagem qualitativa, com desenho de pesquisa-cuidado. Ocorreu no Município de Sobral/CE, no contexto do Programa Melhor em Casa. Os participantes foram cinco idosos restritos ao leito e seus cuidadores. Para a operacionalização da pesquisa, utilizei instrumentos que viabilizaram a aplicação do Modelo e a utilização do Processo *Clinical Caritas*. Para a coleta de informações, construí o diário de campo e os momentos de cuidado foram gravados. Os dados obtidos foram organizados e analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo. O estudo foi regido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A aplicação do Modelo e a utilização do Processo *Clinical Caritas* me proporcionou compreender a importância de ser/estar presente em todos os momentos de cuidado, em construir uma relação forte, um vínculo de confiança, ter um olhar para além das necessidades de sobrevivência, considerar e respeitar os conhecimentos, as crenças e individualidade do ser humano. Ao analisar as necessidades de cuidado, percebi um maior número de necessidades de ordem superior. Através dos discursos, durante o processo de cuidar, foi possível organizar cinco categorias: sobrecarga do cuidador, prazer em cuidar, religiosidade como estratégia de enfrentamento, percepções sobre o Programa Melhor em Casa e percepções sobre o cuidado transpessoal. Com um dos seres pesquisados-cuidados, a relação de cuidado não evoluiu, não alcançando o Encontro Transpessoal. A aplicação do Modelo, por si só, não garante o alcance do cuidado transpessoal, pois há questões contextuais que influenciam ou podem influenciar fortemente a prestação do cuidado. No entanto, o Modelo é um instrumento factível e cognoscível, capaz de sistematizar a operacionalização do Processo *Clinical Caritas*, o que aumenta a possibilidade de alcançar o cuidado transpessoal. Acredito que traz importante contribuição para a mudança do modelo de atenção, à medida que qualifica o cuidado domiciliar, uma dimensão do cuidado ainda frágil no Brasil.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Cuidados de Enfermagem. Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

Home care emerges as a powerful strategy to offer better health care. However, it is necessary to consider technical, ethical and legal aspects for offering care at home, requiring professionals with competence and a network of attention that supports, involving the nuclear family. The research aimed to analyze the contribution of the model of transpersonal care in home nursing, in the care of the elderly restricted to the domicile. This study has qualitative approach, with research-careful design. It occurred in Sobral/CE, in the context of The Best program At Home. The participants were five elderly restricted to bed and their caregivers. For the operation of the research, instruments that made possible the application of the model and the use of the Clinical Caritas process were used. For the collection of information, a daily journal was built and the moments of care were recorded. The data obtained were organized and analyzed by May, through content analysis technique. The study was governed by resolution 466/12 of the National Health Council. The application of the model and the use of the Aritas Clinical process provided me with understanding the importance of being present at all times of care, in building a strong relationship, a bond of trust, having a look beyond the needs of Survival, consider and respect the knowledge, beliefs and individuality of the human being. When analyzing the needs of care, I realized a greater number of higher order needs. Through the speeches, during the process of care, it was possible to organize five categories: caregiver overload, pleasure in caring, religiosity as a strategy of confronting, perceptions about the program and perceptions about transpersonal care. In one of the researched beings-care, the relationship of care has not evolved, not reaching the transpersonal encounter. The application of the model itself does not guarantee the scope of the transpersonal care, as there are contextual issues that influence or can strongly influence the provision of care. However, the model is a doable and knowable instrument capable of systematizing the operation of the Clinical Caritas process, which increases the possibility of achieving transpersonal care. I believe that it brings important contribution to the change of the model of attention, as it qualifies home care, a dimension of care still fragile in Brazil.

Keywords: Home Nursing. Nursing Care. Frail Elderly.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Representação esquemática da atenção domiciliar..... 28
- Figura 2 - Comparativo entre os Fatores Caritativos originalmente descritos em 1979 e o atual Processo *Clinical Caritas*..... 33
- Figura 3 - Representação gráfica do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar..... 41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i> , Fases do MCTED e os Seres Pesquisados-Cuidados.....	66
Quadro 2 -	Pressupostos, Fases do MCTED e os Seres Pesquisados-Cuidados.....	67
Quadro 3 -	Ordem de Necessidades Humanas.....	71
Quadro 4 -	Necessidades de Cuidado apresentadas pelos Seres Pesquisados-Cuidados.....	72
Quadro 5 -	Unidades de registro de categorias de análise.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
CT	Cuidado Transpessoal
EMAD	Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multidisciplinares de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
LPP	Lesão por Pressão
MCTED	Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCC	Processo <i>Clinical Caritas</i>
PMC	Programa Melhor em Casa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SPC	Ser Pesquisado-Cuidado
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral	22
2.2	Específicos	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	Processo de envelhecimento populacional	23
3.2	Atenção Domiciliar	26
3.3	Uma política pública para a Atenção Domiciliar: Programa Melhor em Casa	29
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	32
4.1	Teoria do Cuidado Transpessoal	32
4.2	Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar	36
4.3	Método de Pesquisa Cuidado	42
4.3.1	<i>Aproximação com o objeto de estudo</i>	44
4.3.2	<i>Encontro com o ser pesquisado-cuidado</i>	45
4.3.3	<i>Estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática</i>	47
4.3.4	<i>Afastamento do ser pesquisador-cuidador e do ser pesquisado-cuidado</i>	48
4.3.5	<i>Análise do apreendido</i>	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1	Encontros, vínculos e relações de cuidar	51
5.1.1	<i>Primeiro ser pesquisado-cuidado (SPC 1)</i>	51
5.1.2	<i>Segundo ser pesquisado-cuidado (SPC 2)</i>	53
5.1.3	<i>Terceiro ser pesquisado-cuidado (SPC 3)</i>	56
5.1.4	<i>Quarto ser pesquisado-cuidado (SPC 4)</i>	59
5.1.5	<i>Quinto ser pesquisado-cuidado (SPC 5)</i>	63
5.2	O cuidado transpessoal às famílias de idosos restritos ao domicílio e o Processo <i>Clinical Caritas</i>	65
5.3	Necessidades de cuidado e o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar	70

5.4	Implicações do contexto na aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar.....	74
5.5	Cuidado Domiciliar a idosos restritos ao domicílio: uma análise a partir dos discursos dos pesquisados-cuidados e seus cuidadores.....	78
5.5.1	<i>Sobrecarga do cuidador.....</i>	79
5.5.2	<i>Prazer em cuidar.....</i>	80
5.5.3	<i>Religiosidade como estratégia de enfrentamento.....</i>	81
5.5.4	<i>Percepções sobre o Programa Melhor em Casa.....</i>	82
5.5.5	<i>Percepções sobre o cuidado transpessoal.....</i>	83
5.6	Potencialidades e limitações da aplicação do MCTED.....	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA IDOSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA E/OU CUIDADORES.....	99
	APÊNDICE B - MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO.....	100
	APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 1 (SPC 1).....	101
	APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 2 (SPC2).....	109
	APÊNDICE E – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 3 (SPC3).....	118
	APÊNDICE F – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 4 (SPC4)	125
	APÊNDICE G - DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 5 (SPC5).....	134
	ANEXO A – GUIA PARA A REALIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROCESSO CLINICAL CARITAS.....	142
	ANEXO B – PROPOSTA INICIAL PARA APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPessoal EM ENFERMAGEM DOMICILIAR	

(MCTED).....	147
ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL – CE.....	149
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	150

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem ocorrendo de forma acelerada, implicando grandes desafios à Saúde Pública. Esse aumento significativo evidencia uma melhoria da qualidade de vida da população, ao passo que acarreta maiores custos aos serviços de saúde, que necessitam de uma melhor estrutura para atender os idosos (BRITO *et al.*, 2013).

Atualmente existem no mundo 840 milhões de idosos, sendo estimado que, em 2050, serão 2 bilhões de pessoas acima de 60 anos. Em 2010, existiam mais de 20 milhões de idosos em todo o Brasil, sendo cerca de 909 mil somente no Estado do Ceará. Em Sobral, constam 16.557 pessoas vivendo acima de 60 anos. Entretanto, o número de idosos no Brasil deverá crescer muito mais rápido do que a média internacional, pois, enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil (IBGE, 2010; ONU, 2014).

O processo de envelhecimento ocasiona, em todos os idosos, alterações funcionais, que variam de um indivíduo para outro e acarreta em maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas e suas possíveis sequelas debilitantes, podendo aumentar o número de idosos dependentes inseridos nos meios familiares e sociais (SILVIA; GALERA; MORENO, 2007). Diante desse cenário, percebe-se uma dificuldade dos serviços de saúde em se adequarem a essa nova realidade, tornando-se necessário a articulação de novas estratégias que possam auxiliar na superação desses desafios.

O desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais e o Brasil também tem se organizado na tentativa de responder às crescentes demandas da população que envelhece, contando com muitas políticas focalizadas no idoso, porém, ainda existem dificuldades em suas implementações. Neste sentido, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde, que em seus princípios ressalta-se a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, da integralidade da assistência e da fixação de prioridades com base na epidemiologia; o Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, se configurou em importante documento para ampliar os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa e foi fundamental para a afirmação de ações dinâmicas e consistentes; e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída em

2006, na qual estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance das propostas voltadas ao idoso (FERNANDES; SOARES, 2012).

Assim, diante da realidade do envelhecimento e das consequências e limitações decorrentes desse processo, o Governo Federal vem criando e implementando políticas de saúde que possam contribuir para proporcionar um cuidado integral aos idosos, destacando a importância do ambiente domiciliar. Assim, é importante citar a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013, que dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências (BRASIL, 2013a, 2013b).

O lançamento do Programa Melhor em Casa ocorreu no dia 8 de novembro de 2011, representando um marco e um compromisso de que a Atenção Domiciliar é uma prioridade para o Governo Federal. Esse programa de Atenção Domiciliar (AD) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011 (BRASIL, 2012a).

A Atenção Domiciliar se propõe a reorganizar o processo de trabalho pela equipe de saúde e promover discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Nesse contexto, os profissionais devem ser capazes de atuar com criatividade e senso crítico, por intermédio de uma prática humanizada, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012a).

O cuidado domiciliar compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento e a recuperação de clientes, em resposta às suas necessidades e às de seus familiares. Configura-se como o cuidado desenvolvido para e com o ser humano, no contexto de seus domicílios. (LACERDA, 2000).

O cuidado domiciliar se configura como uma ferramenta capaz de estender os princípios de integralidade da atenção à saúde numa difusão do trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), que prevê a utilização do cuidado domiciliar como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, assim como o estabelecimento de vínculos com a mesma, com a finalidade de

atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; LACERDA, 2010).

O contexto domiciliar não compreende o domicílio como apenas um espaço físico, devendo, portanto, ser considerado como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e cujas entidades representam um caráter particular e interferente ao mesmo tempo (LACERDA, 2010). Dessa forma, o domicílio é um local único que oferece a oportunidade de observar o modo que as pessoas enfrentam, em seu meio familiar e com os recursos que lhes são disponíveis, os problemas decorrentes das necessidades de saúde de um familiar que precisa de cuidados diariamente (LACERDA, 2010).

Para a atuação na AD, é necessária a mobilização de competências específicas, como habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, além do conhecimento técnico e científico (SILVA *et al.*, 2014).

A Enfermagem possui papel de destaque na AD. Para Silva *et al.* (2014), esse destaque está associado com a habilidade do enfermeiro em exercer diferentes atividades, tais como gestão, supervisão, procedimentos, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família.

O cuidado realizado no contexto dos domicílios dos clientes pode receber diferentes denominações, como: assistência domiciliar em saúde, atendimento domiciliário, atendimento residencial e, de forma mais abrangente, está inserido na atenção domiciliar a saúde com suas subclassificações: internamento domiciliar, visita domiciliar e o cuidado domiciliar (LACERDA *et al.*, 2006). Para a realização deste estudo, utilizaremos o termo cuidado domiciliar, uma vez que se relaciona diretamente com a essência da prática da enfermagem.

Com o intuito de realizar um estudo que se aproxime com a essência da enfermagem, optou-se por aplicar um modelo de cuidado. Entende-se por modelo de cuidado uma atividade que orienta a prática de enfermagem, sendo implementada de maneira sistemática, considerando as crenças, valores e significados cotidianos dos envolvidos no processo. É um processo dinâmico, que possui variados graus de estruturação. Trata-se, portanto, de uma estrutura teórica que interrelaciona conceitos, pressupostos e uma metodologia do cuidado, sendo representado por um diagrama (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

Dessa forma, este estudo tem o intuito de realizar a aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda (2013), a idosos restritos ao domicílio acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, na Cidade de Sobral, Ceará. Tal Modelo foi desenvolvido tendo por base a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (WATSON, 2007).

A aproximação com o objeto ocorreu a partir das vivências proporcionadas por inserções na vida pessoal, acadêmica e profissional.

No aspecto pessoal, uma experiência marcante foi a hospitalização de meu avô, em 2008, após desenvolver encefalite. Àquela época, este necessitou de cuidados intensivos a nível hospitalar e após a alta, no domicílio. Tais cuidados envolviam a administração de medicamentos por via oral, o preparo para realização de exames ambulatoriais, o controle e monitoramento de alguns sintomas, a vigilância constante, os retornos aos médicos, dentre outros. Diante deste contexto, pus-me a pensar como seria a atenção ao idoso em famílias que por ventura viessem a ter baixas condições econômicas e estruturais e a cargo de quem ficaria este cuidado e de como o SUS contemplava este público.

Na oportunidade da realização do Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem, intentava descrever o modo de vida, bem como a atenção ofertada ao idoso que vive com Doença de Alzheimer. A partir desta imersão, foi possível observar o quanto ainda a atenção na ESF precisaria se aperfeiçoar para realmente impactar positivamente na qualidade de vida daqueles idosos (GOYANNA *et al.*, 2017).

O referido estudo envolveu uma análise da atenção ao idoso com Doença de Alzheimer a partir dos discursos dos idosos e cuidadores, de forma que foi possível tecer considerações sobre a atenção fornecida pela ESF e sobre a atenção farmacêutica, especificamente o serviço de dispensação de medicamentos especiais do Município de Sobral. A partir desse estudo, ficaram evidentes as dificuldades enfrentadas pela família e pelo cliente que vive com Alzheimer (GOYANNA *et al.*, 2017).

A inserção no domicílio do idoso proporcionou um maior conhecimento acerca da realidade a qual se encontra esse cliente e sua família, sendo possível uma aproximação que permitiu tecer inferências quanto a fatores de risco no ambiente, relações familiares, bem como suas dúvidas, dificuldades e estratégias de enfrentamento. A boa receptividade dos participantes da pesquisa revelou que a visita domiciliar, realizada pelos profissionais de

saúde, se configura como importante ferramenta de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, uma vez que os mesmos vivem com uma doença degenerativa, que interfere na capacidade de realizar suas atividades diárias, assim como nas relações sociais, necessitando de um acompanhamento contínuo e integral.

Ressalto também a experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Sobral, na qual pude ratificar minhas inferências sobre as fragilidades na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, percebendo que as ações de saúde, em sua maioria, são voltadas para as enfermidades que os idosos apresentavam, destinando pouca importância à promoção da saúde desse grupo populacional.

Nesta perspectiva, ressalto a predominância do modelo hegemônico nas concepções dos profissionais e nas ações realizadas pela ESF, marcadas pelo biologicismo, norteados pela queixa conduta, ancorado na medicalização e com pouca prioridade (tempo) para ações de promoção da saúde, muito se devendo à construção deste cenário à sobrecarga dos profissionais, sobretudo, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A partir desta inserção, também pude observar como a atenção domiciliar ainda se configura em campo pouco explorado pelo sistema de saúde, sobretudo na ESF, na qual as ações de atenção domiciliar se resumem à visita domiciliar. Esta é uma lacuna da atenção, que cada vez mais será chamada a se posicionar de forma mais contundente quanto ao fornecimento da Atenção Domiciliar, sobretudo frente ao envelhecimento da população, principal público desta modalidade.

As inquietações no âmbito da saúde do idoso há muito permeiam meus pensamentos. Preocupo-me ainda como será esta atenção em 20 anos, quando o número de idosos dobrar? O SUS ainda mostra incipiência em suas políticas públicas voltados para idosos, embora possa registrar avanços importantes, como o estatuto do idoso e a Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. No entanto, novas estratégias devem ser desenvolvidas com o fim de melhor assistir este público.

Nesta conjuntura, a atenção domiciliar emerge como estratégia potente para oferecer melhor atenção, de forma mais humanizada, tendo ainda em seu favor a redução de custos com internações hospitalares, a qual o idoso representa o grande público. No entanto, é preciso que se considere aspectos éticos e legais para a oferta deste cuidado no domicílio, necessitando de um corpo de profissionais com competência técnica, ética e legal para a oferta

deste cuidado, bem como uma rede de atenção que lhe ofereça suporte, envolvendo ainda o núcleo familiar, a fim de que o mesmo possa ser protagonista deste processo de cuidar (SANTOS; LEON; FUNGHETO, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; KLAKONSKI *et al.*, 2015).

Diante dos movimentos que subsidiaram a escolha do objeto, acrescento ainda as lacunas na literatura evidenciadas por uma busca, realizada em dezembro de 2015. Assim, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a utilização dos descritores controlados combinados “serviços de atenção domiciliar” e “modelos de enfermagem”, com o uso do operador booleano “and”, apenas 1 artigo foi encontrado, sendo que o mesmo não tratava de modelos de cuidado. Outra busca, sem recorte temporal, agora com os descritores não controlados “domicílio” e “modelo”, resultou em 3 artigos, os quais tratavam de modelos assistenciais no contexto do cuidado no domicílio.

Assim, Fialho, Pagliuca e Soares (2002) analisaram a adequação da Teoria do Déficit de Autocuidado à Luz do Modelo de Barnum, enfocando o ambiente e a pessoa cuidadora no domicílio. Püchel, Ide e Chaves (2006) propuseram bases teóricas para um a construção de um modelo de atenção voltado à assistência domiciliar, considerando a dimensão psicossocial. Dal Bem e Gaidzinsk (2007) propuseram um modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliar, identificar os critérios adotados por gerentes e enfermeiras para o dimensionamento do pessoal de enfermagem durante cuidados domiciliares.

Dessa forma, os resultados das buscas sinalizam uma incipiência da literatura no referente a modelos de atenção voltados ao cuidado domiciliar.

Considerando a relevância do cuidado domiciliar no cenário do envelhecimento, temos como questão norteadora do estudo: qual a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal para os idosos que necessitam da Assistência de Enfermagem no domicílio?

Acredita-se que este estudo possa repercutir em muitas dimensões da Atenção Domiciliar e da saúde do idoso, podendo se constituir em um importante referencial que contribuirá para a melhoria da atenção à saúde das pessoas maiores de 60 anos, sobretudo no âmbito do cuidado domiciliar, subsidiando novos modos de cuidar e servindo como estratégia qualificativa para os serviços de saúde.

Na área acadêmica, poderá fomentar novas reflexões acerca do cuidado transpessoal, principalmente no cenário dos domicílios, ressaltando a necessidade de incluir essa temática nas discussões nos cursos de graduação e pós-graduação.

Para os profissionais de enfermagem, viabilizará o conhecimento de um modelo de cuidado domiciliar, que irá nortear a prática e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento, tanto de idosos, como de outras pessoas que necessitam de cuidado no ambiente domiciliar.

Para os idosos restritos ao domicílio, a utilização de um modelo de cuidado, fundamentado na Teoria de Watson, permitirá um cuidado singular, que entende o seu ser como único, considerando todos os seus sentimentos, pensamentos e desejos.

Esta investigação pretende contribuir também para a produção de novos conhecimentos e aplicações para o modelo, acumulando novas contribuições que poderão repercutir na Atenção Domiciliar e na Saúde do Idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, proposto por Favero e Lacerda (2013), no cuidado a idosos restritos ao domicílio.

2.2 Específicos

- Descrever a aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, proposto por Fávero e Lacerda (2013).
- Identificar como os conceitos, fases, elementos do Processo *Clinical Caritas* e pressupostos que embasam o Modelo de Cuidado alcançam as necessidades de cuidado dos pacientes no ambiente domiciliar;
- Descrever as potencialidades e as limitações do Modelo para o cuidado de Enfermagem a idosos restritos ao domicílio;

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão tem por objetivo analisar a literatura pertinente ao objeto de estudo, se configurando em um elemento estruturante para a pesquisa. Neste estudo, procurou-se abordar o cuidado domiciliar ao idoso a partir de diferentes perspectivas. Assim, o primeiro capítulo trata sobre o processo de envelhecimento, seus aspectos fisiológicos, de como esse fenômeno tem repercutido no Brasil e no mundo e que implicações para a saúde trará esse fenômeno. No segundo, discorre-se sobre a atenção domiciliar no Brasil, a partir de aspectos históricos e operacionais de implementação das ações. No terceiro, tem-se o Programa Melhor em Casa como tema central, trazendo seus aspectos legais e operativos, discorrendo ainda sobre os desafios atuais para a sua implementação.

3.1 Processo de Envelhecimento

Envelhecer está intimamente relacionado com mudanças ao nível biológico, pois o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo e, em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares e são apenas vagamente associadas à idade cronológica de uma pessoa (OMS, 2015).

No entanto, o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo e nem está associado à existência de uma doença, embora muitas sejam as transformações inerentes a este processo, em destaque as relacionadas ao corpo (PALÁCIOS, 2004; MENDONÇA; SQUASSONI; ZANNI, 2010).

Em função do mercado de consumo, o corpo sofre por um processo de construção e reconstrução. Ele consome a si mesmo como imagem bela que se permite vender, sendo importante um corpo belo, jovem e saudável, que exaltado e padronizado pelos modelos atuais em nossa sociedade, desvaloriza o envelhecimento, e conseqüentemente, leva a não percepção social da velhice, por ser o corpo em declínio revelador da finitude do ser (LIMA; RIVEMALES, 2013).

No imaginário social, a velhice está associada a perdas que levam a ruptura e ao isolamento, a uma imagem negativa de ser velho, à perda de papéis sociais e à precariedade das condições de vida. Essas antigas imagens associadas à velhice hoje não se configuram como regra. Assim, nas discussões atuais sobre as pessoas em idade avançada, existe a adoção de uma nova representação que está associada a produtividade (MAIA, 2008).

Envelhecer pode trazer limites, incapacidades, mas também pode abrir novas possibilidades de projetos e valores. É importante considerar os aspectos socioculturais que envolvem o corpo e o envelhecimento que, através de reflexões, intervenções e vivências, podem construir um contexto social mais inclusivo, de forma a permitir um envelhecimento ativo e qualificado (LIMA; RIVEMALES, 2013).

Diante desse cenário, a temática do envelhecimento vem ganhando destaque em diferentes campos, em virtude do aumento da população em idade avançada e dos impactos que tal fato acarretará à sociedade (MAIA, 2008).

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios, uma vez que, ao longo dos anos, causará mudanças dramáticas e implicações profundas (OMS, 2015) se configurando como uma realidade dos países desenvolvidos, bem como de grande parte dos países em desenvolvimento (TAVARES *et al.*, 2011).

A proporção de pessoas idosas em todo o mundo está crescendo muito mais rapidamente que no passado, o que demonstra os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).

Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2005).

No Brasil, em 2010, o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos ultrapassou 20 milhões, correspondendo a 11% da população (IBGE, 2010). Com uma taxa de crescimento de idosos estimada em 4% ao ano, no período entre 2012 e 2022, as projeções indicam que, em 2030, haverá, no Brasil, 41,5 milhões de idosos e em 2060, 73,5 milhões (IBGE, 2015).

Porém, percebe-se que o país não teve planejamento adequado para acompanhar esse aumento das pessoas idosas, de forma a atender às necessidades dessa população, o que faz com que o envelhecimento seja encarado como um “problema” e não como uma conquista (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006).

Esse processo acelerado de envelhecimento da população deve ser acompanhado de articulação de novas estratégias que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional (OMS, 2015).

Dessa forma, no futuro, haverá um grande contingente de pessoas com idade superior a sessenta anos na população brasileira. Diante deste contexto, para se reduzir os efeitos e consequências do envelhecimento, é necessário conscientizar a sociedade dessa realidade, e desenvolver políticas e estratégias para dar respostas às novas necessidades sociais, além de exigir a readaptação da sociedade a uma nova realidade (NUNES, 2017).

A criação de políticas para pessoas idosas é estruturante para o bom desempenho da saúde dos países. No Brasil, foram criadas estratégias para que se pudesse fornecer a atenção de uma forma integral, universal e equânime, sendo os programas e políticas os principais dispositivos para o alcance de tais objetivos. Neste contexto, a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso se enquadram como uma dessas estratégias, almejando estruturar e garantir a atenção a este grupo populacional.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi promulgada em 1994, sendo regulamentada em 1996, tendo como intuito nortear os serviços de saúde na prestação do cuidado a este grupo populacional. Outro avanço ocorreu em 2003, quando foi aprovado o Estatuto do Idoso, o qual provocou uma reflexão sobre as responsabilidades do estado e da sociedade para com a pessoa idosa (BRASIL, 2003, 2006b).

Essas estratégias que buscam promover a melhoria da qualidade de vida dos idosos são essenciais, à medida que consideramos o processo de envelhecimento humano como algo complexo, que pode acarretar na diminuição da capacidade funcional, tornando o idoso dependente para a realização das atividades de vida diária.

Para Freitas *et al.* (2012), uma considerável parcela dos idosos apresenta limitações físicas, necessitando de auxílio na execução das atividades do cotidiano. Mesmo os idosos considerados independentes precisam de orientações para manter um envelhecimento saudável. Torna-se de fundamental importância investigar a qualidade de vida e formas de cuidado para os idosos.

Gottlieb *et al.* (2011) ressaltam que é de fundamental a oferta de um olhar abrangente para a questão do envelhecimento em todo o Brasil, visto que é caracterizado pela heterogeneidade étnica.

Nesse sentido, a Enfermagem desempenha importante papel frente às peculiaridades da pessoa idosa, uma vez que pode otimizar o potencial que o idoso é capaz de utilizar diante das modificações próprios do envelhecimento, possibilitando o envelhecer saudável, mesmo com as inevitáveis modificações corporais (LIMA; RIVEMALES, 2013).

Diante desse contexto, o Brasil necessita de políticas mais contundentes de assistência aos idosos, além da formação adequada de recursos humanos para assisti-los (FREITAS *et al.*, 2012).

3.2 Atenção Domiciliar

A atenção à saúde se divide em dois modelos: o hospitalar e o domiciliar, sendo este último denominado de Atenção Domiciliar à saúde. O modelo domiciliar ganha espaço em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde. Tal modelo de atenção à saúde é amplamente difundido no mundo, apresentando como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (LACERDA *et al.*, 2006).

A implementação do modelo domiciliar de atenção vai ao encontro das novas demandas decorrentes das mudanças ocorridas no perfil epidemiológico das populações. Silva *et al.* (2010) infere que estas novas necessidades são decorrentes do envelhecimento populacional, demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos

e têm fortalecido práticas anti-hegemônicas e a formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde.

Assim, observam-se a emergência e ampliação de espaços de atenção não tradicionais como a Estratégia Saúde da Família, Serviços de Atendimento Domiciliar, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outros (SILVA *et. al.*, 2010).

Ao se tratar de Atenção Domiciliar muitas são as denominações trazidas pela literatura, no entanto é significativo distinguir tais facetas.

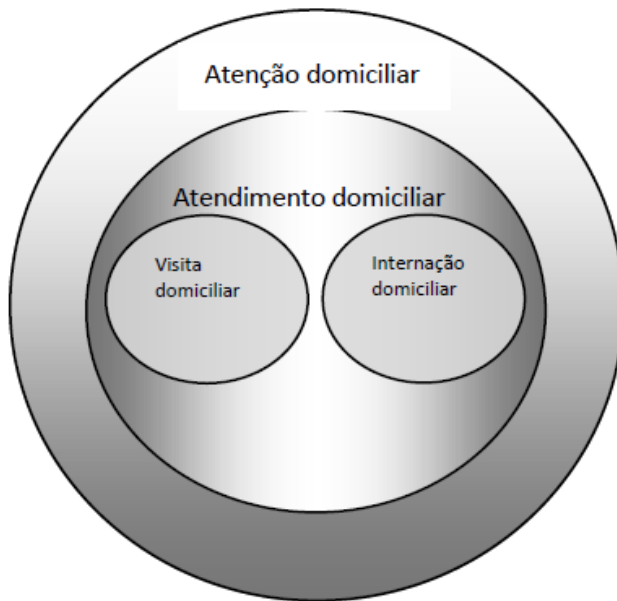
Na visão de Lacerda *et al.* (2006), a AD abrangeria o Atendimento Domiciliar, a Internação Domiciliar e a Visita Domiciliar.

O Atendimento Domiciliar compreende a assistência domiciliar ou cuidado domiciliar, se configurando em um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio (BRASIL, 2006a).

Para Lacerda (2000) a Internação Domiciliar é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, envolvendo a família e, podendo ou não, utilizar equipamentos e materiais. A autora pontua ainda que, nessa modalidade, o cliente e o familiar cuidador recebem cuidados e orientações sobre várias ações, pois está com o estado de saúde alterado, precisando de acompanhamento profissional.

No contexto da ESF, a Visita Domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade., possibilitando o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Figura 1: Representação esquemática da atenção domiciliar.



Fonte: adaptado de Takahashi e Oliveira (2001).

Neste contexto, o cuidado domiciliar é o que se desenvolve com seres humanos, tanto pacientes quanto seus familiares, no contexto de sua residência/lar. 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 (LACERDA, 1999). Assim, entende-se que o cuidado permeia todas as atividades desenvolvidas durante a atenção à saúde, uma vez ser o cuidado objeto inerente a ação em saúde.

Nesse novo cenário, o qual a proposta de um modelo de atenção domiciliar ganha força, a família e o usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde, uma vez que o ambiente domiciliar e as relações familiares no domicílio instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2012a).

Neste contexto, o cuidado domiciliar parece guardar um potencial significativo para melhorar a atenção à saúde, uma vez que pode contribuir para a diminuição da sobrecarga das

unidades de saúde bem como potencializar o bem estar da pessoa adoecida, que terá o cuidado concebido no seio do domicílio.

No entanto, a implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde (SILVA *et. al.*, 2010).

Sob esta ótica, é importante que o domicílio também seja entendido como espaço de produção da saúde e, assim, considerado e contemplado durante a formulação de políticas públicas e pela própria rede de atenção, sendo necessário uma relação mais íntima, principalmente, com os serviços de urgência e emergência.

3.3 Uma política pública para a Atenção Domiciliar: Programa Melhor em Casa

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, podemos afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital, é fragmentado, é biologicista e mecanicista (BRASIL, 2012a).

Diante dessa premissa, a Atenção Domiciliar emerge como outra força potente para avançar com a afirmação de um SUS universal, equânime e integral. Assim, a atenção domiciliar vem sendo reconhecida como modelo de atenção a ser seguido e incentivado, sendo objeto, inclusive, das políticas públicas de saúde, dentre essas o Programa Melhor em Casa, que no Brasil, representa um avanço na implementação da Atenção Domiciliar.

A Atenção Domiciliar constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS nº 2.527, que redefine a Atenção Domiciliar e propõe mudança no texto da portaria até então vigente, apresenta avanços, como ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de Atenção Domiciliar. Além disso, estabelece normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multidisciplinares de apoio (EMAP) e habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estarão vinculadas, regras de habilitação e valores de incentivo (BRASIL, 2011).

AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos:

(a) AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica;

(b) AD2 é voltada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde a essa modalidade é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade;

(c) AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP (BRASIL, 2012a).

Os usuários contemplados pelo Programa Melhor em casa podem ser oriundo de serviços distintos: atenção Básica, Serviços de Atenção às Urgências e Emergências e Hospital (BRASIL, 2012a).

A AD tem se apresentado como um modelo de atenção complementar de grande potencial para a organização, para a qualificação e para o ganho de eficiência, efetividade e eficácia por parte dos processos de cuidado em saúde na atenção básica, particularmente na ESF. Entretanto, problemas enfrentados pelas equipes, como o excedente da população atendida, a grande demanda por assistência, a formação profissional aquém da necessária,

entre outros, têm dificultado a prática desse modelo de forma ideal, à semelhança do que acontece em relação à eficácia da implantação do SUS para a aplicação de seus princípios e diretrizes fundamentais (GALLASSI *et al.*, 2014).

A partir do reconhecimento de tais dificuldades, é necessária a intensificação da formação e consolidação de canais de diálogo entre gestores de saúde em nível local, regional e nacional, e os serviços de saúde, objetivando a elaboração e aprimoramento de diretrizes para a AD (GALLASSI *et al.*, 2014).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O desenvolvimento deste estudo foi assentado em um arcabouço teórico-metodológico constituído por dois referenciais: A Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, e o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, de Luciane Favero. Enquanto o primeiro fornece um aporte teórico-filosófico ao estudo, dado o caráter inerentemente abstrato das grandes Teorias de Enfermagem, o segundo serve como fio condutor para a implementação da teoria, de forma que essa ocorra de forma mais assertiva, caráter estruturante dos modelos teóricos.

4.1 Teoria do Cuidado Humano

Margaret Jean Watson nasceu no Estado Americano de Virgínia, em 10 de junho de 1940, onde se graduou em Enfermagem na *Lewis-Gate School of Nursing*, em 1964. Na Universidade do Colorado cursou Mestrado em Enfermagem em 1966 e, na mesma Universidade, Doutorado e Pós-doutorado em Psicologia da Educação, em 1973. Desde então, está vinculada a Universidade do Colorado, exercendo suas atividades no Departamento de Enfermagem (WATSON, 1997).

A Teoria do Cuidado Humano foi desenvolvida pela teórica Jean Watson entre 1975 e 1979, sendo fruto de sua visão sobre a Enfermagem e dos estudos realizados no decorrer de seu doutoramento (PESSOA, PAGLIUCA, DAMASCENO, 2006).

Essa teoria está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. Para a autora, sua teoria pode ser considerada como ciência e como arte, buscando na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da relação enfermeira e pessoa, visando o cuidado terapêutico capaz de transcender o físico-material (WATSON, 2007).

Em 1979, Jean Watson avança no aprimoramento da Teoria do Cuidado Humano, de forma que desenvolve e incorpora o conceito de Cuidado Transpessoal. Entre 2001 e 2007, incorpora o *Caritas Processes*, que substituiu os antigos fatores de cuidado da teoria. (WATSON CARE SCIENCE INSTITUTE, 2016).

Figura 2: Comparativo entre os Fatores Caritativos originalmente descritos em 1979 e o atual Processo *Clinical Caritas*.

Fatores Caritativos – 1979	Processo Caritativo 2002-2007
1. Formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos.	1. <i>Prática do amor/amabilidade e equidade para Si e para o Outro.</i>
2. Instituição da Fé e da Esperança	2. <i>Estar autenticamente presente; possibilitar, sustentar e honrar profundamente o sistema de crença e o mundo subjetivo do Outro/Si.</i>
3. Cultivo da Sensibilidade em Si e no Outro	3. <i>Cultivo de uma prática Espiritual própria e um “Self” transpessoal que vai para além do próprio Ego.</i>
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança	4. <i>Desenvolvimento e permanência de uma autentica relação de Cuidado</i>
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos	5. <i>Estar presente para apoiar a manifestação de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com Ser-para-o-Cuidado.</i>
6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para tomada de decisão	6. <i>Uso Criativo do “Self” e de todos os outros conhecimentos reconhecidos como parte do processo do Cuidar para engajamento em um processo de recuperação de saúde por intermédio da arte;</i>
7. Promoção de um processo interpessoal de ensino-aprendizagem	7. <i>Enganjar-se verdadeiramente nas experiências de ensino-aprendizagem dentro do contexto do Cuidar – atender a outra pessoa integralmente e o sentido subjetivo da experiência;</i>
8. Provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de apoio, proteção e/ou corretivo	8. <i>Criação de um envolvimento saudável em todos os níveis, tanto físico como não-físico, consciencial e energeticamente refinado, pelo qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados</i>
9. Assistência a partir da gratificação das necessidades humanas	9. <i>Com reverencia e respeito, assistir as necessidades humanas básicas; Manter a intencionalidade consciencial do Cuidado ao tocar e lidar com o espírito encarnado do outro, honrando a unidade do Ser; Permitir a conexão espiritual.</i>
10. Reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais	10. <i>Abertura e atenção às dimensões espiritual, misteriosa, desconhecida e existencial inerentes à Vida-Morte-Sofrimento.</i>

Fonte: Penha (2012).

O termo “transpessoal” refere-se à intersubjetividade da relação enfermeiro-cliente, em que o enfermeiro é influenciado pelo cliente. Ambos estão presentes no momento de cuidado e sentem a união com o outro (WATSON, 2009).

Segundo Watson, o cuidar de forma transpessoal deve ser entendido como uma relação de cuidar especial, uma união com a outra pessoa, considerando o seu todo e seu estar no mundo. O cuidado transpessoal e as transações do cuidar são científicas, profissionais, éticas, estéticas, criativas e envolvem comportamentos de dar e receber entre o enfermeiro e o cliente, em uma forma de cuidar que irradia um campo para além das duas pessoas, em um processo que se torna parte da jornada de vida (WATSON, 2002; 2007).

No sentido de melhor compreender a Teoria em questão, acredito ser necessária uma explanação sobre os conceitos dispostos na mesma (WATSON, 1988).

A **individualidade** compreende a existência de uma alma que dispõe de um corpo que não é confinada pelo espaço e tempo objetivos, de forma que individualidade transcende o aqui e o agora e tem a capacidade de coexistir entre o passado, presente e futuro, simultaneamente. Como resultado desta perspectiva, há imensa consideração, respeito e reverência direcionados ao conceito de alma humana (WATSON, 1988).

A **alma** consiste no espírito individual de uma pessoa que pode continuar a existir ao longo do tempo. Neste sentido, embora um corpo possa morrer, a alma ou o espírito continua a viver. No entanto, a alma pode permanecer pouco elevada, adormecida e na necessidade de despertar. A crença de que uma pessoa possui uma alma deve ser considerada com profundo respeito, dignidade, mistério e reverência devido à continuidade, ainda desconhecida, da viagem ao longo do tempo e do espaço, infinito e externo. A alma, então, existe para algo maior e mais poderoso do que a vida física tal como a conhecemos (WATSON, 1988).

As **experiências da consciência**. O sentido mais elevado de consciência e a valorização do eu interior pode cultivar acesso mais amplo às experiências intuitivas e às vezes permite a ocorrência de experiências sobrenaturais, místicas, ou milagrosas, modos de pensar, sentimentos e ações que todos nós já experimentamos em algum momento na nossa vida, mas que nossa cultura racional e científica nos impede de reconhecer e valorizar. (WATSON, 1988).

A **vida** humana é definida como um estar-no-mundo (espiritual – mental - físico), que é contínuo no espaço e tempo. Apenas na medida em que uma pessoa tenha encontrado o real sentido da existência humana o Self será preenchido (WATSON, 1988).

A **saúde** se refere à unidade e harmonia entre mente, corpo e alma. Saúde é também associada à níveis de consonância entre o Self percebido e o Self experienciado (WATSON, 1988).

O **Processo de Cuidado Humano** entre um enfermeiro e outro indivíduo é um presente individual e delicado a ser valorizado. As transações do cuidado humano proporcionam uma aproximação e o estreitamento do contato entre pessoas; um sistema. O Momento Presente partilhado tem o potencial de transcender tempo e espaço e o mundo físico

concreto, como geralmente o compreendemos nos relacionamentos enfermeiro/paciente tradicionais (WATSON, 1988).

O modo de cuidar proposto pela teoria também pode ser considerado uma base filosófica, moral e ética para a Enfermagem, o qual inclui integração entre arte, ciência, humanidades, espiritualidade e novas dimensões de medicina e de enfermagem (WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE, 2016).

A Teoria de Jean Watson entende o cuidado transpessoal como aquele que ocorre durante a realização do cuidado, momento em que os elementos do Processo *Clinical Caritas* são utilizados para operacionalizar, auxiliar o enfermeiro a conduzir a efetivação do cuidado transpessoal (FAVERO; LACERDA, 2013).

O Processo *Clinical Caritas* (PCC) traz uma abordagem do outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial e cuidadosa, fazendo uma evocação ao amor e cuidado conectados com uma dimensão existencial espiritual, bem como com as experiências e processos da vida humana (WATSON, 2007). É composto por dez elementos de cuidado, sendo eles:

- 1) Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado;
- 2) Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado;
- 3) Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal, indo além do próprio ego;
- 4) Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda, confiança;
- 5) Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos provenientes de si e do outro;

- 6) Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar em práticas artísticas de cuidado reconstituição (*healing*);
- 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;
- 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;
- 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;
- 10) Dar abertura e atender aos mistérios espirituais, e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado (WATSON, 2007).

O Processo *Clinical Caritas* consiste em uma forma de cuidar por meio de uma perspectiva integrativa e pós-moderna que transcendo os modelos estáticos de Enfermagem (MATHIAS; ZAGONES; LACERDA, 2006).

4.2 Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar

A professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda, em sua Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 1996; sugere um Processo de Cuidar que tem como finalidade precípua a operacionalização da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (LACERDA, 1996).

Para Lacerda (1996), o processo de cuidar, de uma forma genérica, se configura em uma construção específica de cada situação de cuidado vivida pelo enfermeiro e pelo cliente, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação. A situação de cuidado cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, decodificando-as com a ajuda dos conhecimentos dos envolvidos (enfermeiro/cliente/família), para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar.

A partir do Processo de Cuidar de Lacerda (1996), em 2013, a Dra. Luciane Favero, durante o Doutorado em Enfermagem, constrói o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar (MCTED).

O Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda (2013) foi elaborado a partir de uma pesquisa teórica utilizando o Modelo de Avaliação de Teorias desenvolvido por Meleis (MELEIS, 2007, 2012).

O estudo de Favero e Lacerda (2013) apontou algumas considerações em relação ao Processo de Cuidar de Lacerda (1996), com vistas ao aprimoramento e aprofundamento do conhecimento construído sobre Cuidado de Enfermagem Domiciliar. O Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar está descrito, a partir das considerações de Favero e Lacerda (2013).

De acordo com as autoras, os pressupostos que embasam este Modelo de Cuidado são os seguintes:

- 1) o cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado;
- 2) o encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal;
- 3) a aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal;
- 4) cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro;

- 5) as particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal;
- 6) conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano;
- 7) a família, em especial o familiar cuidador, é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e, juntamente com o cliente, constituem a unidade de cuidado da enfermeira;
- 8) olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não prejulgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituidor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal (FAVERO; LACERDA, 2013).

O Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar proposto pelas autoras envolvem os conceitos descritos a seguir.

A definição do conceito de saúde, proposto por Favero e Lacerda (2013) constitui: experiência subjetiva relativa ao físico, psíquico, social, cultural, e espiritual do ser humano, em que o contexto, a trajetória de vida e as relações pessoais influenciam a manutenção do bem estar individual e coletivo. É um processo que permite interação do ser humano com a família, com o ambiente e com a sociedade. A saúde pode ser alcançada a partir do momento em que o *healing* é estabelecido. Da mesma forma, seguindo as premissas - teórica e filosófica - descritas no conceito de saúde, o conceito de ser humano refere-se à pessoa, ao homem independente do sexo. Ser único na sua existência, que sofre, sorri, pensa, constrói, interage consigo, com o outro, com o mundo e com o cosmos, envolto em sentimentos, pensamentos, capaz de modificar o meio no qual está inserido.

O conceito de Enfermagem pode ser descrito como: Disciplina, ciência, arte e tecnologia. É ser, estar, pensar, fazer, acontecer e transformar. Enfermagem é a profissão do cuidar que acontece mediante a relação de cuidado entre o profissional e o cliente, estando em constante evolução e, embora apresente premissas básicas, é singular no momento de cuidado vivido entre aquele que cuida – enfermeira - e o ser cuidado – cliente, capaz de proporcionar restauração, equilíbrio e autonomia para os envolvidos (FAVERO; LACERDA, 2013).

Já o conceito de cuidado domiciliar pode ser definido como ação desenvolvida por profissionais ao trinômio cliente-família-cuidador no contexto domiciliar. Envolve acompanhamento, tratamento, manutenção, recuperação e reabilitação de clientes, por meio de uma equipe multiprofissional, além de proporcionar morte digna àqueles em fase terminal, com interesse, preocupação, apoio, empatia e o envolvimento de diversos tipos de conhecimento, promovendo a participação familiar com respeito às crenças e valores individuais. O cuidado domiciliar pode ser também denominado de atendimento ou assistência domiciliar e envolve as modalidades de visita e internação domiciliar, em que, além da realização de cuidados, a prevenção e a promoção da saúde são objetivadas mediante orientações e ações educativas direcionadas ao cliente, família e cuidador domiciliar (FAVERO; LACERDA, 2013).

O conceito de cuidador por sua vez engloba pessoas significantes para o cliente, tais como familiares, vizinhos ou amigos, que possuem amplo conhecimento do cliente, dotados de altruísmo, responsabilidade e dedicação. É considerado o componente chave de todo processo de cuidar, capaz de ser o elo entre os profissionais de saúde, o cliente e os demais membros da família. Pode desempenhar atividade voluntária ou remunerada quando se tratar de profissional capacitado, geralmente membro da equipe de saúde (FAVERO; LACERDA, 2013).

Partindo do mesmo princípio, o conceito de família pode ser definido como:

Conjunto de pessoas com vínculos afetivos e/ou efetivos que, ao interagir formam um núcleo de convivência que é influenciado e determinado pelo ambiente. Constituição social pautada em crenças, valores e normas, estruturada cultural e socialmente, representando, juntamente com o cliente/ser humano e o cuidador, a unidade de cuidado da Enfermagem domiciliar (FAVERO; LACERDA, 2013).

Tendo como bases conceituais o cuidado domiciliar e a Teoria do Cuidado Humano, ambiente pode ser definido em duas perspectivas:

A primeira, micro, referindo-se ao domicílio, a um local em que a família vive e se desenvolve tanto física, emocional, mental e espiritualmente, sendo considerado o primeiro espaço de relações sociais e também de conflitos. É um local íntimo, onde se pode encontrar a essência de cada um dos que lá habitam. Espaço único de cuidado e de domínio do cliente. Já em uma perspectiva macro, é definido como o espaço geográfico em que o homem vive com sua família. É considerado um meio interferente, capaz de influenciar as pessoas e ser por elas influenciado. Além disso, é no ambiente que as pessoas se desenvolvem e interagem (FAVERO; LACERDA, 2013).

Finalmente, por contexto domiciliar entende-se tudo que é capaz de envolver e influenciar o ser humano e sua família. Muito mais que o ambiente domiciliar, o contexto refere-se às questões sociais, econômicas, culturais e relacionais entre os envolvidos na relação de cuidar. Trata-se de ir além do espaço físico, e sua importância é fundamental para o desenvolvimento do cuidado (FAVERO; LACERDA, 2013).

O diagrama a seguir representa do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, proposto, considera os componentes do Processo de Cuidar de Lacerda (1996) - contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação -, e os pressupostos criados a partir dos referenciais que embasam este Modelo.

Figura 3 – Representação gráfica do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda (2013).



Fonte: Favero e Lacerda (2013).

Ressalta-se que os elementos do PCC de Jean Watson bem como os pressupostos que orientam o Modelo, são importantes estratégias que a enfermeira precisa considerar para avançar na relação em busca do cuidado transpessoal e da transformação que dele surgirá, caso seja efetivado (FAVERO; LACERDA, 2013).

O Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda (2013) pode ser aplicado em diversas áreas do conhecimento em Enfermagem, incluindo os clientes fora de possibilidades terapêuticas, pois a morte não é motivo para acreditar que o encontro transpessoal não possa ocorrer. Nesses casos, o cuidado não enfoca a recuperação, mas a promoção do conforto, da dignidade e de uma melhor qualidade de vida, bem como uma morte digna (FAVERO; LACERDA, 2013).

4.3 Método de Pesquisa-Cuidado

Este estudo tem abordagem de análise qualitativa, com desenho de pesquisa-cuidado.

Sobre estudos qualitativos, Bosi (2012) os concebe em uma lógica na qual demarca qualidade/qualitativo(a) na interface com a subjetividade. Tal delimitação resulta em que a referida inferência, quando aplicada à pesquisa, caracteriza aquela cujo objeto exige respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão. Assim, tal abordagem é pertinente a pesquisa, já que será necessária a abstração de dimensões não quantificáveis, como percepções, desejos, opiniões, dentre outros.

O método de pesquisa-cuidado surge em virtude da necessidade de se desenvolver uma metodologia dotada de particularidade à área da Enfermagem, com a qual deve manter uma ligação de reciprocidade e cujos resultados possam subsidiar suas práticas (LACERDA, 2008).

A pesquisa-cuidado busca a conexão entre método e cuidado, não oferecendo ao método o foco central da interação, mas ao sujeito pesquisado em sua total essência. Para realizar a pesquisa-cuidado o enfermeiro, ser pesquisador, precisa estabelecer uma relação de cuidado, sem a qual os dados não emergem de forma autêntica, o qual ora ouve e registra, ora cuida e não registra, ora cuida e registra, ora educa, ora gerencia, ou seja, pesquisa enquanto cuida-ensina-gerencia (NEVES; ZAGONEL, 2006).

Para a realização da Pesquisa Cuidado, Neves e Zagonel (2006) preconizam algumas etapas, que são estabelecidas conforme se processa o encontro entre o ser pesquisador-cuidador e o ser pesquisado-cuidado, devendo ser percorridas para a sua efetivação:

1ª Etapa – Aproximação com o objeto de estudo. É uma etapa importante para subsidiar a escolha do que se pretende pesquisar. Há também o delineamento com detalhes do método de “Pesquisa-Cuidado”. Nesse momento, a revisão de literatura deve servir de apoio para o processo de pesquisa. Nessa etapa, o pesquisador-cuidador deve resgatar o referencial teórico e sua articulação com o marco conceitual.

2ª Etapa – Encontro com o ser pesquisado-cuidado. É a etapa em que é definido e descrito o local onde se realizará o estudo, além de limitar quem são os sujeitos que comporão a amostra, e qual a opção da técnica de coleta de informações – esta, por sua vez, pode ser efetivada de diferentes formas.

3ª Etapa – Estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática. É a etapa em que ocorre a articulação entre prática do cuidado, sua logística e a escolha de referenciais de análise. Esse momento é onde acontece o cuidado em si, sua operacionalização e o cruzamento entre os dados coletados e seu referencial.

4ª Etapa – Afastamento do ser pesquisador-cuidador e do ser pesquisado-cuidado. Essa etapa configura-se no fim da relação estabelecida no processo pesquisa-cuidado e deve ser reparada durante toda a trajetória da pesquisa. É possível que esse momento seja adiado pelas circunstâncias ou mesmo não aconteça, e os encontros continuem se dando mesmo que a pesquisa tenha acabado. Isso deve ocorrer em contextos hospitalares ou no cuidado de pessoas com doenças crônicas até que a alta hospitalar ou o óbito ponha fim à relação.

5ª Etapa – Análise do apreendido. É a etapa final onde todas as informações são analisadas com o olhar no referencial teórico adotado e na técnica de análise escolhida.

Dessa forma, neste estudo estas etapas foram percorridas.

4.3.1 Aproximação com o objeto de estudo

Nesta etapa, foi selecionado o objeto de estudo, de maneira que o método estivesse de acordo com os resultados esperados (NEVES; ZAGONEL, 2006).

A aproximação com o objeto de estudo se deu através de vivências pessoal, acadêmica e profissional. Essas vivências englobaram a hospitalização do meu avô após desenvolver encefalite, necessitando de cuidados domiciliares após a alta; a realização do meu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, que envolveu uma análise da atenção ao idoso que vive com Doença de Alzheimer e a minha experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família.

Essas vivências me fizeram refletir acerca da atenção ao idoso, das dificuldades enfrentadas pela família de um idoso dependente e de como os serviços e profissionais de saúde apresentam dificuldade em se adaptar ao fenômeno do envelhecimento populacional, necessitando se aperfeiçoarem a fim de que realmente o cuidado prestado impacte positivamente na qualidade de vida das pessoas idosas. Diante dessas reflexões, acredita-se que a atenção domiciliar se configura como uma estratégia importante para melhor assistir este público.

Acrescento ainda as lacunas evidenciadas por uma busca na literatura, no qual os resultados sinalizam uma insipiência no que se refere a modelos de atenção voltados ao cuidado domiciliar.

A escolha da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson como referencial teórico e do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Fávero e Lacerda (2013) foi pertinente ao público escolhido, pois ao proporcionar ações de cuidado, estabeleceu-se um vínculo entre o ser pesquisador-cuidador e o ser pesquisado-cuidado, promovendo a saúde e o crescimento dos idosos e de seus familiares.

Com a finalidade de atender a questão norteadora do estudo: “Qual a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal para os idosos que necessitam da Assistência de Enfermagem no domicílio?”, escolhi a aplicação rigorosa do método de pesquisa cuidado.

4.3.2 Encontro com o ser pesquisado-cuidado

Nesta etapa foi definido e descrito o local onde o estudo foi realizado, os sujeitos que fizeram parte, a opção técnica de coleta de informações e o delineamento dos princípios éticos (ZAGONEL *et al.*, 2015).

A pesquisa ocorreu no Município de Sobral/CE, no cenário do Programa Melhor em Casa.

Sobral é a principal cidade do noroeste do estado do Ceará e a segunda mais importante do estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana, atrás somente da capital Fortaleza e de Juazeiro do Norte, na região sul. Sobral localiza-se a 238 quilômetros de Fortaleza (IBGE, 2010; SOBRAL, 2012).

Sobre a implantação do serviço de atenção domiciliar em Sobral, esta ocorreu em 2009, por iniciativa da Prefeitura em parceria com a Secretaria da Saúde. Entretanto, com caráter de Programa Melhor em Casa (PMC), via Ministério da Saúde, iniciou a partir de 2013.

O PMC conta com uma equipe multidisciplinar composta por 1 coordenadora (enfermeira), 2 enfermeiros, 1 médico clínico, 1 médico pediatra, 3 fisioterapeutas, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista, 2 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares administrativos e 1 motorista.

Os participantes do estudo foram cinco idosos restritos ao domicílio e seus familiares, acompanhados pelo PMC. Foi escolhido o território que tinha o maior número idosos sendo acompanhado pelo PMC. Nesse território, tinham oito idosos. Desses, dois não aceitaram participar do estudo e uma evoluiu para óbito antes da realização do estudo.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pessoas que tenham idade superior a 60 anos, que estejam cadastradas no PMC e apresentem disponibilidade para participar do estudo. Serão excluídos participantes que porventura venham a ser descredenciados do PMC.

Atualmente, estão sendo acompanhados pelo PMC cerca de 50 pacientes. Dessa totalidade, 30 são idosos.

Primeiramente, realizei contato com a secretaria de saúde do município de Sobral, com o intuito de identificar o coordenador do PMC. A partir disso, após explicar a natureza e objetivos do estudo, solicitei o acesso ao cadastro das famílias no intuito de identificar os participantes que atendiam aos critérios de inclusão.

Identificados os pesquisados-cuidados, realizei contato inicial juntamente com a equipe do PMC. Para os que aceitaram participar, expliquei os objetivos, os métodos da pesquisa e os aspectos éticos, sendo posteriormente convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A partir de então foi definida uma agenda, com determinação de dias e horários mais convenientes aos participantes para a prestação do cuidado e, portanto, a realização da pesquisa.

Para a operacionalização da pesquisa, utilizei um Guia para identificar elementos do Processo *Clinical Caritas* (Anexo A) e a Proposta para aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar (Anexo B). Os momentos de cuidar foram gravados e, posteriormente, as falas foram transcritas, sendo preservado o anonimato dos participantes. Também foi utilizado o diário de campo como forma de registro, conforme modelo demonstrado no Apêndice B.

O número de encontros foi determinado de acordo com a necessidade de cuidado do pesquisado-cuidado, com tempo necessário para o estabelecimento de um encontro transpessoal entre o ser pesquisador e ser pesquisado, garantindo a realização de um cuidado efetivo. Ocorreu uma média de seis encontros, tendo um mínimo de quatro e um máximo de sete encontros. Ao todo, foram mais de 29 horas de cuidado, tendo uma média de seis horas por ser pesquisado-cuidado.

Após minha entrada no ambiente domiciliar, como ser pesquisador-cuidador, inicia-se a primeira etapa do MCTED, denominada de contato inicial. Nesta etapa, deve-se considerar os pressupostos de número 4, 5, 6, 7 e 8 e os Elementos do Processo *Clinical Caritas*. Para Fávero e Lacerda (2013), é nela que a enfermeira percebe o cliente, a família e o cuidador familiar, compreende o contexto domiciliar que envolve toda a dinâmica do lar e, do mesmo modo, é também percebida por essas pessoas.

Quanto aos princípios éticos da pesquisa, estes foram respeitados, garantindo-se a veracidade dos resultados e o sigilo das identidades. O estudo foi regido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que reza sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

De acordo com os termos da Resolução, o caráter ético da pesquisa implica em: (1) autonomia: os participantes tiveram liberdade de abandonar o estudo em qualquer etapa do processo, sem incorrer em nenhum dano para os mesmos; (2) beneficência: houve ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, de forma que existiu o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; (3) não maleficência: garantiu-se que danos previsíveis foram evitados; (4) justiça e equidade: justificamos a realização do estudo em sua relevância social no que concerne sua contribuição para o cuidado domiciliar de idosos (BRASIL, 2012b).

Esta pesquisa foi analisada pela Comissão Científica do Município de Sobral, obtendo parecer positivo. A coleta de dados somente foi iniciada após submissão e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer 1.811.482.

4.3.3 Estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática

Nesta ocasião, aconteceu a articulação entre pesquisa (método de pesquisa-cuidado e Modelo de Cuidado Transpessoal em enfermagem Domiciliar), teoria (Teoria do Cuidado Transpessoal) e prática (cuidado clínico de enfermagem no domicílio para idosos restritos ao leito) (ZAGONEL *et al.*, 2015).

Nesta etapa, ocorreram a segunda e terceira fase do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar.

Na segunda fase, denominada de aproximação, a relação de cuidado já evoluiu, tendo formação de vínculo e sentimento de confiança mútuo. Enfermeira e cliente/família/cuidador encontram-se mais à vontade na relação de cuidar e várias formas de comunicação ocorrem. Devem ser considerados os Elementos do Processo *Clinical Caritas* e os pressuposto de número 2, 3, 6 e 8 (FÁVERO; LACERDA, 2013).

Na terceira fase, denominada de encontro transpessoal, ocorre a relação transpessoal, em que enfermeira e cliente passam a ser somente um. Pode ser considerada etapa mais difícil, uma vez que demanda não somente o querer do profissional, mas o envolvimento dos que são por ele cuidados. Devem ser considerados todos os pressupostos. Atingida essa fase, os ser pesquisado e ser pesquisador encontram-se restaurados, transformados e envolvidos um com o outro (FÁVERO; LACERDA, 2013).

4.3.4 Afastamento do ser pesquisador-cuidador e do ser pesquisado-cuidado

Esta etapa determina o fim da relação estabelecida no processo pesquisa-cuidado e deve ser preparada durante toda a trajetória da pesquisa, a fim de que ao final dos encontros o ser pesquisado-cuidado esteja pronto para o afastamento (ZAGONEL *et al.*, 2015).

Foi contemplada a última fase do MCTED, a separação. Foi necessário a sensibilidade do ser pesquisado e ser pesquisador na indicação do término do encontro. Ao iniciar a aproximação, foram descritas claramente todas as etapas, preparando o ser pesquisado-cuidado para o afastamento.

A separação pode ocorrer por duas maneiras. A primeira ocorre quando o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu, tendo, portanto, a transformação dos seres, podendo seguir suas vidas independentes, porém cada um levará consigo parte do outro envolvido nesse processo. A segunda pode acontecer por solicitação ou desejo do cliente/família/cuidador, para afastamento do profissional para melhor preparo para realizar o cuidado, pela não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar o encontro transpessoal ou pela necessidade de suporte de outro profissional. As separações abruptas podem acontecer, por necessidade de melhor preparo da enfermeira e do cliente ou por recuo deste durante fases anteriores (FAVERO; LACERDA, 2013).

Nesta pesquisa, a separação ocorreu em virtude de o cuidado transpessoal efetivamente ter acontecido e pela não evolução da relação de cuidar, o que impossibilitou o alcance do encontro transpessoal.

Após o afastamento, foi iniciado a análise do material apreendido.

4.3.5 Análise do apreendido

Os dados obtidos, através dos diários de campo, foram organizados e analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo, que se configura como uma técnica de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, tendo como intenção a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou, eventualmente, de recepção, recorrendo a indicadores quantitativos ou não (BARDIN, 2011).

Conforme Bardin (2011), as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A Pré- Análise corresponde a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nesta etapa é feita a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Podemos decompor a pré-análise nas subetapas da *leitura flutuante*, que consiste em um contato direto e intenso com o material de campo. A *constituição do corpus* diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, o que deve responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, que implica no material contemplar todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, que ele tenha as características essenciais do universo de estudo pretendido; homogeneidade, que tenham sido obedecidos os critérios de escolha dos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos sujeitos pesquisados e pertinência que atribui aos documentos analisados adequabilidade às respostas fornecidas aos objetivos do trabalho. A *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos* é o processo que consiste na retomada da etapa exploratória tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Ao se falar em reformulação de hipóteses, abre-se a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou novas indagações. Ainda durante esta fase, determinam-se as unidades de

registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientação a análise (BARDIN, 2011).

A Exploração do Material trata-se de uma fase, longa e fastidiosa, que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

No Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples ou mais complexas permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. A reflexão e a intuição embasadas nos materiais empíricos estabelecem relações com a realidade social ampla, aprofundando as conexões das ideias chegando às propostas básicas de transformação nas estruturas específicas e gerais (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) explicita ainda outras etapas do método de análise de conteúdo, sendo incluídas a codificação e a categorização. A codificação se refere a uma transformação dos dados brutos do texto, efetuada segundo regras precisas, por recorte, agregação e enumeração, que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, podendo esclarecer o analista acerca das características do texto e servir de índice. A categorização se configura como a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados expressam a aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar. Por meio da vivência entre ser pesquisadora-cuidadora (enfermeira) e seres pesquisados-cuidados na aplicação do MCTED, emergiram quatro categorias analíticas.

5.1 Encontros, vínculos e relações de cuidar

Neste espaço, será apresentado os seres pesquisados-cuidados e como ocorreram as relações de cuidar, considerando as etapas do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar.

5.1.1 Primeiro ser pesquisado-cuidado (SPC 1)

O SPC 1 é uma idosa alegre e resiliente de 70 anos de idade, católica, separada, natural de Sobral/CE, aposentada. Anteriormente era professora, profissão pela qual tem imenso orgulho, sentimento sempre presente no seu discurso. Reside em domicílio próprio com duas filhas e uma neta. Vive traqueostomizada, com diagnóstico de câncer de tireóide com metástase pulmonar, não tendo prognóstico. A filha mais nova (cuidadora principal) decidiu não relatar esse fato para a mãe, que vive esperançosa no que se refere ao restabelecimento da sua saúde e a poder compartilhar ainda muitos momentos com a sua família. Essa idosa e sua família foi selecionada para ser a primeira a receber o cuidado transpessoal por meio do MCTED por indicação da equipe do PMC, uma vez que tratava-se de uma família muito receptiva e colaborativa.

Ocorreram cinco encontros, totalizando seis horas de cuidado. Os encontros ocorreram no domicílio da família, sendo que o primeiro ocorreu no quarto da idosa e os restantes na sala de estar.

O **Contato Inicial** se consolidou no primeiro encontro, no qual fui acompanhada de uma profissional do Programa Melhor em Casa (técnica de enfermagem) e de uma acadêmica de enfermagem. Neste encontro, deu-se início com a abordagem da técnica de enfermagem do PMC, que aferiu a pressão da idosa, indagou sobre o seu estado de saúde e me apresentou para a filha mais velha. Neste momento, foram relatados os objetivos do estudo, investigado o interesse da idosa e filha mais velha em participar e solicitado autorização para dar continuidade ao cuidado em dias e horários pré-agendados. A cuidadora principal (filha mais nova) não estava presente neste primeiro encontro. A idosa demonstrou satisfação em me receber em sua casa.

A fase de **Aproximação** se consolidou no segundo encontro, após sete dias do primeiro contato. Neste encontro, ocorreu um diálogo acerca do estado de saúde da idosa, com o intuito de compreender um pouco sobre o seu histórico familiar e de saúde, sendo possível conhecer um pouco sobre a origem da doença (câncer de tireóide), medicações utilizadas, rotina de limpeza do traqueóstomo, padrão de sono, uso de aerossol, entre outros assuntos. Foi proporcionado um diálogo muito produtivo, sendo construído um vínculo de confiança. A idosa apresenta um discurso que ressalta a fé em Deus como meio de superar as adversidades. Senti-me honrada em poder participar deste momento, por se sentir parte integrante daquela família, por poder compartilhar das suas histórias mais íntimas e dos seus sentimentos.

No terceiro encontro, ocorrido após cinco dias, realizei orientações quanto ao manuseio com o traqueóstomo, demonstrando para a cuidadora como deve ser realizado a limpeza; quanto ao risco de sufocação, enfatizando a necessidade de realizar a aspiração do traqueóstomo na existência de muita secreção e quanto ao risco de quedas. Ensinei a técnica correta de aspiração e a cuidadora ressaltou que agora sentia-se segura para realizar tal procedimento. A cuidadora demonstra muita atenção e interesse nas orientações dadas. Durante todo o encontro, a idosa segurava a minha mão, demonstrando muita confiança.

No quarto encontro, realizado após dois dias, realizei algumas orientações para melhorar o padrão do sono, como o controle do ambiente, enfatizando na luminosidade e barulho e sobre o uso dos medicamentos prescritos. Orientei também a realização de exercícios físicos leves que possibilitem a mobilidade articular e sobre a importância de uma dieta balanceada e saudável, exemplificando os tipos de alimentos a serem ingeridos. SPC 1 ressaltou a falta que sente de sair de casa, ter atividades de lazer. Levei uma amostra de um

protetor do traqueóstomo, que pode ser feito de crochê e a incentivo a fazer. A idosa e sua filha demonstram muito interesse e satisfação, dando importância às orientações realizadas. A todo momento, eu e a idosa trocamos olhares, gestos carinhosos e sorrisos. O **Encontro Transpessoal** efetivamente aconteceu nesse encontro.

O quinto encontro aconteceu após seis dias. A SPC 1 estava gripada e debilitada, mas mesmo diante disso demonstrou muito interesse em me receber. Neste momento, foi realizado orientações acerca do ciclo de vida, da importância da espiritualidade, de valorizar as coisas e momentos importantes da vida e acerca do poder da oração e da fé nesse processo de recuperação. Essas temáticas despertaram enorme interesse dos envolvidos, iniciando um diálogo bem produtivo. Depois foi dedicado um tempo para um diálogo com a cuidadora, sendo enfatizado os sentimentos no que se refere à tarefa de cuidar, a importância de ter momentos para o seu autocuidado e para atividades de lazer. SPC 1 e sua filha ressaltaram a importância do cuidado recebido, de como seria bom se todos os profissionais de saúde cuidassem dessa forma, que mudou a vida delas. Nesse encontro, ocorreu a **Separação**, uma vez que a relação de cuidado havia evoluído para um encontro transpessoal e nós encontrávamos fortalecidos para essa nova fase.

Essa vivência foi transformadora. Conhecer essa família me possibilitou perceber que a força do amor, da união e da fé é capaz de transformar tudo. Tem-se uma idosa fragilizada, vivendo com sérios problemas de saúde, sem prognóstico, mas com uma alegria de viver contagiante. Tem-se também uma filha jovem, amorosa, que dedica diariamente a sua vida aos cuidados da mãe, da irmã que vive com depressão e da filha adolescente. Esse cuidado é feito de forma tão leve que rapidamente percebe-se o amor que ela coloca em tudo o que faz.

5.1.2 Segundo ser pesquisado-cuidado (SPC 2)

O SPC 2 é um idoso sério e calado, de 73 anos de idade, católico, casado, natural de Cariré/CE, pecuarista. Reside em domicílio próprio com esposa, neta e secretária doméstica. Vive com Doença de Alzheimer, Parkinson e Câncer de Pele. Alimentava-se por gastrostomia, mas nos últimos encontros algumas refeições do dia estava sendo por via oral. Tem três filhos e quatro netos, que frequentemente os visitam.

Foram realizados seis encontros, totalizando seis horas e dez minutos de cuidado. Os encontros ocorreram no domicílio da família, especificamente na cozinha.

O **Contato Inicial** aconteceu no primeiro e segundo encontro. No primeiro encontro, fui acompanhada de uma técnica de enfermagem do Programa Melhor em Casa. A esposa do SPC 2 nos recebeu e conduziu até a cozinha, onde ele estava sentado em uma poltrona confortável, com o som ligado, ouvindo um programa de notícias locais. Imediatamente, a técnica de enfermagem iniciou o seu atendimento, realizando algumas perguntas sobre o seu estado de saúde e depois aferiu sua pressão. Posteriormente, ela me apresentou ao SPC 2 e sua esposa. Expliquei um pouco sobre o estudo e seus objetivos. Nesse momento, o idoso pareceu um tanto alheio à situação, sem interagir. Limitava-se a responder as perguntas direcionadas a ele. A esposa referiu desejo de participar do estudo e perguntou ao esposo se aceitava e ele concordou. Foi possível compreender um pouco sobre o seu histórico de vida e processo de adoecimento. Não realiza as suas atividades de vida diária sozinho, necessitando de apoio da esposa e secretária do lar. O SPC 2 fica a maior parte do tempo sem conversar, interagir com as outras pessoas. A esposa relata sobre a sua família, relatando assuntos íntimos e enfatiza importância do Programa Melhor em Casa no processo de recuperação do esposo.

O segundo encontro ocorreu sete dias depois. Nessa oportunidade, foi possível conhecer mais sobre as condições e histórico de saúde do paciente e sua esposa, um pouco sobre a dinâmica da casa, sobre os filhos, alimentação, rotinas, dentre outros aspectos. O SPC 2 encontrava-se sentado em uma poltrona de forma confortável, sem camisa, com alguns curativos na cabeça e na testa, referentes a lesões ocasionadas pelo ato do paciente de coçar as lesões na pele. Encontrava-se ainda com um pano limpo cobrindo a sonda da gastrostomia. Durante o encontro, o idoso mostrou-se lúcido, respondendo às perguntas, embora o discurso fosse limitado. Sua esposa mostrou-se muito colaborativa, e por vezes deixou transparecer o desgaste físico e mental que vinha sofrendo nos últimos 4 anos, tempo em que iniciou o quadro patológico do SPC 2. Ressaltou ainda as grandes transformações as quais foi submetida desde o adoecimento do marido, sendo estas transformações na dimensão financeira, dinâmica do lar e envolvendo seu próprio estado de saúde, uma vez que referiu ter desenvolvido depressão a partir do adoecimento do marido. Relata que antes da doença, o esposo bebia muito e era ausente e que agora estava sendo agressivo com ela, desconfiando da sua honestidade, fidelidade. Reconhece que o esposo está doente, mas refere ser muito difícil dedicar a vida para o cuidado e ser tratada dessa forma. Ao término da visita, ela apresentou seu mural de fotografias, onde mostrou sua família. O SPC reagiu bem a visita, no

entanto a resposta da cuidadora foi muito mais satisfatória, parecendo que naquela oportunidade ela tinha encontrado alguém que ouvisse as suas dificuldades, transformações e sentimentos relativos ao adoecimento do marido. Neste encontro, nossa relação evoluiu para uma **Aproximação**.

O terceiro encontro, ocorreu após quatro dias, sendo dado enfoque ao cuidado no que se referia às condições crônicas as quais está sujeito o SPC 2. Assim, abordei o ensino dos medicamentos, sobre as doenças Diabetes, Parkinson e Alzheimer, sinais de hiperglicemia e hipoglicemia, sobre alimentação, processo saúde doença, cuidados com a ostomia e a sonda, supervisão e cuidados com a pele. Embora o paciente estivesse participando do encontro, as orientações de fato eram melhor captadas pela cuidadora, que demonstrou interesse e já um conhecimento prévio e empírico significativo sobre as condições de saúde e doença do paciente. Referiu que tem se desgastado com a situação financeira difícil. O SPC 2, apesar de prestar atenção, de olhar nos olhos permanentemente, não compreende bem as orientações, parece não ter conhecimento das suas enfermidades, meio perdido no tempo e no espaço. A esposa percebe a minha preocupação em ter uma boa interação com o SPC 2 e ressalta que ele não interage bem desde que adoeceu.

No quarto encontro, ocorrido após três dias, foram abordadas questões referentes à espiritualidade e resiliência no intuito de fortalecer o campo de energia da cuidadora, necessidade percebida na visita anterior. Reservei um momento para que a cuidadora expressasse seus sentimentos quanto ao cuidado envolvido, ao desgaste, as dificuldades e prazeres oriundos do processo de cuidar. A cuidadora refere ser católica, sendo abordado a questão da espiritualidade e seu fortalecimento, bem como a resiliência como estratégias de enfrentamento dos problemas. Estimulei também atividades de lazer. No final do encontro, o SPC 2 aparece e também participa da conversa, sendo realizado uma intervenção para um trabalho de treinamento da memória. O SPC 2 demonstra interesse e conversa um pouco sobre o seu passado. O **Encontro Transpessoal** aconteceu durante o momento de cuidado.

O quinto encontro, que se deu após quatro dias, deteve-se ao cuidado do SPC 2, no que concerne às deficiências cognitivas e de memória, de forma que foram utilizadas 3 estratégias: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), jogo da memória e jogo de reconhecimento das cores. Primeiramente, avaliei a função cognitiva, através da aplicação do MEEM, tendo como resultado um nível moderado de demência. Posteriormente, utilizei o jogo da memória e um jogo que trabalhava o reconhecimento das cores. O SPC 2 interagiu

bem e demonstrou interesse pelos jogos. Ambos (SPC 2 e cuidadora) mostraram-se satisfeitos com as intervenções.

A **Separação** ocorreu no sexto encontro, após três dias, uma vez que o cuidado transpessoal havia sido atingido, percebi envolvimento mútuo e nós encontrávamos preparados para essa fase.

Percebi que, diante da separação, houve uma comoção menor do que a ocorrida com a SPC anterior. Diante disso, se faz difícil interpretar tal atitude, porém refletindo um pouco sobre esse momento, conclui que as pessoas, suas reações e a forma de demonstrar seus sentimentos são diferentes e isso também deve ser bem aceito e respeitado. Após essa reflexão, acredito que o cuidado impactou de forma positiva na vida dessa família.

5.1.3 Terceiro ser pesquisado-cuidado (SPC 3)

O SPC 3 é uma idosa acamada, sequelada por Acidente Vascular Cerebral (AVC), com comunicação verbal prejudicada. Tem 83 anos de idade, católica, viúva, natural de Massapê/CE, aposentada. Sempre foi dona de casa, porém se dedicava a vender alguns produtos de forma autônoma. Reside em domicílio alugado com uma filha, que vive com depressão. A idosa apresentou há cinco anos fratura de fêmur esquerdo e bacia, em decorrência de queda da própria altura, ocasionada pela perda do equilíbrio após tropeçar em seu animal de estimação (cachorro). Na época, realizou cirurgia ortopédica, porém evoluiu com infecção e perdeu os movimentos dos membros inferiores. Era muito ativa e não se conformava em não poder andar e realizar suas tarefas diárias, tendo, posteriormente depressão. O seu estado foi piorando dia após dia, até que teve AVC por quatro vezes, tendo sequelas importantes.

A filha adotiva (cuidadora principal) teve que abandonar o trabalho para cuidar da mãe há dois anos. Passa o dia na casa da mãe, indo para a sua somente a noite. Tem um filho adolescente, que parece não se conformar com a atual situação financeira. A única renda é a aposentadoria da mãe, que praticamente só paga o aluguel do imóvel, que é localizado no centro da cidade.

Ocorreram quatro encontros, compreendendo quatro horas e dez minutos de cuidado. Todos os encontros ocorreram no quarto da idosa.

O **Contato Inicial** ocorreu no primeiro e segundo encontro. O primeiro foi realizado juntamente com uma técnica de enfermagem do PMC. Inicialmente, a profissional do Melhor em Casa me apresentou, abrindo espaço para apresentar os objetivos do estudo e verificar o desejo em participar. A filha refere que aceita participar e rapidamente muda de assunto. Percebo pouco interesse, porém acredito que o cuidado transpessoal poderá contribuir para a qualidade de vida da SPC 3 e de sua cuidadora. Solicita que a técnica de enfermagem consiga a cama hospitalar com mais rapidez para que pudesse facilitar o seu trabalho. Pede também acompanhamento para a irmã que encontra-se com depressão e não aceita ir ao centro de saúde da família ou a outro serviço de saúde. Refere que é filha adotiva e ressalta sua obrigação de cuidar da mãe, diante de tudo o que havia feito por ela. Continua referindo que encontra-se muito cansada e que a situação financeira está muito difícil. Relata não ter condições de comprar fraldas, material de higiene pessoal e, às vezes, os alimentos. Articula com a técnica de enfermagem do PMC a possibilidade da visita da psicóloga, reconhecendo que a cuidadora enfrenta muitas dificuldades e ela refere que irá providenciar. Posteriormente, procurei compreender melhor o estado de saúde da SPC 3.

No segundo encontro, realizado após três dias, percebi que a SPC 3 encontrava-se alerta, disfásica, contactua de forma limitada e consegue estabelecer comunicação com a cuidadora. Encontra-se acamada em situação de idoso frágil. A filha é a principal cuidadora, recebendo pouca ajuda de uma outra irmã que também habita o domicílio, pois esta sofre de depressão. O ambiente encontra-se desorganizado, com móveis velhos e gastos, o que denota a dificuldade financeira pela qual atravessa a família, fato confirmado pela cuidadora no decorrer da visita. A SPC 3 encontrava-se urinada mas logo foi trocada pela filha. A cuidadora expressa o desgaste e a dificuldade financeira vivenciada pela família, o que limita a capacidade para a compra de fraldas, impondo o uso de panos para absorção da urina o que lhe emprega mais trabalho, pois deve lavar os panos todos os dias, e também coloca a idosa em uma situação de risco aumentado para desenvolver outras lesões de pele, já que apresenta uma lesão por pressão (LPP) em região sacra. Examinei a LPP (grau 3), que encontrava-se com um curativo sujo com urina e faz a limpeza, orientando a cuidadora sobre os cuidados necessários e a importância da mudança de decúbito frequentemente. Posteriormente, faz o curativo e aproveita essa oportunidade para interagir com a SPC 3. A filha não demonstra interesse nas orientações. Refere também que a técnica de enfermagem do centro de saúde da

família (CSF) vai ao domicílio realizar o curativo quatro vezes por semana e a enfermeira do PMC, uma vez por semana. O CSF fornece os materiais para o curativo, entregando semanalmente no domicílio. A filha mais velha aparece no quarto da idosa com olhar um tanto perdido e sorri. A cuidadora refere preocupação pois a mesma é hipertensa e não comparece ao CSF. Pergunta se posso aferir sua pressão e ela aceita. Aproveito o momento, olho com delicadeza para ela, seguro sua mão e converso um pouco para que possa relaxar.

Transcorridos quatro dias, foi realizado o terceiro encontro. A SPC 3 encontrava-se acordada. O quarto estava limpo, mas com um leve odor de urina, o que é compreensível uma vez que a cuidadora refere que a mesma urina muitas vezes ao dia. Este momento foi dedicado à abordagem de questões que envolviam os cuidados com a pele da idosa, prevenção de broncoaspiração, prevenção e cuidados com lesões por pressão, mudança de decúbito, conforto. A cuidadora demonstra entendimento prévio de muitas das ações propostas. Foi encontrado uma resistência quanto aos cuidados que envolviam a promoção da saúde, que fugiam do corriqueiro cuidado biológico-assistencial, o que de certa forma compromete a aplicação do modelo e do cuidado. A cuidadora parece incomodada com a visita, sendo encerrado o encontro.

O quarto encontro foi realizado após quatro dias, Ao chegar, a cuidadora encontrava-se deitada com sua mãe, na mesma cama. O quarto estava limpo. Neste dia, o filho da cuidadora também encontrava-se em casa. A cuidadora iniciou a conversa apresentando seu filho, que estudava em um quarto contíguo. Refere que o mesmo é bastante estudioso, que tem uma bolsa integral em um colégio particular da cidade. Os dois parecem não ter uma boa relação, o que pode ser deduzido da forma como se comunicam. Para este momento, a temática abordada girava em torno não da paciente, mas da cuidadora. Assim, foi abordada a resiliência como estratégia de enfrentamento ao estresse originário ao processo de cuidado domiciliar e fortalecimento da espiritualidade. Também foi abordada a fragilidade financeira vivenciada pela família, como posto pela cuidadora em outras oportunidades. Novamente, a cuidadora foi relutante em receber orientações/cuidados que transcendem a dimensão biomédica, demonstrando interesse limitado na abordagem. Encerrei o encontro agradecendo e explicando que aquele seria o último momento.

O cuidado foi encerrado por solicitação do cuidador, por reconhecer a não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar a terceira etapa do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar. Percebe-se que a cuidadora está sentindo-se

incomodada com a minha presença no domicílio, o que impossibilita o Encontro Transpessoal. Porém, mesmo diante do interesse limitado da cuidadora, uma vez que a paciente tinha o cognitivo comprometido e não seria possível avaliar seu interesse pelas intervenções, acredita-se que o cuidado prestado poderá impactar positivamente na qualidade de vida da SPC 3. Entende-se que a aplicação do modelo e do Processo Clinical Caritas, a preparação e interesse dos profissionais em estar genuinamente na relação de cuidar não garante o alcance do cuidado transpessoal, pois conta-se com a necessidade de interação entre o SPC ou o cuidador e o profissional, sendo necessário que estes se envolvam, impliquem, comovam, percebam e queiram este cuidado.

No domicílio o alcance deste ambiente, situação, momento favorável torna-se mais complexo, uma vez que o cuidado disputa espaço com as questões sociais, econômicas, dinâmica de vida, rotinas do domicílio, tornando desafiador não a aplicação do modelo, mas sim o alcance do cuidado transpessoal. A impressão que fica é a de que para a aplicação efetiva do modelo, há que se ter uma situação propícia, na qual, minimamente, as pessoas participantes desse cuidado compreendam a importância deste. Embora reconheça que parte desse interesse deve ser despertado pelo profissional/pesquisador, não há como negar que existem fatores endógenos de cada sujeito/pessoa que implicará diretamente na realização efetiva ou não do modelo e até mesmo do cuidado transpessoal; fatores estes ligados a experiências anteriores nos serviços de saúde, em serviços domiciliares, cultura, dinâmica familiar, capacidade cognitiva, bem como a fatores relativos ao profissional/pesquisador, como empatia, formas de comunicação, verbal e corporal, conhecimento sobre o cuidado a ser ofertado, resolutividade, dentre outros.

5.1.4 Quarto ser pesquisado-cuidado (SPC 4)

O SPC 4 é um idoso de 89 anos de idade, acamado, também sequelado por AVC. É católico, viúvo, pecuarista, possuindo fazenda na cidade onde nasceu e residiu por muitos anos, Umirim/CE. Atualmente, vive com a filha, genro e neto, em domicílio próprio.

Ao todo, ocorreram sete encontros, compreendendo seis horas e vinte minutos de cuidado. Os encontros ocorreram no domicílio da família, especificamente na sala de estar, local onde o SPC 4 estava instalado.

O **Contato Inicial** ocorreu no primeiro, segundo e terceiro encontro. A primeira visita foi realizada juntamente com uma fisioterapeuta do Programa Melhor em Casa. Fomos recepcionadas pela empregada doméstica (cuidadora terciária), que estava limpando a garagem do domicílio, mas gentilmente nos conduziu até a sala de estar, que encontrava-se limpa, arejada e iluminada. Nesse momento, SPC 4 encontrava-se dormindo numa cama hospitalar. A fisioterapeuta do PMC me apresentou à filha (cuidadora principal). Nesse momento, foi explicado o estudo e os seus objetivos, verificando a aceitação da família no que se refere à participação do estudo. Carinhosamente, a fisioterapeuta e filha tenta acordá-lo. Percebo o envolvimento que essa profissional do PMC tem com essa família e a satisfação que eles têm em recebê-la. A fisioterapeuta inicia então os exercícios motores, realizando alongamentos e estimulando o movimento dos punhos e antebraços, articulação dos joelhos e sola dos pés. Enquanto isso, inicio um diálogo com a filha, a fim de se aproximar da família e conhecer um pouco o histórico de saúde do ser pesquisado-cuidado (SPC). A filha demonstra interesse em dialogar.

No segundo encontro, ocorrido após dois dias, chego ao domicílio e percebo que o ambiente estava bem arejado, frio, pois havia chovido a manhã toda. O idoso encontrava-se deitado na sua cama. Iniciei o momento perguntando como tinham passado esses dias. A filha sorriu e respondeu que estavam muito bem. Dirigi-me ao SPC 4 e tentei interagir com ele, peguei na sua mão e aproveitei o momento para fazer uma inspeção na sua pele, buscando se havia alguma lesão por pressão, já que encontra-se acamado, com restrição dos movimentos por sequela do AVC. Durante a inspeção, orientei a filha acerca da importância da prevenção de lesões por pressão, através de medidas como mudanças de decúbitos frequentes, hidratação da pele, ingestão de líquidos e manter uma dieta equilibrada. A filha ouve tudo com muita atenção e demonstra interesse em aprender, apesar de demonstrar ter muitos conhecimentos sobre o processo de adoecimento do seu pai. Ressalta ser muito grata pelo apoio que recebe da equipe do PMC.

O terceiro encontro ocorreu após três dias. Ao chegar na sala, percebi que SPC 4 estava com congestão nasal e perguntei a filha se podia fazer nebulização. Iniciei o preparo e o procedimento foi realizado. O SPC 4 faz uso de nebulização três vezes ao dia, por prescrição médica. Durante a nebulização, realizei algumas orientações acerca da importância desse procedimento e da necessidade de higienizar o nebulizador, a fim de evitar contaminação bacteriana. A filha olha atentamente, buscando compreender as orientações. Em seguida, realizei exame físico no idoso. Ele encontrava-se em bom estado geral. O lado direito do

corpo foi o mais afetado pelo AVC, tendo uma restrição da movimentação dos membros superiores e inferiores. Ressalto que o SPC 4 não pode passar muito tempo deitado, que é necessário ter cuidado com a sua postura, que se movimente regularmente e que, logo que possível, seja reinserido em atividades que fazem parte do seu cotidiano. Enfatizo a importância da fisioterapia. Em seguida, a filha começa a falar sobre a perda da sua mãe, de como foi difícil o pai superar a ausência, já que só viviam os dois na fazenda. Desde o dia em que ele havia se mudado para a sua casa, o vínculo afetivo só aumentava, principalmente entre o pai e o esposo. Relata ainda que tem sete irmãos, que eles residem em outras cidades, porém ajudam sempre que necessário. Dessa forma, não sente-se sozinha nesse cuidado. Escuto atentamente tudo o que a cuidadora relata. Percebo que a relação evolui para uma **Aproximação.**

Transcorridos três dias, ocorreu o quarto encontro. Neste momento, a cuidadora principal não encontrava-se em casa, pois teve que sair para resolver uns assuntos pessoais. Pergunto se posso entrar e realizar o momento de cuidado. Peço autorização para realizar exame físico no idoso. Realizo o exame com atenção, inspeciono a pele do idoso e percebo que a região sacrococcígea encontra-se hiperemiada. Dessa forma, solicito o hidratante corporal para hidratar a pele e muda o SPC 4 de decúbito. Oriento a cuidadora a estar realizado a mudança de decúbito a cada duas horas, mostrando as possibilidades de mudança. Reforço a importância de uma dieta equilibrada. Percebo que a presença da cuidadora principal no momento do cuidado é de extrema relevância, pois ela é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar.

Após quatro dias, ocorreu o quinto encontro. Como nas outras vezes, a fui muito bem recebida pelas cuidadoras. Perguntei sobre os cuidados com a pele do SPC 4 e a filha pede que observe se melhorou a lesão. Relata que está seguindo todas as orientações dadas no encontro anterior, pois a cuidadora terciária (empregada doméstica) havia lhe repassado todas as informações. Nesse momento, faço uma inspeção na pele, principalmente na área afetada, e percebo que a integridade da pele encontra-se preservada. Enquanto realiza o exame, converso e interajo com o SPC 4. Parabênizo pelo cuidado que tiveram com ele e enfatizo a necessidade de manter os cuidados para prevenção de lesão por pressão (hidratação da pele, mudança de decúbito a cada duas horas, ingestão de líquidos e dieta equilibrada). A filha agradece pelo apoio e carinho com seu pai. Refere que tem muito carinho pela equipe do PMC, pelos cuidados que tem com seu pai que fazem com que se recupere a cada dia. Relata ainda sobre o prazer de ter uma enfermeira na sua casa, realizando procedimentos, dando

orientações e apoiando no que for necessário. Percebo que o SPC 4 está com congestão nasal e realizo nebulização. Mesmo sem obter respostas (apresenta dificuldade de se comunicar), percebo que ele sente-se bem com a sua presença. Neste encontro, a relação de cuidar evoluiu muito. Percebo um envolvimento mútuo. A família consegue compreender a importância das orientações e segui-las. Acredito que a família já sente que o **Encontro Transpessoal** está acontecendo no momento do cuidado.

O sexto encontro ocorreu após três dias. Era uma tarde chuvosa, SPC 4 encontrava-se deitado na cama, mas um pouco inquieto. Percebo que ele estava com frio, apresentando mãos e pés frios e fecha a janela. Pergunto se ele tem alguma meia. A filha refere que sim e já levanta-se para ir até o quarto buscar. Enquanto isso, realizo exame físico no idoso e percebo que ele está em bom estado geral, respirando bem e com a integridade da pele preservada. Aproveito para parabenizar a família pelos cuidados com o idoso. A filha entrega o cobertor e PC cobre ele, oferecendo um ambiente aconchegante. A filha senta na cadeira e começa a falar que ele passa o dia dormindo e a noite não quer dormir, passa a noite toda acordado. Ela acha que ele tem medo de morrer a noite. Nesse momento, percebo que ela se emociona, ainda está fragilizada com a morte da mãe e com todo esse processo de adoecimento do seu pai. Aproveito o momento para fortalecer a sua espiritualidade e resiliência. Ressalto a importância de ter momentos de lazer, de se distrair, pois essas atividades também auxiliam no processo de enfrentamento. Falo sobre a insônia noturna e enfatizo a necessidade de criar um ambiente propício para o sono, com ausência ou pouca luminosidade e barulho. O diálogo ocorreu de forma leve e prazerosa. O **Encontro Transpessoal** aconteceu efetivamente.

A **Separação** aconteceu no sétimo encontro, após três dias. Sentiu-me inteiramente tocada e envolvida nessa relação de cuidar. Percebo envolvimento mútuo e transformação, de forma que passaram a viver restaurados. Acredito que essa família foi mais difícil de atingir o encontro transpessoal (comparada às outras) em virtude de em alguns encontros ou a cuidadora principal não estar presente ou ter que se ausentar de forma imediata, o que dificultou a evolução do cuidado. Apesar de o SPC 4 ter dificuldade de se comunicar, acredita-se que o cuidado prestado repercutiu de forma positiva na sua vida e de toda a sua família.

5.1.5 Quinto ser pesquisado-cuidado (SPC 5)

O SPC 5 é um idoso de 69 anos de idade, que vive com Esclerose Múltipla. É católico, casado, aposentado, natural de Sobral/CE, residindo em domicílio próprio com a esposa.

Ocorreram sete encontros, compreendendo seis horas e trinta minutos de cuidado. Os encontros ocorreram no domicílio da família, especificamente na sala de estar e no quarto do casal.

O **Contato Inicial** aconteceu no primeiro e segundo momento. O primeiro encontro foi realizado com a fisioterapeuta do PMC. Ao chegarmos ao domicílio, fomos recebidos pela secretária doméstica da casa, que também é cuidadora do cliente. O domicílio parecia limpo e organizado. A mesma nos recebeu amistosamente e informou que tanto o idoso, como sua esposa (cuidadora primária) encontravam-se dormindo, porém ofereceu-se para acordá-los. Assim, por bom senso, achamos que não deveríamos acordá-los e que retornaríamos em um outro momento. Na oportunidade, foi possível colher algumas informações sobre o estado de saúde do idoso, bem como de sua esposa. Foi possível perceber que a informante encontra-se bastante envolvida com os cuidados realizados no domicílio.

Após dois dias, ocorreu o segundo encontro. Ao chegar ao domicílio, relatei os objetivos do estudo, investiguei o interesse do idoso e esposa em participar e solicitei autorização para dar continuidade ao cuidado em dias e horários pré-agendados. Eles foram bem receptivos com a proposta. A casa encontrava-se limpa, arejada e iluminada. Percebi o cuidado com a organização dos móveis, a fim de evitar que fiquem pelo meio da casa. Neste momento, iniciei um diálogo e, através deste, compreendi um pouco do histórico de vida e saúde do SPC 5 e sobre a doença, realizando orientações com linguagem acessível. A esposa demonstra interesse em dialogar, relatando um pouco sobre o processo de adoecimento do esposo.

O terceiro encontro ocorreu após cinco dias, no quarto do idoso, um espaço privativo deles. Ao chegar no quarto, a esposa (cuidadora principal) solicitou que eu ajudasse a praticar os exercícios motores a serem realizados diariamente, prescritos pela fisioterapeuta do Programa Melhor em Casa. Enquanto conduzia a realização desses exercícios, realizei

orientações sobre a importância dos exercícios, de movimentar-se diariamente, da forma correta de realizá-los. Enfatizei que esses exercícios podem promover uma melhor circulação sanguínea, fortalecer músculos, aliviar dores musculares e aprimorar o controle motor do SPC 5. A cuidadora relatou que era muito importante ter um profissional de saúde dedicado e sensível em casa, pronto para ajudar em tudo o que for preciso e agradeceu. Neste encontro, a relação de cuidar evoluiu para uma **Aproximação**.

Após três dias, ocorreu o quarto encontro. Iniciei o encontro investigando sobre as questões que envolviam a alimentação. A cuidadora relata que o SPC alimenta-se por via oral, mas apresenta dificuldades e algumas vezes se engasga a depender da consistência dos alimentos e sempre tem o cuidado de alimentá-lo sentado ou com a cabeça “mais levantada”. Orientei sobre cuidados para evitar broncoaspiração, consistência dos alimentos, tipos de alimentos, manobras para o caso de ocorrer engasgos e sinais de alerta. O SPC, embora fale com dificuldades, também participa do momento e parece compreender as orientações. Quanto às eliminações, embora o cliente não seja acamado, o mesmo tem mobilidade bastante prejudicada e deambula com muita dificuldade. O SPC 5 parece ter hábito intestinal fisiológico, sem história de constipação. Orientei sobre sinais de mudança do hábito intestinal, alimentos constipantes, importância da atividade física ou mobilização dos membros para evitar problemas intestinais, higiene dos alimentos e durante o preparo, riscos e sinais para lesões de pele. Durante as orientações, os participantes mostraram-se interessados nas informações.

No quinto encontro, que ocorreu após quatro dias, percebi uma energia diferente no domicílio: todos pareciam muito felizes, e ao investigar, não havia um motivo específico. Assim, o cenário estava propício para a abordagem a ser realizada naquele dia, pois tinha a intenção de abordar os sentimentos e percepção da cuidadora diante daquela situação. A mesma refere que tem sido muito desgastante este cuidado, que faz com prazer, mas muitas vezes se sente cansada, sem forças, impotente diante de algumas situações concernentes à doença. Abordei questões referentes ao fortalecimento da espiritualidade, resiliência e autoestima. Incentivei atividades de lazer justificando que aquilo seria um cuidado para ela que iria repercutir no cuidado que ela ofereceria ao seu marido. Pelo discurso da cuidadora, são perceptíveis os sentimentos de medo e responsabilidade sobre o cuidado. Tais sentimentos são reproduzidos quase que como um padrão aos cuidadores, de forma que estes se esquecem das atividades inerentes a sua própria existência para viver a doença do outro. Senti que nesse momento, ela estava confiando em mim, desabafando todas as suas angústias e preocupações.

Estávamos tão envolvidos de uma forma, que pude ter a certeza que o **Encontro Transpessoal** de fato aconteceu.

O sexto encontro aconteceu após dois dias. O casal me aguarda no quarto, onde o SPC 5 estava realizando os exercícios motores, com a supervisão de sua esposa. Eles, ao me ver entrar pela porta, sorriem e a esposa diz que estavam me aguardando. Aproximei-me deles e os auxiliei na realização dos exercícios. Enquanto isso, dei algumas orientações sobre a importância de o SPC 5 ter momentos de lazer, de fazer o que gosta, de interagir com outras pessoas. Ressalto que isso também fará com que se sinta melhor. Fortaleço a sua fé e enfatizo a importância dela para o enfrentamento dos desafios, das dificuldades. Nesse momento, ele segura firme a minha mão e agradece por tudo. A esposa fala da nossa separação, ressaltando que irá sentir muito a minha falta. Agradei imensamente e enfatizei como me sentia honrada em compartilhar todos aqueles momentos com eles.

A **Separação** aconteceu no sétimo encontro, ocorrido após dois dias. Pude perceber o quanto o cuidado transpessoal é capaz de nos envolver, de nos fortalecer e proporcionar transformações importantes. Tenho satisfação em ter cuidado/ contribuído com essa família e tenho a sensação de também ter sido cuidada com muita atenção e carinho.

5.2 O cuidado transpessoal às famílias de idosos restritos ao domicílio e o Processo *Clinical Caritas*

Diante dos casos apresentados, observei que os elementos do PCC foram utilizados como forma de desenvolver o cuidado transpessoal a idosos restritos ao domicílio, acompanhados pelo Programa Melhor em Casa.

Assim, é importante reiterar que os elementos do PCC, sem os quais talvez não exista enfermagem como profissão, pois se limitariam os enfermeiros a técnicos ou trabalhadores qualificados dentro do quadro dominante da ciência médica (WATSON, 2007). Esses elementos foram apresentados no capítulo 4, quando do trato sobre o referencial teórico que subsidia este estudo.

A seguir, serão apresentados e discutidos a utilização dos elementos do PCC no cuidado aos idosos restritos ao leito e suas famílias, considerando as fases do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, considerando: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação.

Ressalto que no concernente a realização das fases, Favero (2009) infere que a separação delas acontece “apenas didaticamente, pois o processo ocorre de maneira dinâmica, de modo que sua evolução depende da relação entre os envolvidos – ser cuidado e ser que cuida”.

O quadro abaixo traz os elementos do Processo *Clinical Caritas* utilizados por fase, durante a aplicação do MCTED com cada ser pesquisado-cuidado.

Quadro 1: Elementos do Processo *Clinical Caritas*, Fases do MCTED e o Seres Pesquisados-Cuidados.

SPC	CONTATO INICIAL	APROXIMAÇÃO	ENCONTRO TRANSPESSOAL	SEPARAÇÃO
SPC 1	1, 4, 5 e 7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 e 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9	1, 3, 5, 6, 7, 8 e 10
SPC 2	1, 3, 4, 5 e 7	1, 2, 4, 5, 7 e 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10	1, 2 e 4
SPC 3	1, 2, 3 e 5	1, 2, 6, 7 e 9	-	1, 2, 3, 5, 7 e 10
SPC 4	1, 4, 5, 6 e 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10	1, 4, 5 e 6
SPC 5	1, 2 e 4	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10	1, 4, 5 e 6

Fonte: próprio autor, 2017.

Já o quadro 2 traz os pressupostos utilizados por fase, durante a aplicação do MCTED, com cada ser pesquisado-cuidado.

Quadro 2: Pressupostos, Fases do MCTED e os Seres Pesquisados-Cuidados.

SPC	CONTATO INICIAL	APROXIMAÇÃO	ENCONTRO TRANSPESSOAL	SEPARAÇÃO
SPC 1	4,5 e 6	2,3,4,5,6,7 e 8	1,2,3,4,5,6,7 e 8	1,3,6,7 e 8
SPC 2	4,5 e 7	2,3,4,5,6,7 e 8	1,2,3,4,5,6,7 e 8	1,3,6 e 8
SPC 3	5,6 e 7	5,6,7 e 8	-	6,7 e 8
SPC 4	3,5,6,7 e 8	2,3,4,5,6,7 e 8	1,2,3,4,5,6,7 e 8	1,3,6 e 8
SPC 5	5,6,7 e 8	2,3,4,5,6,7 e 8	1,2,3,4,5,6,7 e 8	1,3,6 e 8

Fonte: próprio autor, 2017.

O **Contato Inicial** aconteceu por intermédio da equipe do Programa Melhor em Casa, o que facilitou a minha aproximação com os seres pesquisados-cuidados e seus familiares, uma vez que a maioria deles referiu satisfação e gratidão pelos cuidados da equipe desse programa.

O Contato Inicial configura o primeiro contato entre enfermeiro, cliente e família, sendo que, neste momento, há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar, constituindo o momento em que são consideradas as histórias de vida de cada um (LACERDA, 1996) e para sua realização, cada profissional define uma trajetória baseada na sua experiência prévia, nos seus conhecimentos, de modo que se sintam seguros para a realização e cumprimento das etapas selecionadas (FAVERO, 2013).

Ao vivenciarmos essa fase, foi mais frequente a utilização dos elementos 1, 4 e 5. A utilização desses elementos me permitiu a construção de um vínculo de confiança com o SPC e seu cuidador, o que possibilitou a sustentação da relação de cuidado. Na realização dessa fase, percebi a importância de eu, como pesquisador-cuidador, antes de cada encontro preparar-me pessoal, espiritual e profissionalmente, a fim de oferecer o melhor de mim como ser humano e como profissional.

No contato inicial, foram utilizados, em sua maioria, os pressupostos 5, 6 e 7, proporcionando uma relação de harmonia com os seres pesquisados-cuidados, seus familiares e o ambiente.

Nessa fase, tivemos uma média de dois encontros por família. Nessa oportunidade, foi possível apresentar o estudo e seus objetivos, obter o consentimento da família, fazer os devidos esclarecimentos e conhecer um pouco sobre o histórico de vida e processo de adoecimento dos seres pesquisados-cuidados.

A **Aproximação** ocorreu à medida que a relação de cuidar evoluía, sendo estabelecido um cuidado mais efetivo, um vínculo mais fortalecido, no qual percebi um envolvimento mútuo em prol de um mesmo propósito.

Nesta fase, o profissional se coloca na posição de ouvinte e o ser cuidado expõe fatos com maior naturalidade do que durante o contato inicial devido à proximidade estabelecida entre eles (FAVERO, 2009), uma vez que a relação já evoluiu, pois se inicia um fluxo de sentimentos, palavras, toques, e muitas outras formas de comunicação, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união (LACERDA, 1996).

Nessa fase, ocorreu uma média de dois encontros por família. Os elementos que tiveram maior destaque foram o 1, 2, 4, 5, 7 e 9, e utilizá-los me proporcionou conhecer a fundo as histórias de vida dos SPC, seus sentimentos, relacionamentos e dinâmicas familiares, compreender as reais necessidades de cuidado das famílias e compartilhar um pouco das minhas vivências. O interesse em cuidar evoluía a cada encontro e me envolvia cada vez mais com as necessidades da família, com o cuidado.

Os pressupostos 2,3,4,5,6,7 e 8 foram os mais utilizados nesta fase, proporcionando, de fato uma maior aproximação do ser pesquisador com o ser pesquisado, seus familiares e todo o contexto ao qual está inserido, o que possibilitou uma evolução na relação de cuidar, tornando-a mais forte e madura.

O **Encontro Transpessoal** aconteceu após a relação de cuidar evoluir de tal forma que possibilitou a transformação dos envolvidos, passando a viver restaurados. É uma troca de experiências, de conhecimentos, de cuidados, que sensibiliza e marca a vida dos envolvidos, principalmente o pesquisador-cuidador.

O Encontro Transpessoal representa o momento em que ocorre a relação transpessoal, quando enfermeira e cliente transcendem cada um, não sendo mais dois, e sim, apenas um, com estabelecimento de intersubjetividade entre os dois (LACERDA, 1996).

Esta etapa é capaz de proporcionar o desvelar de sentimentos, sensações e emoções nos seres envolvidos, para que ao separarem-se estejam reconstituídos, transformados e capazes de seguir suas vidas de modo independente, mas restaurados e superados em suas dificuldades (FAVERO, 2009).

Nessa etapa, ocorreu de um a dois encontros por família. Todos os elementos do Processo *Clinical Caritas* apresentaram destaque nessa fase. A utilização desses elementos me proporcionou ter uma experiência indescritível, vivenciando momentos ricos de aprendizagem.

Todos os pressupostos do MCTED foram envolvidos nessa fase, proporcionando o alcance do encontro transpessoal no momento do cuidado.

Foi possível também refletir sobre a complexidade do cuidado domiciliar, pois estamos em um cenário/contexto vivo e dinâmico. No atendimento domiciliar, estamos, literalmente, no meio da vida das pessoas, de suas intimidades, de suas angústias, problemas, relações familiares, o que pode contribuir ou dificultar o alcance do cuidado transpessoal.

A **Separação** ocorreu em virtude de o cuidado transpessoal efetivamente ter acontecido, com exceção de um dos SPC, no qual a relação de cuidar não evoluiu, o que tornou inviável a possibilidade de alcançar a terceira etapa, o Encontro Transpessoal.

Esta etapa representa a maturidade das partes (enfermeira-cliente-família), onde as conotações subjetivas dos dois se modificam e partem regenerados e enriquecidos com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida. A enfermeira e o cliente se liberam do vínculo criado, pois atingiram cada um o alcance de seus propósitos (LACERDA, 1996).

Os elementos utilizados nessa etapa foram 1, 4, 5 e 6. Essa fase exige do pesquisador-cuidador uma maior preparação e amadurecimento, independente do motivo que levou a separação, seja porque o cuidado transpessoal aconteceu ou mesmo pela impossibilidade de ser atingido.

Os pressupostos envolvidos, prioritariamente, nesta fase foram, 1, 3, 6 e 8; proporcionando uma separação prazerosa, na qual ambos (ser pesquisado e ser pesquisado) seguem restaurados, com exceção de um dos casos, no qual não foi possível atingir o encontro transpessoal.

A aplicação do MCTED e a utilização dos elementos do PCC me proporcionou compreender a importância de ser/estar presente em todos os momentos de cuidado, em construir uma relação forte, um vínculo de confiança, ter um olhar para além das necessidades de sobrevivência, considerar e respeitar os conhecimentos, as crenças e individualidade do ser humano. Essa compreensão e sensibilidade para com o outro que é capaz de possibilitar o encontro das almas, o encontro transpessoal.

Ressalto a necessidade de o profissional preparar-se pessoal e profissionalmente para a realização do cuidado e também estar preparado para situações em que o cuidado transpessoal não for atingido, uma vez que pode despertar sentimento de frustração, mas que faz parte da diversidade da subjetividade humana e que o profissional tem que aprender/acostumar-se a lidar com isso.

5.3 Necessidades de cuidado e o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar

Neste espaço serão apresentadas as necessidades de cuidado dos idosos (seres pesquisados-cuidados), identificadas nos momentos de cuidado durante a aplicação do MCTED.

O fenômeno do envelhecimento e o consequente declínio das capacidades e funcionalidades do indivíduo, a prevalência de doenças crônico-degenerativas e as políticas de humanização e desospitalização, tornam os idosos mais dependentes de uma rede de cuidados formais ou informais, sendo evidente a necessidade de prestar cada vez mais cuidados domiciliares, tanto pelos profissionais de saúde, como pelos familiares. Essa prestação de cuidados deve ir ao encontro das necessidades de cuidados apresentadas pelos idosos (LEMOS, 2012; MARTINS NETO, 2014).

As necessidades de cuidados variam ao longo do ciclo de vida, sendo aumentada no início e no final do ciclo vital (MARTINS NETO, 2014). Dessa forma, diante do envelhecimento, esse processo dinâmico e progressivo, tem-se um aumento das necessidades de cuidados.

Neste estudo, foram consideradas as necessidades humanas preconizadas por Watson (1988), que podem ser classificadas como necessidades de ordem inferior e necessidades de ordem superior, conforme especificado no quadro abaixo.

Quadro 3: Ordem de Necessidades Humanas.

Necessidade de Ordem inferior (necessidades biofísicas) – Necessidades de sobrevivência
Necessidade de alimento e líquido Necessidade de eliminação Necessidade de ventilação
Necessidades de ordem inferior (necessidades psicofísicas) – Necessidades funcionais
Necessidade de atividade-inatividade Necessidade de sexualidade
Necessidade de ordem superior (necessidades psicossociais) – Necessidades integradoras
Necessidade de realização Necessidade de associação
Necessidade de ordem superior (necessidade intrapessoal-interpessoal) – Necessidade de busca de crescimento
Necessidade de auto-realização (crescimento-healing)

Elaborado por: TONIN (2017), com base nas literaturas: (WATSON 1979, WATSON 2008a, TALENTO, 2000).

O quadro abaixo apresenta as necessidades de cuidados apresentadas pelos seres pesquisados-cuidados durante os momentos de cuidar. Dessa forma, percebemos um maior número das necessidades de ordem superior, em especial as necessidades de realização e de associação.

Percebemos uma prioridade de necessidades psicossociais (integradoras), em virtude de os SPC apresentarem interação com o meio e com outras pessoas comprometida. Essa interação encontra-se prejudicada em virtude de estarem restritos ao domicílio, com poucas ou nenhuma atividade de lazer e pela maioria apresentar comunicação prejudicada. Foi realizado intervenções a fim de contribuir para a redução dessas necessidades, considerando a individualidade e subjetividade de cada SPC.

As necessidades de ordem inferior também surgiram nos momentos de cuidar, tendo um maior número de necessidade de atividade-inatividade, alimento e líquido e ventilação. As necessidades de atividade-inatividade estão relacionadas, entre outros motivos, ao sedentarismo e ao aparecimento de lesões por pressão. As necessidades de alimento e líquido também surgiram, em decorrência do uso de gastrostomia por um dos SPC, pela dificuldade de mastigar e deglutir e pela necessidade de hidratação como forma de prevenir as LPP. As necessidades de ventilação ocorreram em virtude do uso de traqueóstomo por um dos SPC e por outros dois apresentarem dificuldade para respirar, associada ao quadro clínico.

Quadro 4: Necessidades de Cuidado apresentadas pelos Seres Pesquisados-Cuidados.

NECESSIDADES DE CUIDADO	SPC 1	SPC 2	SPC 3	SPC 4	SPC 5	TOTAL
NECESSIDADES DE ORDEM INFERIOR						
ALIMENTO E LÍQUIDO	01	02	-	02	01	06
ELIMINAÇÃO	-	-	01	-	01	02
VENTILAÇÃO	03	-	01	02	-	06
ATIVIDADE-INATIVIDADE	02	01	03	02	01	09
SEXUALIDADE	01	-	-	-	-	01
NECESSIDADES DE ORDEM SUPERIOR						
REALIZAÇÃO	02	03	02	02	03	12
ASSOCIAÇÃO	02	04	02	02	01	11
AUTO-REALIZAÇÃO	01	02	-	01	02	06

Fonte: próprio autor, 2017.

Diante do aumento do número de pessoas idosas dependentes, aumenta também a necessidade de cuidados de saúde e assistência que são prestados tanto pelas redes sociais, como pelo apoio formal e informal. A distinção entre cuidado formal e informal está relacionada à remuneração. Enquanto o cuidado formal é prestado por instituições ou indivíduos que recebem um vencimento pela prestação do mesmo, o cuidado informal é prestado por elementos da rede social do idoso (familiares, amigos e vizinhos) regularmente e sem remuneração (LOUREIRO, 2009).

A partir do momento em que uma pessoa passa a apresentar um processo degenerativo, tendo suas capacidades funcionais diminuídas, o seu padrão de funcionamento normal sofre alterações, emergindo a incapacidade para o autocuidado e, portanto, a necessidade de apoio por parte de alguém próximo (familiar, amigo ou vizinho). Dessa forma, as famílias são reconhecidas como a principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida (PEREIRA, 2008; ANDRADE, 2009).

Os cuidadores informais podem ser classificados em primários, secundários e terciários. Os primários estão em contato direto com o idoso, assumindo a responsabilidade de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou substituir a pessoa no autocuidado. Os cuidadores secundários apenas prestam cuidado ao idoso de forma regular, oferecendo apoio econômico e psicossocial ao cuidador principal. Já os cuidadores terciários assumem o cuidado do idoso apenas em situações de emergência, não possuindo qualquer responsabilidade na prestação de cuidados diários (NERI; CARVALHO, 2002).

No presente estudo, tivemos apenas cuidadores informais. Os cuidadores primários (principais) eram do sexo feminino, sendo esposa ou filha do SPC. Os secundários surgiram poucas vezes nos discursos e momentos de cuidar, sendo identificados como do sexo masculino ou feminino, na sua maioria filhos dos SPC. Os cuidadores terciários eram também do sexo feminino, sendo filha ou empregada doméstica. Mesmo recebendo remuneração, acredito que a empregada doméstica seja uma cuidadora informal, uma vez que ela não é paga para esse fim (cuidado do idoso) e presta esse cuidado apenas em situação de emergência, quando o cuidador principal necessita se ausentar por algum motivo.

As atividades que derivam do ato de cuidar tendem a ser atribuídas às mulheres e naturalizadas de forma a aparecerem como exclusivas e constitutivas da condição feminina. Ainda que exerçam atividades profissionais não vinculadas ao ato de cuidar, impõem-se às mulheres a responsabilidade pelo cuidado de seus familiares (GUEDES; DAROS, 2009). Para

Cancian e Olikier (2000), o cuidar no feminino pode ter duas explicações: uma natural e outra social. A natural se refere diferenças psicológicas existentes entre mulheres e homens que se desenvolvem na infância, devido às diferenças hormonais e à biologia reprodutiva. A explicação social é provavelmente atribuída ao fato do homem ter, habitualmente, mais recursos financeiros e emprego melhor remunerado, devendo a mulher deixar o seu trabalho para cuidar do idoso dependente ou, não o deixando, acumula as duas tarefas.

O cuidador informal expõe-se a uma série de situações estressantes, como o peso das tarefas e as doenças advindas das exigências do trabalho e das características do idoso. Além disso, faltam-lhe informações, além de apoio físico, psicológico e financeiro para enfrentar o cotidiano do cuidar (FALEIROS *et al.*, 2015).

Assim, o cuidado ao idoso é um grande desafio; o que torna evidente a necessidade da existência de serviços públicos que possam apoiar os cuidadores de idosos, em especial os informais, na redução das dificuldades encontradas na tarefa diária de cuidar.

5.4 Implicações do contexto na aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar

Para que o Cuidado Transpessoal (CT) aconteça é necessário o encontro entre os seres envolvidos na relação de cuidar, denominado momento de cuidado (WATSON, 2012), e se dá por meio do PCC, composto por dez elementos, descritos pela teórica Jean Watson. Assim, o Momento de Cuidado é aquele em que acontece o CT entre enfermeiro e paciente; o enfermeiro influencia o ser cuidado e é por ele influenciado (WATSON, 2008, 2012).

No PCC, Jean Watson reconhece a importância e a interferência do ambiente e da família no processo de cuidar transpessoal (WATSON, 2007), neste sentido, representando duas dimensões estruturantes do contexto ao qual estão inseridos paciente e enfermeiro. Em seu MCTED, Favero (2013), no quinto pressuposto, refere que “o ambiente e o contexto familiar influenciam o alcance do cuidado transpessoal”. Assim, fica claro que o contexto pode influenciar na prestação do CT.

O domicílio, o indivíduo e sua família devem ser percebidos como integrantes de um contexto que é muito mais do que um espaço físico, devendo ser percebido como de

significado mais amplo, pois encerra um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si, sendo necessário considerar que a casa e seus integrantes têm diferentes realidades, culturas, valores, crenças e multidimensionalidade inerentes (LACERDA, 2010).

Diante desse cenário, é importante salientar que a aplicação do MCTED por si só não garante o alcance do cuidado transpessoal, pois há questões contextuais que influenciam ou podem influenciar fortemente a prestação do cuidado e, conseqüentemente, o alcance de um cuidado transpessoal.

No contexto domiciliar, o profissional que presta o cuidado está mais propenso a sofrer influências do contexto, pois este é menos passível de controle, se comparado a outros espaços de cuidado hegemonicamente concebidos, como o Hospital ou a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Embora se reconheça a importância e representação do hospital no contexto da saúde, ao se comparar este ao ambiente domiciliar, e considerando as particularidades de ambos os espaços, o fato de o hospital ser um ambiente marcado pela artificialidade, no qual o ser humano corre o risco de perder suas características (FOUCAULT, 2001), parece ser um fator significativo quando se opta, e se pode, realizar o atendimento no domicílio.

O hospital possui organização e normas próprias, as quais direcionam as ações de todos os envolvidos nesse espaço, sejam profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes, familiares ou visitantes, o que difere do espaço domiciliar, no qual a família e o paciente parecem possuir mais autonomia para decidir sobre seus horários, o tipo de alimentação, o momento da higiene, a possibilidade de sair de casa, dentre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Também o contexto está relacionado com o objetivo do cuidado prestado: no hospital centra-se em satisfazer necessidades, uma vez que estes cuidados são dirigidos para a intervenção na crise, sendo preconizada a prestação de cuidados técnicos avançados; no centro de saúde focam as parcerias, pois envolvem uma vertente comunitária e incluem educação, promoção e prevenção (SOUSA; CARVALHAIS, M.; CARVALHAIS, L., 2012).

Pode-se citar como aspectos que envolvem a atenção domiciliar: o espaço pode ser restrito, exigindo acomodações de móveis, compra de utensílios e aumento de despesas familiares uma vez que o sistema público, pouco investe na assistência domiciliar e os planos da rede particular, quando concordam em financiar o cuidado no domicílio o fazem por

período relativamente curto (CARVALHO; PEREIRA, 2001). Soma-se a isso o fato de que o contexto domiciliar configura um cenário vivo e dinâmico onde a vida do paciente está permanentemente se desvelando, e isso implica em compreender que o profissional poderá, por muitas vezes, ter que superar as questões contextuais para se alcançar o cuidado transpessoal.

Elementos externos ao meio de reconstituição podem influenciar o clima adequado para o desenvolvimento do cuidado domiciliar, como: bem-estar, confiabilidade, conforto, além da limpeza e salubridade (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

O ambiente domiciliar é o local de maior intimidade do indivíduo; é seu mundo particular; quando o enfermeiro adentra este ambiente com esta preocupação em mente, ele pode deixar de perceber-se como coparticipante, e apenas realizar o cuidar com saber e fazer, e em algumas situações, além do direcionamento dado a pessoa centro do cuidado, também há o enfoque no cuidador e familiares desta, o que pode gerar no profissional um desgaste ainda maior na realização de um cuidar que satisfaça todas as demandas do contexto (GOMES *et al.*, 2013).

O cuidado domiciliar do usuário, paciente/cliente e família é uma ação e atitude, pois, mais do que um fazer, é um momento em que a enfermeira está vivenciando com o indivíduo e a família situações de saúde-doença, em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida (LACERDA, 2010) não podendo ser visto como extensão do cuidado hospitalar (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

A partir das vivências proporcionadas por esta pesquisa, é possível inferir que o trabalho no domicílio é complexo, pois envolve não apenas adentrar no mundo da doença, mas na intimidade do paciente. Tal inserção deve ser cuidadosa, pois não se pode esquecer que são seres dotados de diferentes conhecimentos e percepções sobre o mundo, que gozam de subjetividade, de forma que essa inserção pode assumir diversas representações, desde o entendimento de que é uma contribuição importante para o retorno ao estado de saúde/equilíbrio até a percepção de que a equipe de saúde ou profissional está atrapalhando em sua dinâmica de vida.

Assim, para o sucesso da aplicação do modelo e alcance do cuidado transpessoal, é necessário que o enfermeiro, antes de tudo, seja um fomentador/estimulador do desejo do paciente em ser cuidado.

Embora se reconheça que o contexto influencie no alcance de um cuidado transpessoal, este também está passível da influência de fatores relacionados a quem presta o cuidado, como o conhecimento sobre o PCC e sobre o próprio modelo de cuidado. Diante disso, um desafio que se apresenta diz respeito a formação dos profissionais de saúde, que pouco aponta para as questões de cuidado no domicílio, suas perspectivas, peculiaridades e o perfil necessário para um profissional trabalhar nesta especialidade, o que tem concorrido para que encontremos, na prática de saúde dos sistemas públicos, profissionais com mínima formação específica para o trabalho com as famílias e em seus domicílios (LACERDA, 2010).

É preciso considerar que a Atenção Domiciliar é uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional qualificada, pois reconhece-se que este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico próprios do campo (ANDRADE *et al.*, 2017).

No entanto, há fortes evidências de que a formação acadêmica de enfermeiros no Brasil não contempla as exigências para o trabalho na AD, pois prevalece o modelo de ensino curativo, centrado na doença e não no sujeito, com predomínio de ações voltadas para o âmbito hospitalar (SILVA *et al.*, 2014), permitindo concluir que o cenário de formação do bacharel em enfermagem, na atualidade, pouco abarca as concepções, as singularidades e o perfil necessário para atuação no cuidado domiciliar (ANDRADE *et al.*, 2017).

Tal fenômeno é preocupante, uma vez que o enfermeiro desempenha papel estruturante nessa atenção, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com usuários e familiares (SILVA *et al.*, 2012).

Há que se dizer ainda que, para além do conhecimento e compreensão, para se alcançar o cuidado transpessoal é necessário que o profissional tenha um envolvimento/imersão junto aos preceitos da Teoria do Cuidado Transpessoal, pois somente depois disso haverá subsídios para que se consiga executar com efetividade o MCTED.

5.5 Cuidado Domiciliar a Idosos Restritos ao Domicílio: Uma análise a partir dos discursos dos pesquisados-cuidados e seus cuidadores

Este capítulo foi construído a partir das falas gravadas, emergidas em diferentes momentos, durante a aplicação do MCTED, de forma que, para incorrer na análise proposta por Bardin (2011), considerou-se os diários de campo como unidades de contexto. As categorias, e unidades de registro que as subsidiaram, encontram-se descritas no quadro que segue.

Quadro 5: Unidades de registro e categorias de análise.

Categoria	Unidades de registro
Sobrecarga do cuidador	- Peso - Sobrecarga - Muito trabalho
Prazer em cuidar	- Prazer - Satisfação - Gratidão
Percepções sobre o Programa Melhor em casa	- Muito bom - Sou grato - Não atende minhas solicitações - O que seria de nós sem eles?
Religiosidade como forma de enfrentamento	- Fé - Fé em Deus

Fonte: próprio autor, 2017.

5.5.1 Sobrecarga do cuidador

Na maior parte dos casos, o cuidador principal era responsável quase que solitariamente pela maior parte dos cuidados. Os relatos de sobrecarga física e mental permearam muitos dos momentos de cuidado.

(...) às vezes preciso sair um pouco dessa realidade, porque é muito difícil, angustiante, pois além da minha mãe, também cuido de uma irmã (com depressão) e da minha filha, que é adolescente (CUIDADOR SPC1).

É muito difícil! Muito desgastante! (CUIDADOR SPC2).

É muito difícil, pois larguei tudo para cuidar da minha mãe (CUIDADOR SPC3).

A necessidade de cuidado de um familiar idoso fragilizado gera impacto na dinâmica, na economia familiar, no desenvolvimento das relações familiares e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados, gerando sentimentos negativos, de forma que, independentemente da classe social, as famílias enfrentam dificuldades em se reestruturar, devido aos profundos arranjos, à organização e dinâmica intrafamiliares para corresponder às necessidades da pessoa dependente (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; REIS; TRAD, 2015).

Para os cuidadores, o ato de cuidar é uma atividade difícil, se configurando em um evento estressor (SCALCO *et al.*, 2013), sendo, muitas vezes, fruto de uma decisão solitária, sem que haja uma discussão sobre a situação com o grupo familiar ou serviços de saúde, contribuindo para intensificar a tensão familiar (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nadir e Oliveira (2009), em pesquisa com cuidadores de idosos dependentes, constataram que as famílias, ao serem questionadas sobre como se sentem no desempenho desse papel, demonstraram sentimentos negativos e positivos, sendo relatado que o ato de cuidar é uma tarefa difícil e cansativa que requer responsabilidade, dedicação, coragem, paciência e força de vontade.

Durante os momentos de cuidado, além de emergirem o desgaste dos cuidadores, também emergiram relatos de que a situação econômica tinha sido prejudicada com o adoecimento de seu familiar, o que, em alguma dimensão, também aumenta o desgaste do cuidador.

Vi o nosso patrimônio minguar e isso é muito triste porque também nos faz falta. A minha vida mudou muito por isso (CUIDADOR SPC2).

Como eu tive que abandonar tudo, passamos por muitas dificuldades. A aposentadoria dela só dá para (pagar) o aluguel (CUIDADOR SPC3).

Os cuidadores também são influenciados por questões financeiras, devido aos baixos salários, provindos de pensões e aposentadorias, ao desemprego e a impossibilidade de desenvolverem atividades remuneradas, gerando incertezas que envolvem não apenas a saúde do idoso, mas também o dinheiro necessário para o sustento do idoso e da família, fazendo com que, muitas vezes, dependa o cuidador da renda de outras pessoas, coibindo sua liberdade financeira, o que pode agravar seu estado emocional (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; REIS; TRAD, 2015).

5.5.2 Prazer em cuidar

Embora desgastante, o cuidado também se revelou como fonte de prazer, muitas vezes fomentado pelo sentimento de gratidão.

Tenho prazer em cuidar dela, pois sempre foi uma mãe maravilhosa e dedicada (CUIDADOR SPC1).

É difícil, mas eu não me arrependo de ter abandonado tudo. Eu vou cuidar dela enquanto ela for viva. Sou grata por tudo o que ela fez por mim. Me adotou e fez tudo por mim (CUIDADOR SPC3).

Tenho prazer em cuidar desse velhinho. Ele é o amor da minha vida (CUIDADOR SPC4).

Nadir e Oliveira (2009) inferem que além de sentimentos negativos, também são despertados nestes cuidadores sentimentos positivos, como amor, atenção, carinho e prazer.

No presente estudo, a maioria dos cuidadores, em especial as filhas, demonstraram gratidão pelos cuidados recebidos dos pais durante toda a vida. Esse sentimento de gratidão faz com que elas se sintam responsáveis pela realização desse cuidado diário e tenham prazer em cuidar.

Em um estudo sobre representações sociais de cuidadores de idosos sobre o cuidar, os sentimentos positivos envolvidos no tornar-se cuidadora estão relacionados à consideração de seu ente em seu meio familiar, como fruto de retribuição, gratidão, ajuda e desvelo (AGUIAR *et al.*, 2011).

5.5.3 Religiosidade como estratégia de enfrentamento

A fé e fé em Deus revelaram-se como estratégias de enfrentamento mais proeminentes. Percebo, por meio dos discursos durante os momentos de cuidados, uma busca incessante de explicação para o surgimento dos problemas de saúde, atribuindo a Deus tanto o aparecimento, como a resolução de todos os problemas.

A fé em Deus é o que me fortalece para superar as dificuldades (SPC1).

É Deus que me dá força! (CUIDADOR SPC2).

As coisas são muito difíceis, só Deus mesmo para ajudar! (CUIDADOR SPC3).

Tenho fé que as coisas irão melhorar (CUIDADOR SPC5).

Observa-se que a realidade dos cuidadores familiares é entremeada da satisfação em garantir os cuidados necessários para se alcançar a amenização do sofrimento e equilíbrio em meio à adversidade, tendo como ponto estruturante a religiosidade (VIDIGAL *et al.*, 2014). Dessa forma, os cuidadores se fortalecem na fé em busca de ofertar um cuidado efetivo ao idoso dependente.

Isto posto, a crença religiosa pode se mostrar um fator de proteção importante no contexto do cuidado ao idoso dependente, tanto para o cuidador como para idoso (SCHUCK; ANTONI, 2014).

5.5.4 Percepções sobre o Programa Melhor em Casa

Os informantes revelam satisfação com a atuação do programa e seus profissionais. Percebo uma boa relação e construção de vínculo entre os profissionais do PMC e a maioria dos seres pesquisados cuidados e seus cuidadores, por meio do contato inicial do MCTED, no qual tive a oportunidade de ser acompanhada por algum profissional da equipe desse Programa.

Ave Maria se não fosse o (Programa) Melhor em Casa! (CUIDADOR SPC2).

Tenho muito carinho pelos profissionais do Melhor em casa, (...) pelo cuidado que eles têm com meu pai (CUIDADOR SPC4).

Eles dão um suporte muito bom pra gente (CUIDADOR SPC5).

Eu não tenho nada o que dizer do pessoal do Melhor em Casa. (...) mas já está com um tempo que venho pedindo umas coisas pra eles e eles não conseguem (CUIDADOR SPC3).

No que se refere à queixa trazida por uma cuidadora no último relato, é significativo salientar que não é função do programa a aquisição de materiais. Acredita-se que estes relatos advenham da pouca informação sobre a atuação do Programa Melhor em Casa.

Embora ainda sejam escassos na literatura estudos que venham a avaliar o PMC, alguns estudos têm evidenciado satisfação dos usuários com a atuação dos profissionais do programa (FERREIRA *et al.*, 2017).

O Programa Melhor em Casa ganhou força na agenda do Sistema Único de Saúde, destacando-se sua potencialidade na produção de novas formas de cuidar diante de um modelo de atenção ainda fragmentado e focado em procedimentos (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

Este cenário impõe a necessidade de adequação das formas de realizar o cuidado em saúde e explicita a insuficiência do modelo de atenção hegemônico, caracterizado pela centralidade no consumo de procedimentos, pela fragmentação e pelos altos custos. Dessa forma, diante desse contexto, a atenção domiciliar desponta como uma estratégia inovadora capaz de lidar de forma mais adequada com os desafios atuais (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

5.5.5 Percepções sobre o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar

Os seres pesquisados-cuidados revelaram satisfação com a prestação do cuidado e demonstraram gratidão, inferindo ainda que aquele cuidado era importante e singular.

Agradeço por tudo! Seria muito bom se todos os profissionais fossem assim, cuidassem dessa forma. Você mudou a minha vida, lhe tenho como uma filha (SPC1).

Recebi orientações e apoio que nunca tinha recebido antes. Hoje sinto mais segurança para realizar alguns procedimentos com a mãe, (segurança) pra tomar algumas decisões (CUIDADOR SPC1).

Agradeço pelo cuidado, pela atenção, por ter ouvido meus desabafos (CUIDADOR SPC2).

Foi muito bom ter uma enfermeira em casa nos apoiando em tudo (CUIDADOR SPC4).

Obrigado por tudo! Vamos sentir sua falta (CUIDADOR SPC5).

Rodrigues *et al.*, (2016), relatando a experiência da aplicação do MCTED, referem que ao término do processo foi possível perceber que a cliente encontrava-se mais segura, confiante, preparada, amparada e satisfeita.

O referencial de Watson pode contribuir para uma prática profissional do enfermeiro que promova um cuidado para além da dimensão objetiva, incluindo concepções, crenças e valores das famílias, respeitando também a espiritualidade do ser cuidado e do profissional para que ocorra este encontro transpessoal (GOMES *et al.*, 2013).

Assim sendo, o cuidado transpessoal foi capaz despertar sentimentos positivos nos envolvidos, tornando os cuidadores mais seguros e preparados para a realização do cuidado diário, bem como para as dificuldades e situações de emergência.

5.6 Potencialidades e limitações da aplicação do MCTED

O cuidado é considerado o fio condutor da Enfermagem enquanto ciência e profissão, de sua estrutura de conhecimento, de sua evolução. Tanto a prática, quanto a teoria dessa disciplina estão embasadas na forma e na complexidade do cuidado prestado (ROCHA, 2008).

Meleis (2007) destaca que a Enfermagem, por ser uma disciplina orientada para a prática, tem como objetivo de seu desenvolvimento entender as necessidades do cuidado de Enfermagem e aprender a melhor forma de cuidar das pessoas.

Nesta busca por melhores e maiores possibilidades de atender às diferentes necessidades de cuidado, a Enfermagem tem avançado como ciência, desenvolvendo um arcabouço teórico-filosófico denso, que permite subsidiar as diferentes intervenções na área.

Os constituintes desse corpo teórico-filosófico são, segundo Fawcett (2005), classificados e estruturados em um nível decrescente de abstração, e, para isso, propõe uma organização desse conhecimento, a qual é composta pelos seguintes elementos: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos.

Quando este processo de cuidar é embasado teoricamente e estruturado metodologicamente, pode ser visto como diferentes estruturas que possuem um grau de abstração diverso e é capaz de ser classificado como: modelo de cuidado, modelo conceitual, metodologia de cuidado, teoria, entre outros (ROCHA, 2008).

Assim, o Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar configura-se como um modelo de cuidado, uma linha de pensamento estruturado que possibilita a operacionalização do PCC, servindo como subsídio para o alcance do cuidado transpessoal, constituindo-se cognoscível e aplicável.

Um modelo de cuidado é definido como um conjunto teórico, formado por conceitos básicos da Enfermagem e por pressupostos baseados em um referencial teórico-filosófico, cuja função é guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações, e cuja estrutura teórica é representada por um diagrama capaz de orientar a prática do cuidado (WALL, 2008). No caso do MCTED, sua representação gráfica se mostra intuitiva, permitindo a consulta em tempo hábil, caso necessário, durante a aplicação na prestação do cuidado domiciliar.

Seguindo a linha de pensamento do Processo de Cuidar de Lacerda (1996), o MCTED avança no sentido em que consegue sobrepor a esta estrutura os itens do PCC, trazendo concretude e factibilidade ao processo de cuidado transpessoal, ampliando as possibilidades de realização de cuidados guiados pelo referencial de Jean Watson.

Sobre a base teórica do modelo, Favero e Lacerda (2013) refere que o modelo apresenta em sua estrutura os quatro conceitos do metaparadigma da Enfermagem – saúde, ambiente, Enfermagem e ser humano; é composto por pressupostos humanistas baseados na atenção domiciliar à saúde; é formado por conceitos derivados de outros estudos, os quais estão explicitamente apresentados e claramente descritos neste estudo; além dos conceitos do metaparadigma inclui os conceitos de cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, contexto domiciliar, família e cuidador; está graficamente representado em um diagrama capaz de orientar sua aplicação prática.

Assim, o MCTED foi desenvolvido a partir de densa base teórico-metodológica, o que imprime validade ao modelo, proporcionando que os melhores resultados sejam alcançados a partir de sua aplicação.

Nóbrega e Barros (2001) referem que um modelo não é uma teoria que prediz resultados de cuidado e sim uma estrutura de ideias que guia a prática assistencial e deve refletir essa prática. Portanto, os modelos de Enfermagem devem ser vistos como estruturas que servem para guiar, ou ainda, como uma filosofia que sustenta o cuidado de Enfermagem, capaz de oferecer princípios que ajudem a conduzir o cuidado em todas as suas fases, de acordo com a sua complexidade.

A significativa aproximação do modelo com a pesquisa-cuidado favorece ao desenvolvimento de novos estudos, o que pode resultar em contribuições para a prática profissional e também para o aperfeiçoamento do modelo.

No entanto, a aplicação do MCTED por si somente não permite o alcance do cuidado transpessoal, necessitando para isso de situações favoráveis relacionadas ao contexto familiar e ao paciente, como já abordado anteriormente neste estudo.

Esta é uma característica da própria Teoria do Cuidado Transpessoal, evidenciada quando Jean Watson infere que pode-se não alcançar o cuidado transpessoal, portanto, com a aplicação do modelo não poderia ser diferente. O fenômeno da não obtenção do cuidado transpessoal foi observado durante a realização deste estudo, o que provocou reflexões que permitem estruturar três variáveis para o sucesso ou não de sua aplicação: o ambiente, o paciente e o profissional.

É importante que se atente para questões de ambiência (luz, som, temperatura, dentre outros), horário oportuno que vá ao encontro da dinâmica do paciente e do familiar.

Os fatores relacionados ao paciente dizem respeito à motivação para o envolvimento do mesmo com a realização do cuidado, influenciando nesse processo a sua cultura, representação sobre o cuidado de enfermagem e cuidado domiciliar, experiências prévias no o Sistema Único de Saúde, com serviços e profissionais de saúde, outros enfermeiros, compreensão sobre o trabalho de enfermagem, dentre outros.

Quanto aos fatores relativos ao profissional, vão interferir sua compreensão e envolvimento com a teoria do cuidado transpessoal, com o MCTED e o tempo de intervenção compatível com a dinâmica do paciente e sua família.

Diante do exposto, ao que pese as questões relativas ao contexto, o profissional que se encontre seguro no que concerne à base teórico-filosófica que sustenta ao Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar, encontrará neste uma ferramenta oportuna, de fácil entendimento e aplicação que pode subsidiar de forma singular o cuidado transpessoal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implementar uma pesquisa que requeresse a prestação do cuidado ao mesmo tempo em que se pesquisa foi desafiador, uma vez que essas duas ações carregam complexidades inerentes.

A aplicação de um modelo ainda em sua fase de teste foi uma experiência singular, que permitiu um aprofundamento não somente no que se refere a Teoria do Cuidado Transpessoal, mas também a métodos para análise e construção de teorias, referenciais que, até então, conhecia de forma limitada.

A escolha do método de pesquisa foi ao encontro da aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, uma vez que as fases preconizadas pelo modelo possuem relação intrínseca com as fases da pesquisa cuidado, o que facilitou a realização do estudo, levando em consideração tanto a realização do cuidado, como o método utilizado.

A vivência de prestar um cuidado domiciliar ancorado no MCTED e uma nova compreensão sobre os princípios da atenção domiciliar, proporcionado pela pesquisa permitiu ressignificar minha prática como enfermeira, o que representou uma contribuição significativa para minha trajetória profissional.

Embora conhecesse de forma superficial a Teoria do Cuidado Transpessoal, percebi, por meio da realização deste estudo, que na minha prática profissional prestava o cuidado transpessoal, inconscientemente, aos recém-nascidos prematuros e/ou com restrição do crescimento intrauterino. O serviço em que eu atuava propõe a alta hospitalar precoce com o intuito de prevenir as infecções hospitalares e, conseqüentemente, óbitos, passando a receberem acompanhamento domiciliar de uma equipe formada por enfermeiro, neonatologista e agente comunitário de saúde. Realizar esse estudo me fez refletir sobre a minha atuação como enfermeira nos domicílios, fazendo-me perceber que durante esse acompanhamento acabava que perpassando todas as fases preconizadas pelo modelo, atingindo, portanto, o encontro transpessoal. Essa reflexão muito me contentou, uma vez que compreendi que no meu cotidiano de trabalho estava prestando um cuidado responsável, ético e efetivo, tendo um olhar sensível para com o outro.

Atualmente, atuando na gestão de um serviço que presta cuidado domiciliar, percebo a importância de fomentar o cuidado transpessoal e incentivar os outros profissionais a realizá-lo nos seus cotidianos de trabalho.

Durante a realização deste estudo, não foi possível atingir o encontro transpessoal com um dos seres pesquisados-cuidados, o que me proporcionou diversas reflexões. Assim sendo, somente a aplicação do MCTED não permite o alcance do cuidado transpessoal, necessitando de situações favoráveis relacionadas ao contexto familiar, ao paciente e ao profissional. O contexto exerce forte influência sobre a realização do cuidado transpessoal em nível domiciliar, assim, para aplicação efetiva do MCTED, e o consequente alcance do cuidado transpessoal, objetivo mor do modelo, há que se destinar atenção especial para essa dimensão.

O enfermeiro que atua no ambiente domiciliar e utiliza esse modelo deve ter compreensão e envolvimento com a teoria do cuidado transpessoal. Também deve estar preparado para essas situações em que não é possível atingir o encontro transpessoal, para não sentir-se frustrado, devendo levar em consideração a individualidade e subjetividade dos seres humanos. Além disso, o encontro transpessoal não é atingido da mesma forma com todos os pacientes, pois cada um apresenta uma percepção e reação própria e a relação entre pesquisado-cuidado, cuidador e pesquisador-cuidador se constrói e desenvolve de diferentes maneiras, devendo o profissional ter um olhar sensível para compreender a complexidade desse processo.

Assim sendo, acredito que o Modelo de Cuidado Transpessoal traz importante contribuição para a mudança do modelo de atenção, à medida que qualifica o cuidado domiciliar, que é uma dimensão da atenção à saúde ainda frágil no Brasil.

Trata-se de um instrumento factível e cognoscível, capaz de sistematizar a operacionalização do Processo *Clinical Caritas*, o que aumenta a possibilidade de alcançar o cuidado transpessoal. Pode ser trabalhado ainda na graduação de Enfermagem, com vistas a aprimorar a formação no contexto da atenção domiciliar.

Diante do exposto, proponho o desenvolvimento de novos estudos que venham conciliar a pesquisa cuidado com a aplicação do MCTED em outros contextos, podendo resultar na melhoria da prática profissional em ambiente domiciliar e no aperfeiçoamento do modelo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. S. S.; GOMES, I. P.; FERNANDES, M. G. M.; SILVA, A. O. Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 485-490, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a25.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5. p. 1103-12, mai. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017>. Acesso em: 17 out. 2015.

ANDRADE, F. M. M. **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades Educativas do cuidador principal**. 2009. 356 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade de Minho, Braga, Portugal, 2009.

ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, jan./fev. 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006a. Disponível em: <<http://crn3.org.br/wp-content/uploads/2015/09/RES-RDC11-2006.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 20 outubro de 2006. Dispões sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006b. Seção 1, p. 142. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_466.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 963 de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº101, 28 mai. 2013a. Seção 1. p. 30.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.208 de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências, 2013b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Seção 1, n. 116, p. 37. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em 12 Jul. 2015.

BRITO, M. C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Rev. Kairós Gerontolog.**, São Paulo, v. 16, n.3, p.161-78, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>>. Acesso em: 12 de out. 2015.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Cien Saúde Colet.**, v.17, n.3, p. 575-86, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

CANCIAN, F. M., OLIKER, S. J. **Caring and gender**. Walnut Creek: Altamirapress, 2000.

CARVALHO, V. L.; PEREIRA, E. M. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos: desafios e avanços. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 7-17, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2017.

DAL BEM, L.W.; GAIDZINSKI, R. R. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 97-103, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n1/v41n1a12.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

FALEIROS, A. H.; SANTOS, C. A.; MARTINS, C. R.; HOLANDA, R. A.; SOUZA, N. L. S. A.; ARAUJO, C. L. O. Os Desafios do Cuidar: Revisão Bibliografia, Sobrecargas e Satisfações do Cuidador de Idosos. **Janus**, Lorena, n. 21, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/view/1793/1324>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

FAVERO, L. **A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva**. 2009. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

FAVERO, L.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study. **OBJN**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2707/597>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

FAVERO, L. **Construção de um modelo de cuidado transpessoal em enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar de Lacerda**. 2013. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Centro de Ciências da Saúde, Curitiba, 2013.

FAVERO, Luciane; WALL, Marilene Loewen; LACERDA, Maria Ribeiro. **Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.2, pp.534-544. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200032>>. Acesso em 10 Dez. 2017.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1494-1502, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

FERREIRA, R. S.; PEREIRA, L. R.; TELES, M. A. B.; OLIVEIRA, K. C. F.; BARBOSA-MEDEIROS, M. R. Percepção de cuidadores sobre a assistência a pacientes em nutrição enteral no âmbito domiciliar. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 1, p. 303-308, jan. 2017. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/pt/bde-30577>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FIALHO, A. V. M.; PAGLIUCA, L. M. F.; SOARES, E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do Modelo de Barnum. **Rev. Lat-Amerivan. Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 715-720, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a14.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

FREITAS, C. A. S. L. *et al.* Perfil de saúde de idosos institucionalizados em Sobral, Ceará, Brasil. **ReTEP**, Fortaleza, v. 4, n. 4, dez. 2012.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

GALLASSI, C. V.; RAMOS, D. F. H.; KINJO, J. Y.; SOUTO, B. G. A. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci**. v. 39, n. 3, p. 177-85, 2014. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/653/652>>. Acesso em: 21 out. 2015.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 out. 2015.

GOMES, I. M.; SILVA, D. I.; LACERDA, M. R.; MAZZA, V. A.; MÉIER, M. J.; MERCÊS, N. N. A. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 555-561, jul./set. 2013. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300555>.

Acesso em: 5 jun. 2017.

GOTTLIEB, M. G. V.; SCHWANKE, C. H. A.; GOMES, I.; CRUZ, I. B. M. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p.365-380, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2015.

GOYANNA, N. F.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. C. C.; *et al.* Idosos com Doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. **Rev. Fund. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 379-386, abr/jun. 2017. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5037/pdf_1>. Acesso em: 14 jun. 2017.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n.1, p. 122- 134, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

_____. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasília: IBGE; 2015.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=450311&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 out. 2015.

KLAKONSKI, E. A. *et al.* Atuação do Enfermeiro no Atendimento Domiciliar ao Paciente Idoso: Revisão Integrativa da Literatura. **Saúde e Pesquisa**, v.8, Edição Especial, p.161-171, 2015 – ISSN 2176-9206 (on-line). Disponível em:

<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3797/2522>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500036&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar:** vivência do cuidado da enfermeira. 2000. 219f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúd. Sociéd.**, v. 15, n. 2, p. 88-95. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Internação domiciliar: uma experiência de sucesso. *In:* CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Seção Santa Catarina, 1999.

_____. **Cuidado Transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar.** 1996. 107f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; PRZENYCZKA, R. A.; CAMARGO, T. B. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da Enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 843-848, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

LEMOS, J. A. **Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes.** 2012. 124f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Ativo) - Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2012.

LIMA, C. F. M.; RIVEMALES, M. C. C.. Corpo e envelhecimento: uma reflexão. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 153-166, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/22236/26997>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

LOUREIRO, N. V. **A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência.** 2009. 172f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2009.

MAIA, G. F. Corpo e velhice na contemporaneidade. **Estud. Pesq. Psic. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 704-711, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a11.pdf>>. Acesso em: 17 dez 2015.

MARTINS NETO, M. J. **A sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes no Concelho de Belmonte.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitário) - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, 2014.

MATHIAS, J. J. S.; ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R.. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19, n.3, p.332-337. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

MELEIS A. I. **Theoretical nursing**: development and progress. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins, 2012.

MELEIS A. I. **Theoretical nursing**: development and progress. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins, 2007.

MENDONÇA, M. P.; SQUASSONI, C. E.; ZANNI, K. P. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 99-115, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11437>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

NADIR, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 428-435. jul./set. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9025/5011>>. Acesso em: 15 set. 2017.

NERI, A. L. CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. *In*: E. V. Freitas & col. (eds.), **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NEVES, E. P.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 11, n. 1, p.73-79, jan/abr. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5980/4280>>. Acesso em: 25 out. 2015.

NÓBREGA, M. M. L.; BARROS, A. L. B. L. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 74-80, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n1/v54n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

NUNES, A. M. (2017, outubro-dezembro). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. **Rev. Kairós Gerontolo**. São Paulo, v. 20, n.4, p. 49-71, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/36132/24842>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BUDÓ, M. L. D.; KRUSE M. H. L.; BEUTER, M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 591-599, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300014&lng=en>. Acesso em: 10 fev. 2018.

OLIVEIRA NETO; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulg. saúde debate**. n. 51, p. 58-71. out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

_____. **Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050**. 2014. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>> Acesso em: 22 jul. 2016.

_____. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

PALÁCIOS, J. Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice. *In*: COLL; PALACIOS; MARCHESI. **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva**. 2°ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, M. A. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-736, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

PENHA, R. M. **A espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: análise de conceito**. Tese, 244f. Doutorado (Enfermagem na Saúde do Adulto) – Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

PEREIRA, M. F. C. **Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatológica**. 2008. 204f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2008.

PESSOA, S. 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. 16, p. 87-92, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a20.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 261-268, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Rev Psicologia: Teoria e Prática**. v. 17, n. 3, p. 28-41, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6992/5526>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

ROCHA, P. K. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem**. 2008. 110f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RODRIGUES, J. A. P.; LACERDA, M. R.; FAVERO, L.; GOMES, I. M.; MÉIER, M. J.; WALL, M. L. Modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar de Favero e Lacerda: relato de caso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e58271, set. 2016. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160358271.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 855-863, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2017.

SCALCO, J. C.; TAVARES, K. O.; VIEIRA, L.; SILVA J. R.; BASTOS, C. C. C. B. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Rev. Kairós Geront.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 191-208, mar. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19072/14233>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n4/01.pdf>>. Acesso em: 12 de out. 2015.

SILVA, L. K.; SENA, R. R.; SILVA, P. M.; SOUZA, C. G.; MARTINS, A. C. S. Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 13, n. 3, p. 503-510, jul./set., 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19227>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n.1, p.166-176. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em 14 out. 2015.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SILVA, P. M.; BRAGA, P. P.; SOUZA, C. G. Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte/Minas Gerais (Brazil). **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300014>. Acesso em: 3 jun. 2017.

SOBRAL, Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Territorialização: Vila União e Terrenos Novos**. Sobral: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 55p.

SOUZA, L. X. M.; CARVALHAIS, M. D.; CARVALHAIS, L. D. O cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes: cuidados domiciliares, hospitalares e continuados. **Rev. Elet. Enferm.**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 644-653, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a22.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SCHUCK, L. M.; DE ANTONI, C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 941-951, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 jun. 2017.

TAKAHASHI, R. F, OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família**. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46.

TALENTO, B. Jean Watson. (pág. 253). In: George. J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Artmed Editora. Porto Alegre. 2000.

TAVARES, V. O.; TEIXEIRA, K. M. D.; WAJNMAN, S.; LORETO, M. D. S. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Texto Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 94-108, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/8725>>. Acesso em: 25 out. 2015.

TONIN, L. **Aplicação do modelo de cuidado transpessoal em enfermagem domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

TONIN, L. *et al*. Guia para a realização dos elementos do Processo *Clinical Caritas*. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2017, 21 (4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0034.pdf>. Acesso em: 10 Dez. 2017.

VIDIGAL, F. C.; FERRARI, R. F. R.; RODRIGUES, D. M. M. R.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A.; CARREIRA, L. Satisfação em cuidar de idosos com Alzheimer: percepção dos cuidadores familiares. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 768-775, out./dez. 2014. disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36739/23949>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care**. New York: National League for Nursing; 1988.

WATSON, J. Caring Knowledge and informed moral passion: In: NICOLL, L.H. **Perspectives on nursing theory**. New York: Lippincott Press; 1997.

WATSON, J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

WATSON CARE SCIENCE INSTITUTE. **Caring Science Theory**. 2016. Disponível em: <<https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

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

WATSON, J. Watson's Theory of Human Caring and subjective living experiences: carative factor. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-135, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

ZAGONEL, I. P. S. *et al.* Pesquisa-cuidado da teoria à prática. *In*: LACERDA, M. R., COSTENARO, R. G. S. (orgs.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Editora Moriá, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA IDOSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA E/OU CUIDADORES

Prezado(a) Senhor(a):

Sou **Natália Frota Goyanna**, estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Cuidado Domiciliar ao Idoso: Abordagem à Luz do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar**”, com o objetivo de aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar proposto por Favero e Lacerda (2013), a partir do Processo de Cuidar em domicílio de Lacerda (1996) com idosos restritos ao leito, acompanhados pelo Programa Melhor em Casa.

Neste sentido, peço sua colaboração na participação da pesquisa. Para essa participação precisarei que permita a realização de cuidados a partir da aplicação do modelo citado anteriormente. As falas serão gravadas, sendo preservado o anonimato.

Quanto a divulgação dos resultados, pode ficar seguro (a) de que sob hipótese alguma será revelada qualquer identidade.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos você tem o direito e a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; o anonimato das informações; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação de informações identificadas e que não será prejudicado(a) em qualquer instância dentro de qualquer instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

Natália Frota Goyanna

Avenida Margarida Moura, 1114 – Bairro Jerônimo de Medeiros Prado – Sobral/CE

Telefone: (88) 99602- 6892

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará.

Telefone: 3677-4255.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pelos pesquisadores **Natália Frota Goyanna (mestranda)** e **Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (orientadora)**, compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa.

Sobral, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO SPC
Idade Sexo: Estado Civil: Ocupação anterior: Naturalidade: Patologia: Religião: Cuidadora principal:
(Nº) Encontro
Data: Horas de cuidado realizada: Local: Envolvidos no cuidado: Parte Descritiva do Diário de Campo Operacionalização do MCTED Fase do MCTED: Utilização de pressupostos: Elementos do Processo Clinical Caritas: Reflexões e avaliação da ação de cuidado:
Total de horas de cuidado:

APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 1

DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 1 (SPC 1)
<p>Idade 70 anos</p> <p>Sexo: Feminino</p> <p>Estado Civil: Separada</p> <p>Ocupação anterior: Professora</p> <p>Naturalidade: Sobralense</p> <p>Patologia: CA de tireóide com metástase pulmonar</p> <p>Religião: Católica</p> <p>Cuidadora principal: Filha mais nova (32 anos)</p>
1º Encontro SPC 1
<p>Data: 11/01/2017</p> <p>Horas de cuidado realizada: 50min</p> <p>Local: domicílio da família</p> <p>Envolvidos no cuidado: Idosa, filha mais velha, enfermeira, acadêmica de enfermagem e técnica de enfermagem do Programa Melhor em Casa.</p> <p>Parte Descritiva do Diário de Campo</p> <p>Operacionalização do MCTED</p> <p>Contato Inicial: Realizado no dia 06 de janeiro de 2017, juntamente com uma técnica de enfermagem do Programa Melhor em Casa (PMC) e uma acadêmica de enfermagem. Neste encontro, deu-se início com a abordagem da técnica de enfermagem do PMC, que aferiu a pressão da idosa, indagou sobre o seu estado de saúde e me apresentou para a filha. Neste momento, relatei os objetivos do estudo, investiguei o interesse da idosa e filha em participar e solicitei autorização para dar continuidade ao cuidado em dias e horários pré-agendados. A cuidadora principal não estava presente neste primeiro encontro, porém a idosa demonstrou muito interesse em participar e a filha que estava em casa referiu que sua irmã também confirmaria a participação. Essa idosa e sua família foi selecionada para ser a primeira a receber o cuidado transpessoal por meio do MCTED por indicação da equipe do PMC, uma vez que tratava-se de uma família muito receptiva e colaborativa. Desde o início, a idosa me</p>

acolheu com muito carinho, relatando um pouco sobre o seu processo de adoecimento, enfatizando que muito lhe incomoda não poder sair de casa, ir fazer compras no supermercado e sobre as suas atividades de lazer, que se resumem em assistir televisão (principalmente canais religiosos), ler livros e fazer crochê. Ressalta que gosta de se cuidar, se arrumar, ficar bonita para passear. Nesse momento, sorri. Segurou na minha mão e me conduziu até a sala para me mostrar as fotos de toda a família (filhos e netos). Finalizamos com o agendamento do próximo encontro e com o discurso da idosa sobre a satisfação de me receber em sua casa e do prazer em receber esse cuidado. Neste momento, fiquei emocionada e nos abraçamos. Agendei retorno para dia 18 de janeiro de 2017.

Utilização de pressupostos: Neste encontro, pude perceber a utilização do pressuposto 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro; pressuposto 5 - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal; pressuposto 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Neste momento, utilizei os seguintes elementos do Processo Clinical Caritas: 4 - Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança; 5 - Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos provenientes de si e do outro; 7 - Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino e aprendizagem que atendam a pessoa inteira, e seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: O momento foi importante para conhecer um pouco sobre a vida da idosa, sua dinâmica de vida e sua família. Percebi a necessidade do familiar responsável pelo cuidado estar presente nos momentos, pois senti falta de ouvi-la, de perceber como era a realização do cuidado diário, da rotina daquela família, já que a filha encontrava-se ausente. A outra filha que estava presente ficou um tanto alheia, não se envolvendo muito no momento do cuidado. Senti que o cuidado diário ficava somente sob a responsabilidade da outra filha (mais nova). A interação com a idosa fluiu naturalmente, parecia que já me conhecia há algum tempo, o que proporcionou um encontro agradável. Senti a necessidade de me preparar profissional e psicologicamente para o cuidado transpessoal no ambiente domiciliar, através de oração e reflexão diária. Identifico nesse encontro necessidade de ventilação e de sexualidade.

2º Encontro SPC 1

Data: 18/01/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 05 min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filha (cuidadora principal) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo

Contato Inicial e Aproximação: Dei início ao encontro chegando no domicílio da idosa e chamando-a pelo nome. Imediatamente fui recebida com um caloroso abraço e apresentada a sua outra filha (cuidadora principal). Fui convidada a me sentar na sala. Apresentei novamente os objetivos do estudo e a filha já demonstrou interesse em participar. Comecei a realizar perguntas sobre o estado de saúde da idosa, com o intuito de compreender um pouco sobre o seu histórico familiar e de saúde. Tive a oportunidade de conhecer um pouco sobre as medicações utilizadas, rotina de limpeza do traqueostomo, padrão de sono, uso de aerossol, entre outros assuntos. Foi proporcionado um diálogo muito produtivo, sendo construído um vínculo de confiança, já que consegui obter informações íntimas, sendo relatado diversos assuntos da sua vida, fazendo um resumo dos acontecimentos, que englobaram desde a sua infância, quando perdeu sua mãe aos três anos e seu pai aos quatro anos, passando a viver e ser educada pelos avós; até aos dias atuais. Fez um relato do seu amor pela profissão que desempenhou por trinta anos, dos motivos pelos quais se separou do esposo e pelo amor que tinha pelos filhos, dedicando toda uma vida a eles. Posteriormente, falou um pouco sobre a origem da doença (câncer de tireóide), diagnosticado há cerca de 15 anos, sendo realizado tratamento desde o diagnóstico. Relata também que naquela época teve depressão, apresentando insônia e muito medo de morrer. Desde então, faz uso de medicação. Filha discretamente, em um momento de distração da mãe, fala em voz muito baixa, quase sussurrando, que a mãe tem metástase pulmonar e que os médicos referiram que não adianta mais realizar tratamento, porém ela não tem conhecimento disso. Falei um pouco sobre a minha vivência com minha mãe, quando foi diagnosticada há quatro anos com câncer de mama. Pude acompanhá-la desde o diagnóstico até o final do tratamento e reconheci o quão difícil foi viver tudo aquilo, mas que a fé e a união da família é que nos fortalece para superar as adversidades. Mãe e filha ouviram atentamente tudo o que eu falava e pude sentir o quanto estavam se identificando com o meu discurso. A idosa ressalta que já passou por muita coisa na vida, mas que agradece a Deus pelo dom da vida, por poder compartilhar sua vida com os filhos porque “viver é muito bom”. Neste momento, pega na minha mão e refere que a filha é uma “santa”, que cuida muito bem dela. A filha aproveita a oportunidade e ressalta que ela cuida tão bem dela porque sempre foi uma mãe maravilhosa e dedicada. Ouvi com muita atenção e fiquei extremamente feliz em poder participar deste momento, me senti parte integrante daquela família, honrada por poder compartilhar das suas histórias mais íntimas e dos seus sentimentos. A todo momento, me senti tocada por aquela experiência. O momento foi encerrado após esse prazeroso diálogo, sendo agendado o próximo encontro para o dia 23 de janeiro de 2017. A idosa e a filha agradecem pelo momento, por terem sido ouvidas com atenção, enfatizando que esperarão ansiosamente pelo novo encontro.

Utilização de pressupostos: Neste momento, pude utilizar os pressupostos 2 - O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal; 3 - A aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal; 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro; 5 - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal; 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características

imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano; 7 - A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira; 8 – Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituído, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Elementos do Processo Clínico Caritas: Neste momento, utilizei os seguintes elementos do Processo Clínico Caritas: 1 – Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado. É o amor/amabilidade e equidade para si e para o outro; 2 – Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado compatível com sua liberdade; 3 – Cultivar práticas espirituais próprias e um “self” transpessoal que vai além do próprio ego. Abertura ao outro com sensibilidade e compaixão; 4 – Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança; 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com o ser para o cuidado; 6 – Uso criativo do “self” e de todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, para engajamento em um processo de recuperação em saúde por intermédio da arte.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Realizar uma preparação espiritual através de autorreflexão e oração me confortou, acalmou, sendo relevante para que eu esteja bem para cuidar, confortar o outro. Conhecer a cuidadora (filha mais nova) foi estruturante. Ela, assim como a mãe, mostrou-se com desejo de vivenciar essa experiência de ser cuidada de forma transpessoal. Conhecer a fundo a sua história de vida, seus sentimentos, relacionamentos familiares me possibilitou compreender as reais necessidades de cuidado dessa família. Poder compartilhar um pouco da vivência que tive ao acompanhar minha mãe no tratamento para neoplasia mamária também contribuiu o fortalecimento do vínculo de confiança entre eu, a mãe e a filha. Senti-me tocada ao compreender que aquela família estava confiando a mim assuntos pessoais, de extrema representatividade. Foi muito prazeroso vivenciar aquele momento. Cuidei e me senti cuidada. Através desse momento, pude identificar algumas necessidades de cuidado da idosa, que serão abordadas nos encontros posteriores. Neste encontro, foram identificadas necessidades de ventilação (traqueóstomo).

3º Encontro SPC 1

Data: 23/01/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 20min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filha (cuidadora principal) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo:

Cheguei ao domicílio e já pude avistar SPC 1 sentada numa cadeira na sala. Desejei um bom dia e já fui gentilmente recepcionada. Referiu que já estava me aguardando. Perguntei como

estava e com um sorriso respondeu que estava bem. Iniciei orientando quanto ao manuseio com o traqueóstomo, demonstrando para a cuidadora como deve ser realizado a limpeza. A cuidadora ressaltou que não sabia todas as técnicas, sendo muito importante aprender a forma correta de fazer essa limpeza. Posteriormente, falei um pouco sobre o risco de sufocação, enfatizando a necessidade de realizar a aspiração do traqueóstomo quando percebesse a existência de muita secreção. A cuidadora disse que não sentia-se segura para fazer esse procedimento, pois nenhum profissional havia lhe ensinado, mas que tinha muito interesse de aprender para uma situação de emergência. Ensinei a técnica correta de aspiração e a cuidadora ressaltou que agora sentia-se segura para realizar tal procedimento. A filha ressaltava ainda a importância de receber orientações acerca do manuseio, limpeza com o traqueóstomo e da aspiração. Quando a mãe teve pneumonia no ano anterior, precisava realizar a aspiração traqueal e ela não sentia-se segura para isso. Refere ainda que nesse período a mãe ficou internada por um longo período. SPC 1 refere que só consegue dormir em rede, pois dessa forma consegue ficar inclinada, a fim de evitar os engasgos ao tossir. Indiquei o uso de um protetor de traqueóstomo, principalmente para que possa realizar os seus passeios, já que em encontros passados indicou que sente falta de sair de casa. Com o intuito de evitar quedas, orientei sobre a necessidade de deixar o domicílio mais iluminado, retirar móveis do meio da casa, principalmente dos corredores que eram estreitos, de colocar barras e tapetes antiderrapantes no banheiro e de deixar o ambiente com alguma iluminação durante a noite, já que ela acorda diversas vezes para ir ao banheiro. SPC 1 e sua filha reconheceram a importância das orientações e referiram que irão realizar as adaptações necessárias no domicílio. Durante todo o encontro, a idosa segurava a minha mão, demonstrando muita confiança. Ao realizar as orientações, olhava nos olhos delas, explicando com muita tranquilidade e tentando minimizar todas as dúvidas apresentadas. O momento foi finalizado com o agendamento do próximo encontro, que ocorrerá no dia 25 de janeiro de 2017. Em seguida, nos abraçamos e fui embora.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados nesse encontro foram 2, 3, 6, 7 e 8, já apresentados anteriormente.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Os elementos utilizados nesse encontro foram 1, 2, 4, 5, 8 – Criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis (físico-não físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados e 9 – Com reverência, e respeito, assistir as necessidades básicas, manter a intencionalidade consciencial, ou seja, a consciência intencional do 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.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Senti-me preparada pessoal e profissionalmente para a realização do cuidado. O interesse em cuidar evolui a cada encontro e percebo-me mais envolvida com as necessidades da família, com o cuidado. Tenho desejo de estar nesse domicílio, de compartilhar momentos com essa família. O ambiente domiciliar se caracteriza como um local único, produtivo, onde a troca de experiências tem se dado de forma extremamente prazerosa. Percebi como a filha ficou satisfeita com as orientações recebidas. Neste encontro, foram contempladas algumas necessidades de ordem inferior (ventilação e atividade-inatividade).

4º Encontro SPC 1

Data: 25/01/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filhas e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo:

Cheguei ao domicílio, chamando a idosa e sua cuidadora pelo nome e, como sempre, fui acolhida com um sorriso no rosto e um caloroso abraço. Ficamos na sala, como nas outras vezes. Inicialmente, fiz uma investigação acerca do seu sono, se era restaurador, se acordava durante a noite e realizei algumas orientações para melhorar o padrão do sono, como o controle do ambiente, enfatizando na luminosidade e barulho e sobre o uso dos medicamentos prescritos. A idosa refere que se tomar a medicação consegue dormir bem, acorda uma ou duas vezes durante a noite para ir ao banheiro, mas ao deitar-se consegue dormir novamente. Ressalta que se passar um dia sem tomar a medicação, já não consegue dormir. Encontra-se dependente da medicação para dormir, fazendo uso da mesma há cerca de quinze anos. Nesse momento, a filha mais velha aparece na sala, sorri e oferece um suco de maracujá, demonstrando todo o seu cuidado comigo. Aceito o suco e percebo a satisfação delas. Posteriormente, orientei a realização de exercícios físicos leves que possibilite a mobilidade articular e sobre a importância de uma dieta balanceada e saudável, exemplificando os tipos de alimentos a serem ingeridos. A idosa refere que o fisioterapeuta do PMC ensinou alguns exercícios físicos e respiratórios a serem realizados. Enfatizo a necessidade e importância de ter uma rotina de realização desses exercícios. Quanto às atividades de recreação, investiguei se além de ler, assistir televisão e fazer crochê tinha mais alguma coisa que gostava de fazer, que lhe distraia. SPC 1 refere que gosta de ouvir música, pois lhe lembra o passado, um tempo bom, em que tinha muitos amigos e gostava de ir às festas nos clubes da cidade para dançar. Nesse momento, dar uma gargalhada e aperta forte minha mão. Enfatiza novamente a falta que sente de sair, ir ao supermercado, fazer compras. Ressalto que fiz uma pesquisa sobre o protetor do traqueóstomo e descubro que pode ser feito de crochê. Trago a imagem de um e a incentivo a fazer. Demonstra muito interesse e satisfação e refere que irá fazer um de cada cor para combinar com a roupa. Em todo o encontro, a filha (cuidadora) participa do diálogo e me chama pelo nome, dando importância às orientações realizadas. A idosa está sentada ao meu lado e, a todo momento, olha pra mim, sorri, toca o meu braço ou segura a minha mão. O momento foi finalizado com o agendamento do próximo encontro, que será no dia 31 de janeiro de 2017. Ao sair, ela me abraça fortemente, sorri e me chama de filha.

Utilização de pressupostos: Todos os pressupostos do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar foram utilizados. Dessa forma, o cuidado transpessoal aconteceu durante o momento de cuidado (pressuposto 1).

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro, algumas necessidades de ordem inferior (alimento e líquido, atividade-inatividade) e de ordem superior (realização e associação). O cuidado transpessoal aconteceu efetivamente, porém não senti que eu e a ser cuidada estávamos preparadas para a separação. Ressaltei que a separação ocorreria posteriormente e senti a necessidade de me preparar espiritualmente para essa nova fase. Neste dia, apesar de ter me preparado para o momento, encontrava-me um tanto triste e angustiada com alguns problemas pessoais, porém senti-me transformada com a autoestima e alegria da ser cuidada, apesar de vivenciar desafios no seu dia a dia, ela era grata pelo simples fato de estar viva e compartilhar a sua vida ao lado dos seus filhos e netos.

5º Encontro SPC 1

Data: 31/01/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 20min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filha e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Como nas outras vezes, fui muito bem recebida por SPC 1 e sua filha. Assim que cheguei, me convidaram para sentar (a idosa colocou a minha cadeira bem próxima a dela) e a idosa me falou que desde o final de semana estava gripada, mas que agora estava um pouco melhor. Pergunto se a visita estava incomodando e a filha refere que desde o dia anterior à noite, ela estava ansiosa pela visita. Iniciei com orientações acerca do ciclo de vida, da importância da espiritualidade e de valorizar as coisas e momentos importantes da vida. Conversei sobre o poder da oração e da fé nesse processo de recuperação. Essas temáticas despertaram enorme interesse dos envolvidos, iniciando um diálogo bem produtivo. Depois dediquei um tempo para um diálogo com a cuidadora. Conversamos sobre os seus sentimentos no que se refere à tarefa de cuidar, enfatizando a importância de ter momentos para o seu autocuidado, para atividades de lazer. Nesse momento, a cuidadora teve a oportunidade de falar um pouco sobre as suas angústias, relatando que às vezes necessitava sair um pouco para descansar a cabeça, pois além do cuidado com a mãe, tinha que cuidar da irmã que vive com depressão e da filha, que é uma adolescente. Ressaltou a importância daquele momento, em como sentia-se bem em poder desabafar, falar um pouco dos seus sentimentos. Ela me olhou profundamente e agradeceu pelo momento. Desde o quarto encontro, havia se estabelecido o encontro transpessoal, porém não sentia que os envolvidos estavam preparados para a separação, embora tivesse sido anunciada desde o primeiro encontro. Nesse encontro, além de me sentir preparada, senti que o ser cuidado e sua filha estavam mais fortalecidas. Elas falaram sobre a importância do cuidado realizado, de como seria bom se todos os profissionais de saúde cuidassem dessa forma, que mudou a vida delas. A filha ressaltou que recebeu orientações/apoio que nunca havia recebido antes, que hoje sentia-se mais segura para realizar alguns procedimentos com a mãe, de tomar algumas decisões. Despedimo-nos com um abraço caloroso. Deixei meu contato para qualquer coisa que precisassem. SPC 1 solicitou que eu levasse meu filho para

que ela pudesse conhecê-lo e agradeceu por tudo.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 1,3,6,7 e 8.

Elementos do Processo Clínical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 – Dar abertura e atender aos mistérios espirituais, e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Reflexão e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro algumas necessidades de ordem superior (realização, associação e auto-realização) foram alcançadas. Essa vivência foi transformadora. Conhecer essa família me fez perceber que temos problemas irrelevantes, que a força do amor, da união e da fé é capaz de transformar tudo. Temos uma idosa fragilizada, vivendo com sérios problemas de saúde, sem prognóstico, mas com uma alegria de viver contagiante. Temos também uma filha jovem, amorosa, que dedica diariamente a sua vida aos cuidados da mãe, da irmã que vive com depressão e da filha adolescente. Esse cuidado é feito de forma tão leve que rapidamente percebe-se o amor que ela coloca em tudo o que faz. Dessa forma, fiz uma reflexão acerca dessa vivência e pude perceber que já realizava o cuidado transpessoal na minha rotina de trabalho no acompanhamento de bebês prematuros e de suas mães no ambiente domiciliar, mesmo sem o conhecimento prévio desse modelo de cuidado. Ter essa certeza foi extremamente gratificante.

Total de horas de cuidado: 5h 45min

APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 2

DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 2 (SPC 2)
<p>Idade: 73 anos</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Estado Civil: Casado</p> <p>Ocupação anterior: Pecuarista</p> <p>Naturalidade: Cariré</p> <p>Patologia: Alzheimer, Parkinson e CA de pele</p> <p>Religião: Católica</p> <p>Cuidadora principal: Esposa (66 anos)</p>
1º Encontro SPC 2
<p>Data: 03/02/2017</p> <p>Horas de cuidado realizada: 1h 05min</p> <p>Local: domicílio da família</p> <p>Envolvidos no cuidado: esposa, técnica de enfermagem e enfermeira</p> <p>Parte Descritiva do Diário de Campo</p> <p>Operacionalização do MCTED</p> <p>Contato Inicial: Cheguei ao domicílio, acompanhada de uma técnica de enfermagem do Programa Melhor em Casa. Fomos recepcionadas pela esposa do ser pesquisado-cuidado (SPC), que nos conduziu até a cozinha, onde ele estava sentado em uma poltrona confortável, com o som ligado, ouvindo um programa de notícias locais. Imediatamente, a técnica de enfermagem iniciou o seu atendimento, realizando algumas perguntas sobre o seu estado de saúde e depois aferiu sua pressão. Posteriormente, ela me apresentou ao SPC e sua esposa. Aproveitei a oportunidade e expliquei um pouco sobre o estudo e seus objetivos. Nesse momento, o idoso pareceu um tanto alheio à situação, sem interagir. Limitava-se a responder as perguntas direcionadas a ele. A esposa referiu desejo de participar do estudo e perguntou ao esposo se aceitava e ele concordou. Sinto que naquele momento respondeu positivamente de forma mecânica, pois não compreendia o que havíamos perguntado. Procurei compreender melhor sobre a história de vida do SPC e do seu processo de adoecimento. Ao fazer perguntas, percebi que a esposa sempre se adianta e responde por ele. A esposa refere que</p>

anteriormente O idoso ingeria muita bebida alcoólica e era bem ausente de casa. Há cerca de quatro anos, começou alguns sintomas “estranhos”, como tonturas recorrentes, desmaios e quedas. Ao identificar esses sintomas, levou o esposo ao neurologista, que após realização de exames diagnosticou Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer. Após isso, viveu momentos difíceis, ficando um período internado. Diante da dificuldade de se alimentar, foi realizado uma gastrostomia. Esposa enfatiza importância do Programa Melhor em Casa no seu processo de recuperação. Refere que ele havia ficado muito ruim, mas que hoje encontrava-se bem melhor. Não realiza as suas atividades de vida diária sozinho, necessitando de apoio da esposa e secretária do lar. Com o desejo de interagir mais com o SPC, pergunto sobre o que gosta de fazer e ele imediatamente responde que gosta de assistir televisão e ouvir rádio. A esposa refere que ele só assiste os jornais e a TV Senado. Referem também que ele assiste, ouve rádio, porém não consegue repassar uma informação do que estava assistindo/ouvindo. Percebo que ele fica a maior parte do tempo sem conversar, interagir com as outras pessoas. A esposa começa a conversar sobre a sua família, referindo que tem dois filhos, uma filha e quatro netos. Refere que a filha teve gêmeos e que nasceram prematuros, ficando internados por um longo período. Compartilho também um pouco da minha vivência como mãe de bebê prematuro. A técnica de enfermagem participa do diálogo, porém se mantém calada na maioria do tempo, tentando nos deixar bem à vontade. O momento foi encerrado com o agendamento do próximo encontro para o dia 10 de fevereiro de 2017. Nos despedimos e a cuidadora nos acompanhou até a porta, sugerindo que no próximo encontro eu a chame na lateral da casa, pois a campainha não está funcionando. Fico contente com a sua preocupação/cuidado para comigo.

Utilização de pressupostos: Durante o encontro, foram utilizados os pressupostos 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro; 5 - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal e 7 - A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Os elementos utilizados durante esse encontro foram 3 – Cultivar práticas espirituais próprias e um “self” transpessoal que vai além do próprio ego. Abertura ao outro com sensibilidade e compaixão; 4 - Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança; 5 - Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos provenientes de si e do outro; 7 - Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino e aprendizagem que atendam a pessoa inteira, e seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Como já havia aplicado o modelo com outra idosa, já reconhecia a necessidade de me preparar previamente para a realização do cuidado. Dessa forma, realizei autorreflexão e orações antes de ir ao domicílio pela primeira vez, o que ajuda a manter-me aberta espiritualmente, a ouvir o outro com sensibilidade. Percebo que a família acolhe bem a equipe do Programa Melhor em Casa, reconhecendo a importância do trabalho desempenhado por essa equipe e acolhe a proposta do estudo, demonstrando o interesse de participar. O diálogo ocorreu de forma leve e proporcionou um bom conhecimento da vida do ser pesquisado-cuidado, do processo de adoecimento e da dinâmica familiar. Acredito que os objetivos do momento foram contemplados. Neste encontro, foram

identificados algumas necessidades de cuidado de ordem inferior (alimento e líquido, atividade-inatividade) e de ordem superior (associação).

2º Encontro SPC 2

Data: 10/02/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa, secretária do lar e enfermeira.

Parte Descritiva do Diário de Campo

Operacionalização do MCTED

Contato Inicial e Aproximação: Após alguns minutos tentando descobrir se alguém estava em casa, pois a casa não tinha campainha, o que nos obrigou a chamar pelo nome do paciente, até sermos atendidos. A cuidadora principal, e esposa, veio gentilmente nos receber à porta, onde, inicialmente, resgatamos os objetivos e motivos da visita. Ela nos levou a cozinha, onde estava o SPC. Este encontrava-se sentado em uma poltrona de forma confortável, sem camisa, com alguns curativos na cabeça e na testa, referentes a lesões ocasionadas pelo ato do paciente de “descascar e coçar” as lesões na pele. Encontrava-se ainda com um pano limpo cobrindo a sonda da gastrostomia. O ambiente encontrava-se limpo e organizado, com os móveis organizados junto às paredes para não “criar obstáculos” (esposa) à deambulação do paciente. Nessa oportunidade foi possível conhecer mais sobre as condições e histórico de saúde do paciente e sua esposa, um pouco sobre a dinâmica da casa, sobre os filhos, alimentação, rotinas, dentre outros aspectos. Durante o encontro, paciente mostrou-se lúcido, respondendo às perguntas, embora o discurso fosse limitado. Sua esposa mostrou-se muito colaborativa, e por vezes deixou transparecer o desgaste físico e mental que vinha sofrendo nos últimos 4 anos, tempo em que iniciou o quadro patológico do ser pesquisado-cuidado. A esposa apresenta-se bastante consciente, ativa e demonstra muita vitalidade e com aparência bem cuidada: cabelo bem cortado, tingido, bem penteada, vestido alinhado para o contexto domiciliar, com expressões compatíveis com sua idade. Ressaltou ainda as grandes transformações as quais foi submetida desde o adoecimento do marido, sendo estas transformações na dimensão financeira, dinâmica do lar e envolvendo seu próprio estado de saúde, uma vez que referiu ter desenvolvido depressão a partir do adoecimento do marido. Relata que antes da doença, o esposo bebia muito e era ausente e que agora estava sendo agressivo com ela, desconfiando da sua honestidade, fidelidade. Reconhece que o esposo está doente, mas refere ser muito difícil dedicar a vida para o cuidado e ser destrutada dessa forma. Relata ainda que o marido tinha várias fazendas e que eles tinham condições financeiras favoráveis, porém diante da estiagem e adoecimento do esposo, eles tiveram que vender muitos bens e tiveram que se adaptar a essa nova fase, com controle dos recursos financeiros. Ressalta que foi muito difícil passar por tudo isso. Ouvi atentamente todas as suas queixas, segurei em suas mãos e ofereci suporte psicológico, orientando acerca da necessidade de ter atividades de recreação. Ela refere que tem um grupo de amigas que se reúne uma vez por mês e que suas atividades de lazer se resumem a esse encontro mensal,

visita aos netos e idas a igreja. Ressalto a importância da fé no enfrentamento desses desafios. Ao término da visita, ela nos apresentou seu mural de fotografias, onde nos mostrou sua família, filhos, netos, genros e noras. O SPC reagiu bem a visita, no entanto a resposta da cuidadora foi muito mais satisfatória, parecendo que naquela oportunidade ela tinha encontrado alguém que lhe ouvisse as dificuldades, transformações e sentimentos relativos ao adoecimento do marido. Compreendeu a realização da etapa inicial do modelo de cuidado domiciliar transpessoal. Durante todo o encontro, a secretária do lar participou de forma ativa e participativa, o que me fez sentir que era uma pessoa de confiança da família.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro; 5 - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal; 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano; 7 - A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira e 8 – Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituidor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Elementos do Processo Clínico Caritas: Neste momento, utilizei os seguintes elementos do Processo Clínico Caritas: 1 – Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado. É o amor/amabilidade e equidade para si e para o outro; 2 – Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado compatível com sua liberdade; 4 - Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança e 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com o ser para o cuidado.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Nessa oportunidade, foram abordadas questões gerais de saúde-doença, bem como da vida e dinâmica familiar do SPC e sua cuidadora, no intuito de reunir elementos que pudessem sinalizar necessidades de cuidado. A conversa se deu de forma fluida e bastante agradável, de forma que não interferiu na dinâmica da família e nem configurou momento desagradável ou estressante para ambos. Percebo que a esposa está cansada, sobrecarregada, necessitando de cuidados. Ao fim, conseguimos alcançar os objetivos desse primeiro encontro. Neste encontro, foram alcançadas algumas necessidades de ordem inferior (alimento e líquido) e de ordem superior (realização e associação).

3º Encontro SPC 2

Data: 14/02/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 00 min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa e enfermeira

Parte descritiva do diário de campo:

A partir do primeiro encontro foi possível delinear estratégias de cuidados. Nesta oportunidade, o enfoque foi o cuidado no que se referia às condições crônicas as quais está sujeito o SPC. Assim, abordou-se o ensino dos medicamentos, sobre as doenças Diabetes, Parkinson e Alzheimer, sinais de hiperglicemia e hipoglicemia, sobre alimentação, processo saúde doença, cuidados com a ostomia e a sonda, supervisão e cuidados com a pele. Embora o paciente estivesse participando do encontro, as orientações de fato eram melhor captadas pela cuidadora, que demonstrou interesse e já um conhecimento prévio e empírico significativo sobre as condições de saúde e doença do paciente. A mesma também está em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e depressão. Referiu que tem se desgastado com a situação financeira difícil, pois embora percebamos a casa com uma boa estrutura e suporte para o cuidado, a mesma refere que nos últimos anos, depois da doença de seu esposo, tem observado seu patrimônio mingar “e isso era muito doloroso”. Percebo que o SPC, apesar de prestar atenção, de me olhar nos olhos permanentemente, não compreende bem as orientações, parece não ter conhecimento das suas enfermidades, meio perdido no tempo e no espaço. A esposa percebe a minha preocupação em ter uma boa interação com o SPC e ressalta que ele não interage bem desde que adoeceu, assiste o jornal e ouve a rádio, porém não consegue relatar o que está ouvindo/vendo, é como se não “absorvesse” as informações. Senti que já era o momento de ir embora, pois a esposa encontrava-se preocupada com a preparação do almoço. Agendamos o próximo encontro para o dia 22 de fevereiro de 2017. Despedi-me do SPC com um forte aperto de mão. A esposa me acompanhou até o portão e me deu um caloroso abraço.

Utilização de pressupostos: Nesse encontro, foram utilizados os pressupostos 2 - O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal; 3 - A aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal; 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano e 8 – Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituidor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Os elementos utilizados nesse encontro foram 1 – Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado. É o amor/amabilidade e equidade para si e para o outro; 2 – Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado compatível com sua liberdade; 4 - Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança; 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com o ser para o cuidado; 7 - Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino e aprendizagem que atendam a

peessoa inteira, e seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro e 9 – Com reverência, e respeito, assistir as necessidades básicas, manter a intencionalidade consciencial, ou seja, a consciência intencional do 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.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Durante a prestação do cuidado, a cuidadora interagiu e parecia utilizar aquele momento também como oportunidade para “desabafar”. Nessa ocasião, ela expôs suas dificuldades financeiras, de convívio com seu parceiro e de como os momentos de desorientação, secundárias à doença, por vezes lhe magoavam pois eram acompanhados de agressões verbais. Revelou ainda que no início sofria violência física quando ocorriam os episódios de desorientação e que hoje “ele estava muito bem se comparado a como ele já esteve”. O paciente é cuidado de forma satisfatória, em um ambiente funcional, equilibrado, limpo, confortável. A cuidadora também demonstra preocupação com um de seus filhos que no momento também atravessa um momento difícil em sua vida financeira. Todas essas preocupações acrescidas de uma rotina já estressante de prestação de cuidados permanentes cria um cenário desfavorável a essa cuidadora, de forma que voltou a tomar seu medicamento antidepressivo pois “estava começando a se sentir triste novamente e a ter problemas para dormir”. Percebe-se que o discurso da cuidadora acerca da dificuldade financeira e decepção com as atitudes do esposo se repete, tornando-se evidente o sentimento de angústia diante dessa situação. Sinto-me inteiramente envolvida com a situação, com forte interesse em ajudar essa mulher a superar tais dificuldades. Embora a cuidadora compreendesse muito do que concerne ao cuidado ao paciente que vive com diabetes, parkinson e alzheimer, a mesma acolheu bem as informações, orientações e ações realizadas, configurando um aprendizado útil para a prestação do cuidado. Algumas necessidades de ordem superior foram o foco do nosso encontro (realização e associação).

4º Encontro SPC 2

Data: 17/02/2017

Horas de cuidado realizada: 55 min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: A visita domiciliar ocorreu após agendamento prévio, tendo início às 15:30h. Chamo pela cuidadora e como em todas as outras vezes, sou muito bem recebida. Nessa oportunidade, foram abordadas questões referentes a espiritualidade e resiliência no intuito de fortalecer o campo de energia da cuidadora, necessidade percebida na visita anterior. Início tentando fazer com que a cuidadora expresse seus sentimentos quanto ao cuidado envolvido, ao desgaste, as dificuldades e prazeres oriundos do processo de cuidar. A cliente refere ser católica e então abordo a questão da espiritualidade e seu fortalecimento bem como a resiliência como estratégias de enfrentamento dos problemas. Estimulo atividades de lazer e oriento a importância da distração para todo ser humano, principalmente para ela que encontra-se em uma situação de estresse diário. No final do encontro, o SPC aparece, me recepciona com um “boa tarde” e também participa da conversa, onde tento fazer

uma intervenção para um trabalho de treinamento da memória, solicitando que ele me diga do que se lembra de sua infância em Cariré, cidade onde o mesmo nasceu. Sinto que ele demonstra interesse em me ver e conversar um pouco sobre o seu passado. Encerramos a visita e agendamos o próximo encontro para o dia 24 de fevereiro de 2017.

Utilização de pressupostos: Todos os pressupostos do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar foram utilizados. Dessa forma, o cuidado transpessoal aconteceu durante o momento de cuidado (pressuposto 1).

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 - Criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis (físico-não físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados e 10 – Dar abertura e atender aos mistérios espirituais, e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Reflexões e a avaliação da ação de cuidado: Durante o encontro, principalmente no início, a cuidadora pareceu um pouco apreensiva como se estivesse deixado de fazer uma atividade para participar do encontro. Porém essa percepção foi desaparecendo a medida que íamos conversando. Esse encontro configurou um momento de desabafo da cuidadora, pois imagina-se que a oportunidade de escuta ativa e qualificada não seja comum para a mesma. Acredito ter sido um momento terapêutico, mas que também nos permite refletir sobre a complexidade do cuidado domiciliar, pois estamos em um cenário/contexto vivo e dinâmico, não terreno neutro como um consultório ou enfermaria que podem ser transformados em ambientes calmos e silenciosos. No atendimento domiciliar estamos, literalmente, no meio da vida das pessoas, de sua intimidade, de suas angústias, problemas, relações familiares, o que pode contribuir ou dificultar o alcance do cuidado transpessoal. Foi um momento rico de aprendizagens e crescimento mútuo, configurando uma oportunidade de troca de experiências no qual a cuidadora pôde abrir-se e expor seus sentimentos e angústias. Neste encontro, algumas necessidades de ordem superior foram abordadas (realização, associação e auto-realização).

5º Encontro SPC 2

Data: 21/02/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Neste último encontro nos detivemos ao cuidado do SPC, no que concerne às deficiências cognitivas e de memória, de forma que foram utilizadas 3 estratégias: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), jogo da memória e jogo de reconhecimento das cores. Primeiramente, avaliou-se a função cognitiva, através da aplicação do MEEM, tendo como resultado um nível moderado de demência. Posteriormente, utilizou-se o jogo da memória e um jogo que trabalhava o reconhecimento das cores. O SPC interagiu bem e demonstrou interesse pelos jogos. Senti-me inteiramente envolvida naquele momento de cuidado. Ambos (SPC e cuidadora) mostraram-se satisfeitos com as intervenções.

Também foram ofertadas orientações quanto à importância do treinamento da memória para a recuperação e tratamento do SPC. Neste encontro, tive a certeza que de fato o cuidado transpessoal havia acontecido e senti que já estávamos preparados para a separação. Conversei com eles sobre a próxima fase: separação, que provavelmente ocorreria no próximo encontro. Após as orientações, nos despedimos. Como nas outras vezes, a esposa me acompanha até o portão e nos abraçamos.

Utilização de pressupostos: Todos os pressupostos foram utilizados.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Nesta oportunidade, trabalhamos com intervenções mais objetivas e concretas. Os pacientes e cuidadores parecem reagir melhor às intervenções concretas, em contrapartida as que envolvem a promoção da saúde, por meio da educação em saúde, assentadas nas orientações. Parece haver um entendimento limitado de que as informações, orientações e intervenções educativas também configuram uma dimensão importante do cuidado, sendo comum os pacientes associarem maior valor às intervenções curativas, como os procedimentos de enfermagem, curativo, troca de sondas e cateteres, dentre outros. As ações foram executadas com sucesso e de forma muito participativa, configurando um momento positivo no processo de cuidar no domicílio. Nesta ocasião, tivemos algumas necessidades de ordem superior como foco desse encontro (auto-realização).

6º Encontro SPC 2

Data: 24/02/2017

Horas de cuidado realizada: 40min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Neste dia, cheguei ao domicílio para realizar a quarta fase do modelo de cuidado: **separação**. No encontro anterior, senti que de fato o cuidado transpessoal havia sido atingido, pois havíamos nos envolvido mutuamente. Como das outras vezes, fui muito bem recebida pela esposa (cuidadora principal), que me acompanhou até a cozinha, onde encontrava-se o SPC ouvindo rádio. A esposa se adiantou e me indagou se essa realmente era a última visita. Respondi que sim, mas que estava disponível para qualquer coisa que precisassem. Ela começou a agradecer pelo cuidado, pela atenção, por muitas vezes ter ouvido os seus desabafos, que para ela foi muito importante compartilhar as suas tristezas e angústias do cotidiano, pois se sente sobrecarregada e ter com quem desabafar fez com que se sentisse melhor. Ressaltei que me sentia honrada de ter compartilhado momentos tão importantes com eles. O SPC, meio distraído ouvindo rádio, olhou para mim e sua esposa conversando e sorriu. Normalmente, ele não interage muito. Não consegue acompanhar os diálogos. Olhei com atenção para ele e ressaltei que essa seria a última visita e agradei pela convivência, pelos momentos compartilhados. Ele segurou minha mão com força e sorriu. Aquele gesto valeu mais do que muitas palavras. Senti-me honrada e extremamente feliz. Despedi-me e a esposa me acompanhou até a porta. Abraçamo-nos e me coloquei a

disposição.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 1,3,6 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2 e 4.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Senti-me preparada para essa fase, que ocorreu com muita naturalidade. Percebi que houve uma comoção menor do que a ocorrida com a SPC anterior. Diante disso, se faz difícil interpretar tal atitude: houve pouca comoção porque estavam aliviados com o término das visitas ou era somente a forma comedida de expressarem a satisfação? Ao refletir um pouco sobre esse momento, conclui que as pessoas são diferentes, tem reações diferentes e demonstram os sentimentos de forma diferente e isso também deve ser bem aceito e respeitado. Após essa reflexão, consegui ficar mais tranquila e com a certeza de que o cuidado havia impactado de forma positiva na vida daquela família.

Total de horas de cuidado: 6h 00min

APÊNDICE E – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 3

DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 3 (SPC 3)
<p>Idade: 83 anos</p> <p>Sexo: Feminino</p> <p>Estado Civil: Viúva</p> <p>Ocupação anterior: Do lar</p> <p>Naturalidade: Massapê</p> <p>Patologia: Acidente Vascular Cerebral e Fratura de Fêmur (Idosa restrita ao leito)</p> <p>Religião: Massapê</p> <p>Cuidadora principal: Filha (38 anos)</p>
1º Encontro SPC 3
<p>Data: 28/02/2017</p> <p>Horas de cuidado realizada: 1h 05min</p> <p>Local: domicílio da família</p> <p>Envolvidos no cuidado: paciente, filha mais nova (cuidadora), técnica de enfermagem e enfermeira.</p> <p>Parte Descritiva do Diário de Campo</p> <p>Operacionalização do MCTED</p> <p>Contato Inicial: Realizado no dia 02 de fevereiro de 2017, juntamente com uma técnica de enfermagem do Programa Melhor em Casa (PMC). Ao chegarmos no domicílio, fomos recepcionadas por uma filha da idosa. Inicialmente, a profissional do Melhor em Casa me apresentou, abrindo espaço para que eu falasse um pouco da proposta do estudo. Ao apresentar os objetivos do estudo, verifiquei o desejo da filha em participar, já que a ser pesquisada-cuidada (SPC), devido às sequelas do AVC não consegue se comunicar. A filha refere que aceita participar e rapidamente muda de assunto. Percebo pouco interesse, porém acredito que o cuidado transpessoal poderá contribuir para a qualidade de vida da SPC e de sua cuidadora. Solicita que a técnica de enfermagem consiga a cama hospitalar com mais rapidez para que pudesse facilitar o seu trabalho. Pede também acompanhamento para a irmã que encontra-se com depressão e não aceita ir ao centro de saúde da família ou a outro serviço de saúde. Refere que é filha adotiva e ressalta sua obrigação de cuidar da mãe, diante</p>

de tudo o que havia feito por ela. Continua referindo que encontra-se muito cansada e que a situação financeira está muito difícil. Ela teve que abandonar o trabalho para cuidar da mãe há dois anos. Passa o dia na casa da mãe, indo para a sua somente a noite. Tem um filho adolescente, que parece não se conformar com a atual situação financeira. A única renda é a aposentadoria da mãe, que praticamente só paga o aluguel do imóvel, que é localizado no centro da cidade. Refere que reside em um bairro periférico, não paga aluguel e que não pode deixar de ir dormir lá, pois corre o risco de perder o imóvel. Fala que “é um assunto enrolado”. Percebo que ela não quer explicar/falar sobre isso e respeito a sua vontade, sem questionamentos. Relata não ter condições de comprar fraldas, material de higiene pessoal e, às vezes, os alimentos. Ouço com atenção todas as queixas apresentadas e reconheço as dificuldades enfrentadas pela cuidadora. Artigo com a técnica de enfermagem a possibilidade da visita da psicóloga, reconhecendo que a cuidadora enfrenta muitas dificuldades e ela refere que irá providenciar. Posteriormente, procuro compreender melhor o estado de saúde da SPC. A idosa apresentou há cinco anos fratura de fêmur esquerdo e bacia, em decorrência de queda da própria altura, ocasionada pela perda do equilíbrio após tropeçar em seu animal de estimação (cachorro). Na época, realizou cirurgia ortopédica, porém evoluiu com infecção e perdeu os movimentos dos membros inferiores. Era muito ativa e não se conformava em não poder andar e realizar suas tarefas diárias, tendo, posteriormente depressão. O seu estado foi piorando dia após dia, até que teve AVC por quatro vezes, tendo sequelas importantes. Está sendo acompanhada pela equipe do Programa Melhor em Casa desde agosto de 2016 e durante este tempo já recebeu visita da enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social. Percebo que a cuidadora já encontra-se impaciente e encerro a visita com o agendamento da próxima para o dia 09 de fevereiro de 2017, no mesmo horário.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados neste encontro foram 5 - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal; 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano e 7 - A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira.

Elementos do Processo Clínico Caritas: Neste momento, utilizei os seguintes elementos do Processo Clínico Caritas: 1 – Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado. É o amor/amabilidade e equidade para si e para o outro; 2 – Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado compatível com sua liberdade; 3 – Cultivar práticas espirituais próprias e um “self” transpessoal que vai além do próprio ego. Abertura ao outro com sensibilidade e compaixão, 4 – Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança e 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com o ser para o cuidado.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: A família enfrenta dificuldade financeira complexa. A cuidadora está sobrecarregada, cansada, não tendo com quem dividir as responsabilidades. O discurso da cuidadora vez por outra demonstra o desejo de ações de foco assistencialista, perguntando se irão conseguir a cama, se irá ganhar algo na participação

do estudo, se o Programa Melhor em Casa disponibiliza algum material para higiene pessoal ou para curativos. Não percebo envolvimento da cuidadora, o que poderá dificultar o alcance do cuidado transpessoal. Sinto-me tocada com a situação vivenciada por essa família. Apesar de ter me preparado pessoal e profissionalmente para a realização desse cuidado, diante da situação apresentada, saio do domicílio entristecida, porém com o desejo genuíno de ajudar aquela família. Neste encontro, foram identificadas algumas necessidades de ordem inferior (atividade-inatividade) e de ordem superior (realização).

2º Encontro SPC 3

Data: 03/03/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idosa, filha mais velha, filha mais nova (cuidadora principal)

Parte Descritiva do Diário de Campo

Contato Inicial e Aproximação: Cheguei ao domicílio chamando a cuidadora pelo nome e fui prontamente atendida. A paciente encontrava-se alerta, disfásica, contactua de forma limitada e consegue estabelecer comunicação com a cuidadora. Encontra-se acamada em situação de idoso frágil. A filha é a principal cuidadora, recebendo pouca ajuda de uma outra irmã que também habita o domicílio, pois esta sofre de depressão. O ambiente encontra-se desorganizado, com móveis velhos e gastos, o que denota a dificuldade financeira pela qual atravessa a família, fato confirmado pela cuidadora no decorrer da visita. A paciente encontrava-se urinada mas logo foi trocada pela filha. A cuidadora expressa o desgaste e a dificuldade financeira vivenciada pela família, o que limita a capacidade para a compra de fraldas, impondo o uso de panos para absorção da urina o que lhe emprega mais trabalho, pois deve lavar os panos todos os dias, e também coloca a idosa em uma situação de risco aumentado para desenvolver outras lesões de pele, já que apresenta uma lesão por pressão (LPP) em região sacra. Aproveito a oportunidade e peço para ver a LPP, que encontrava-se com um curativo sujo com urina. Peço autorização para retirar e faço a limpeza da LPP (grau 3), orientando a cuidadora sobre os cuidados necessários e a importância da mudança de decúbito frequentemente. Posteriormente, faço o curativo e aproveito essa oportunidade para interagir com a SPC. Converso com ela sobre quem sou e o que estou fazendo. Nesse momento, seguro a sua mão para que tenha mais confiança. A filha não demonstra interesse nas orientações, referindo que ela já tem “essa ferida há mais de dois anos” e que ela já sabe como “tratar”. Refere também que a técnica de enfermagem do centro de saúde da família vai ao domicílio realizar o curativo quatro vezes por semana e a enfermeira do Melhor em Casa, uma vez por semana. O Centro de Saúde da Família (CSF) fornece os materiais para o curativo, entregando semanalmente no domicílio. A filha mais velha aparece no quarto da idosa com olhar um tanto perdido e sorri. A cuidadora refere preocupação pois a mesma é hipertensa e não comparece ao CSF. Pergunto se posso aferir sua pressão e ela aceita. Aproveito o momento, olho com delicadeza para ela, seguro sua mão e converso um pouco

para que possa relaxar. Realizo o procedimento e dou algumas orientações. A cuidadora expressa certa impaciência, talvez pelo horário da visita, 9h, hora em que as atividades domésticas costumam ser mais intensas. Encerro a visita e agendo o novo encontro, perguntando um horário mais conveniente para a família. A cuidadora refere ser melhor o horário de 14 horas, após o banho da idosa. Despeço-me da família.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados foram 5, 6, 7 e 8 - Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituídor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Elementos do Processo Clínico Caritas: Os Elementos utilizados neste encontro foram: 1, 2, 4, 6 – Uso criativo do “self” e de todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, para engajamento em um processo de recuperação em saúde por intermédio da arte e 9 – Com reverência, e respeito, assistir as necessidades básicas, manter a intencionalidade consciencial, ou seja, a consciência intencional do 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.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Não percebo evolução da relação de cuidar, uma vez que a cuidadora encontra-se muito fechada, demonstrando pouco interesse. Diante da difícil realidade enfrentada pela família, nos traz preocupação o interesse e envolvimento desenvolvidos pela cuidadora diante do cuidado proposto. Entendemos ainda que a aplicação do modelo é limitada, ou ao menos depende significativamente do interesse e condições socioeconômicas da família. Embora expressasse certa impaciência, a cuidadora nos recebeu bem e respondeu às perguntas realizadas. Nesta oportunidade, foram abordadas algumas necessidades de ordem inferior (eliminação e atividade-inatividade).

3º Encontro SPC 3

Data: 07/03/2017

Horas de cuidado realizada: 55 min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filha (cuidadora principal), enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo:

A visita teve início às 14hs, horário considerado mais adequado para a cuidadora. Ao chegarmos, fomos prontamente atendidos pela filha/cuidadora. A SPC encontrava-se acordada. O quarto estava limpo, mas com um leve odor de urina, o que é compreensível uma vez que a cuidadora refere que a mesma urina muitas vezes ao dia. Este momento foi dedicado à abordagem de questões que envolviam os cuidados com a pele da idosa, prevenção de broncoaspiração, prevenção e cuidados com lesões por pressão, mudança de decúbito, conforto. A cuidadora demonstra entendimento prévio de muitas das ações propostas, apresentando conhecimento satisfatório dos cuidados necessários a SPC. Foi

encontrado uma resistência quanto aos cuidados que envolviam a promoção da saúde, que fugiam do corriqueiro cuidado biológico-assistencial, como intervenções para recreação e distração da paciente, o que de certa forma compromete a aplicação do modelo e do cuidado. Percebo que a cuidadora está incomodada com a visita, respeito o seu momento e encerro o encontro. Indago se podemos agendar o próximo momento e ela refere que sim. O próximo momento ficou agendado para o dia, no turno vespertino.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados foram 6 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Os Elementos utilizados neste encontro foram 1, 2, 3, 4, 5 e 7 - Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino e aprendizagem que atendam a pessoa inteira, e seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro, foram abordadas algumas necessidades de ordem inferior (ventilação e atividade-inatividade) e de ordem superior (associação). O fato da cuidadora conhecer alguns aspectos do cuidado e achar que conhece outros a faz destinar pouca importância para algumas intervenções, sobretudo as que não compreendem técnicas, como as que tem por base a educação em saúde, orientações e informações. Neste sentido, senti resistência quanto à realização de abordagens mais subjetivas, o que prejudicou o alcance do cuidado transpessoal. Novamente, não percebo evolução da relação de cuidar. A cuidadora apresenta resistência em se envolver, não se abre para que essa relação possa nos restaurar, apesar de a todo momento buscar me mostrar presente e disponível. Sinto-me frustrada pela relação de cuidar não evoluir, mas tenho desejo de dar uma nova oportunidade. Dessa forma, agendei o próximo encontro.

4º Encontro SPC 3

Data: 10/03/2017

Horas de cuidado realizada: 1h

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filha (cuidadora principal) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: A visita teve início às 15h, como previamente combinado com a cuidadora. Ao chegar, a cuidadora encontrava-se deitada com sua mãe, na mesma cama. O quarto estava limpo. Neste dia, o filho da cuidadora também encontrava-se em casa. A cuidadora iniciou a conversa apresentando seu filho, que estudava em um quarto contíguo. Refere que o mesmo é bastante estudioso, que tem uma bolsa integral em um colégio particular da cidade e constantemente pede para que ele faça vestibular para um curso que lhe dê dinheiro, como medicina, mas o mesmo reluta ao referir que a escolha de muitos estudantes por sua profissão considera mais o status e o dinheiro do que a vocação. Os dois parecem não ter uma boa relação, o que pode ser deduzido da forma como se comunicam. Para este momento, a temática abordada girava em torno não da paciente, mas da cuidadora. Assim, foi abordada a resiliência como estratégia de enfrentamento ao estresse originário ao processo de cuidado domiciliar e fortalecimento da espiritualidade. Também foi abordada a fragilidade financeira vivenciada pela família, como posto pela cuidadora em outras

oportunidades. Assim, sugeri a mudança para um imóvel de menor aluguel. No entanto, a mesma foi relutante e contrapõe que embora seja caro, é bem localizado, pois sua mãe não gostava de morar em “bairro”, que era um espaço grande e que sua mãe só sairia dali para “o cemitério”. Respeitei o seu posicionamento, sem julgamentos. Também sugeri procurar o apoio de outros membros da família, porém a mesma refere que os outros membros são poucos e moram longe, vivem “até em boas condições”, mas que eles sabem que ela passa necessidade e que, por isso, “não tinha necessidade de ela estar pedindo”. A própria cuidadora sugere que poderia pedir ajuda aos vizinhos, com uma rifa, por exemplo, mas que não tinha coragem, demonstrando, em sua expressão, que tinha vergonha de pedir ajuda. Novamente, a cuidadora foi relutante em receber orientações/cuidados que transcendem a dimensão biomédica, demonstrando interesse limitado na abordagem. Terminei a visita agradecendo e explicando que aquele seria o nosso último momento. A cuidadora agradeceu simpaticamente, embora tenha demonstrado pouca comoção com o término da abordagem.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados foram 6, 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Utilizou-se neste encontro os Elementos 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 10 - Dar abertura e atender aos mistérios espirituais, e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Foram abordadas necessidades de ordem superior (realização e associação). O cuidado foi encerrado por solicitação do cuidador, por reconhecer a não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar a terceira etapa do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar. Percebo que a cuidadora está sentindo-se incomodada com a minha presença no domicílio, o que impossibilita o Encontro Transpessoal. Porém, mesmo diante do interesse limitado da cuidadora, uma vez que a paciente tinha o cognitivo comprometido e não poderíamos avaliar seu interesse pelas intervenções, acredito que o cuidado prestado poderá impactar positivamente na qualidade de vida da SPC. Entendo que a aplicação do modelo e do Processo Clinical Caritas, a preparação e interesse dos profissionais em estar genuinamente na relação de cuidar não garante o alcance do cuidado transpessoal, pois contamos com a necessidade de interação entre o SPC ou o cuidador e o profissional, sendo necessário que estes se envolvam, impliquem, comovam, percebam e queiram este cuidado. No domicílio o alcance deste ambiente, situação, momento favorável torna-se mais complexo, uma vez que o cuidado disputa espaço com as questões sociais, econômicas, dinâmica de vida, rotinas do domicílio, tornando desafiador não a aplicação do modelo, mas sim o alcance do cuidado transpessoal. A impressão que fica é a de que para a aplicação efetiva do modelo, há que se ter uma situação propícia, na qual, minimamente, as pessoas participantes desse cuidado compreendam a importância deste. Embora reconheça que parte desse interesse deve ser despertado pelo profissional/pesquisador, não há como negar que existem fatores endógenos de cada sujeito/pessoa que implicará diretamente na realização efetiva ou não do modelo e até mesmo do cuidado transpessoal; fatores estes ligados a experiências anteriores nos serviços de saúde, em serviços domiciliares, cultura, dinâmica familiar, capacidade cognitiva, bem como a fatores relativos ao profissional/pesquisador, como empatia, formas de comunicação, verbal e corporal, conhecimento sobre o cuidado a ser ofertado, resolutividade, dentre outros. Dessa forma, ressalto a importância de o profissional preparar-se pessoal e profissionalmente para a realização do cuidado e que também esteja preparado para situações como essa, uma vez que pode despertar sentimento de frustração, mas que faz parte da diversidade da subjetividade

humana e que o profissional tem que aprender/acostumar-se a lhe dar com isso.

Total de horas de cuidado: 4h 10min

APÊNDICE F – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 4

DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 4 (SPC 4)
<p>Idade: 89 anos</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Estado Civil: Viúvo</p> <p>Ocupação anterior: Pecuaria</p> <p>Naturalidade: Umirim</p> <p>Patologia: Acidente Vascular Cerebral</p> <p>Religião: Católica</p> <p>Cuidadora principal: Filha (42 anos)</p>
1º Encontro SPC 4
<p>Data: 15/03/2017</p> <p>Horas de cuidado realizada: 1h 05min</p> <p>Local: domicílio da família</p> <p>Envolvidos no cuidado: idoso, filha (cuidadora principal), empregada doméstica (cuidadora terciária), fisioterapeuta e enfermeira.</p> <p>Parte Descritiva do Diário de Campo</p> <p>Operacionalização do MCTED</p> <p>Contato Inicial: Visita realizada juntamente com uma fisioterapeuta do Programa Melhor em Casa (PMC). Ao chegarmos no domicílio, fomos recepcionadas pela empregada doméstica (cuidadora terciária), que estava limpando a garagem do domicílio, mas gentilmente nos conduziu até a sala de estar, local onde o idoso encontra-se instalado. A sala encontrava-se limpa, arejada e iluminada. O idoso reside com a filha, genro, neto e empregada doméstica. Nesse momento, encontrava-se dormindo numa cama hospitalar. Ao chegarmos na sala, a fisioterapeuta do PMC me apresentou à filha (cuidadora principal). Nesse momento, pude explicar um pouco sobre o estudo e os seus objetivos, verificando a aceitação da família no que se refere à participação do estudo e colocando-me a disposição. Carinhosamente, a fisioterapeuta e filha tenta acordá-lo. Percebo o envolvimento que essa profissional do PMC tem com essa família e a satisfação que eles têm em recebê-la. A fisioterapeuta inicia então os exercícios motores, realizando alongamentos e estimulando o</p>

movimento dos punhos e antebraços, articulação dos joelhos e sola dos pés. Enquanto isso, iniciei um diálogo com a filha, a fim de me aproximar da família e conhecer um pouco o histórico de saúde do ser pesquisado-cuidado (SPC). A filha demonstra interesse em dialogar comigo, olhando nos meus olhos. Inicia falando que o seu pai residia em Tapera, uma localidade de Umirim, onde teria uma fazenda. Após perder a esposa, ficou muito triste e sozinho e os filhos decidiram que ele não poderia morar sozinho nessa localidade. Dessa forma, ela (filha) e seu esposo decidiram trazê-lo para morar com eles. Ressalta que, apesar de o seu pai ter 89 anos, antes do AVC era muito esperto, realizava as suas atividades de vida diária sozinho. Porém, em setembro de 2016, teve um AVC e desde então permanece acamado, com comunicação prejudicada. Refere que ele (SPC) já está bem melhor, consegue se comunicar, movimentar-se melhor. Relata ainda que foi um período muito difícil, achavam que ele não iria resistir, mas foi muito forte. Escuto tudo com muita atenção. Nesse momento, a fisioterapeuta pergunta ao idoso se quer assistir ao jogo de futebol e ele refere que vai assistir. A filha olha pra mim, sorri e diz que ele adora futebol. Continua o diálogo, falando um pouco sobre o vínculo forte entre seu pai e seu esposo, enfatizando que cuida dele com muito carinho. Refere que o pai sente muita saudade da sua casa (fazenda) e que seu esposo disse que vai leva-lo na semana santa para deixa-lo feliz. Ela demonstra preocupação com essa viagem, pois é muita bagagem e tem medo de acontecer algo. Apoio a decisão do seu esposo e reforço que é muito importante para a sua reabilitação. A fisioterapeuta também concorda e incentiva a viagem. Conversamos mais um pouco sobre esse assunto e em seguida nos despedimos, agendando o próximo momento para o dia 03 de março. Vou até o SPC, aperto sua mão e me despeço. A filha me abraça e a empregada doméstica nos conduz até a saída.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados neste encontro foram 3 - A aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal; 5 – As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal; 6 – Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano; 7 – A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira e 8 - Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituídor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Neste momento, utilizei os seguintes elementos do Processo Clinical Caritas: 1 – Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado. É o amor/amabilidade e equidade para si e para o outro; 4 – Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança; 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com o ser para o cuidado; 6 – Uso criativo do “self” e de todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, para engajamento em um processo de recuperação em saúde por intermédio da arte e 9 – Com reverência, e respeito, assistir as necessidades básicas, manter a intencionalidade consciencial, ou seja, a consciência intencional do 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.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro, foi possível conhecer um pouco mais sobre a família e a história de vida do SPC. Dessa forma, dispus-me a estar presente quando a família necessitasse, sendo agendado o encontro em um horário conveniente para a família, de forma a não atrapalhar as suas dinâmicas de vida.

2º Encontro SPC 4

Data: 17/03/2017

Horas de cuidado realizada: 35min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, filha (cuidadora principal), empregada doméstica (cuidadora terciária) e enfermeira.

Parte Descritiva do Diário de Campo

Contato Inicial: Cheguei ao domicílio em data e horário agendado. A janela da sala estava aberta, dessa forma, assim que cheguei, a filha (cuidadora principal) me avistou e solicitou que a empregada doméstica abrisse o portão. O ambiente estava bem arejado, frio, pois havia chovido a manhã toda. O idoso encontrava-se deitado na sua cama. Iniciei o momento perguntando como tinham passado esses dias. A filha sorriu e respondeu que estavam muito bem. Dirijo-me ao SPC e tento interagir com ele, pego na sua mão e aproveito o momento para fazer uma inspeção na sua pele, buscando se havia alguma lesão por pressão, já que encontra-se acamado, com restrição dos movimentos por sequela do AVC. Percebo que o idoso é muito bem cuidado. Durante a inspeção, oriento a filha acerca da importância da prevenção de lesões por pressão, através de medidas como mudanças de decúbitos frequentes, hidratação da pele, ingestão de líquidos e manter uma dieta equilibrada. Explico um pouco sobre cada medida mencionada. A filha ouve tudo com muita atenção e demonstra interesse em aprender, apesar de demonstrar ter muitos conhecimentos sobre o processo de adoecimento do seu pai. Ressalta ser muito grata pelo apoio que recebe da equipe do PMC, pois havia recebido muitas orientações, tinha aprendido muitas coisas sobre os cuidados necessários ao seu pai e isso ajudou toda a família a superar as dificuldades encontradas. Nesse momento, o seu telefone toca e ela atende. Ao desligar o telefone, percebo que ficou tensa e envergonhada, pois havia surgido um compromisso e teria que sair. Dessa forma, com o intuito de não atrapalhar a dinâmica de vida da família, encerro o momento e agendo o próximo para o dia 07 de março. A filha me leva até o portão e pede desculpa por ter que sair.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados foram 5, 6, 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Os Elementos utilizados neste encontro foram: 1, 4, 5 e 9.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro, foram atendidas algumas necessidades de ordem inferior (necessidade de alimento e líquido e necessidade de

atividade-inatividade). Percebo ainda nosso encontro em contato inicial, talvez esteja associado ao pouco tempo da realização da visita.

3º Encontro SPC 4

Data: 20/03/2017

Horas de cuidado realizada: 1h

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idosa, filha (cuidadora principal), enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo

Contato Inicial e Aproximação: Cheguei ao domicílio, toquei a campainha e chamei a cuidadora principal (filha) pelo nome. Rapidamente, ela veio até o portão, nos cumprimentamos e ela me convidou para entrar com um sorriso no rosto. Ao chegar na sala, me dirigi ao SPC, toquei sua mão e perguntei como ele estava. A resposta foi um sorriso. Percebi que estava com congestão nasal e perguntei a filha se podia fazer nebulização. Ela respondeu que sim. Iniciei o preparo e o procedimento foi realizado. O SPC faz uso de nebulização três vezes ao dia, por prescrição médica. Durante a nebulização, realizo algumas orientações acerca da importância desse procedimento e da necessidade de higienizar o nebulizador, a fim de evitar contaminação bacteriana. A filha me olha atentamente, buscando compreender as orientações. Refere que nunca havia recebido essas orientações e as considera muito importante. Em seguida, pedi autorização para realizar exame físico no idoso, sendo autorizado. Ele encontrava-se em bom estado geral. O lado direito do corpo foi o mais afetado pelo AVC, tendo uma restrição da movimentação dos membros superiores e inferiores. Ressalto que o SPC não pode passar muito tempo deitado, que é necessário ter cuidado com a sua postura, que se movimenta regularmente e que, logo que possível, seja reinserido em atividades que fazem parte do seu cotidiano. Enfatizo a importância da fisioterapia. Em seguida, a filha começa a falar sobre a perda da sua mãe, de como foi difícil o pai superar a ausência, já que só viviam os dois na fazenda. Desde o dia em que ele havia se mudado para a sua casa, o vínculo afetivo só aumentava, principalmente entre o pai e o esposo. Refere que o tempo em que ele (SPC) encontrava-se internado foi muito difícil para todos da família, pois temiam que “algo pior acontecesse”. Relata ainda que tem sete irmãos, que eles residem em outras cidades, porém ajudam sempre que necessário. Dessa forma, não sente-se sozinha nesse cuidado. Escuto atentamente tudo o que a cuidadora relata. Sinto-me privilegiada em poder compartilhar sentimentos e histórias íntimas da família; estou inteiramente envolvida nessa relação de cuidar. Percebo que estamos construindo um vínculo de confiança. Ao cessar nosso diálogo, percebo que já está no momento de encerrar o encontro para não atrapalhar as atividades do domicílio, despeço-me, coloco-me a disposição e agendo o próximo encontro.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados foram 2 - O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal; 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver

restaurados e impregnados um do outro; 5; 6; 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Os Elementos utilizados neste encontro foram 1; 2 - Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado compatível com sua liberdade; 4; 5; 7 - Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino e aprendizagem que atendam a pessoa inteira, e seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro e 9.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Nesse encontro, foram atingidas algumas necessidades de ordem interna (ventilação) e de ordem externa (realização e associação). Percebo a necessidade de estar preparada pessoal e profissionalmente a cada encontro. A relação de cuidado evolui nesse encontro para a Aproximação. Sinto interesse em estar nesse domicílio, cuidando dessa família. Estou muito envolvida, com desejo genuíno de estar nessa relação de cuidar. Percebi como a filha ficou satisfeita com as orientações recebidas.

4º Encontro SPC 4

Data: 23/03/2017

Horas de cuidado realizada: 40min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idoso, empregada doméstica (cuidadora terciária) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo:

Chego ao domicílio em horário previamente agendado, toco a campainha e sou imediatamente atendida pela empregada doméstica, que me recebe com muita simpatia. Ela refere que a cuidadora principal não encontrava-se em casa, pois teve que sair para resolver uns assuntos pessoais, mas que logo retornaria. Pergunto se posso entrar e realizar o momento de cuidado. Ela responde “claro que pode”, que já estava me aguardando, pois a filha ao sair lembrou que eu iria. Peço autorização para realizar exame físico no idoso. Realizo o exame com atenção, inspeciono a pele do idoso e percebo que a região sacrococcígea encontra-se hiperemiada. Dessa forma, solicito o hidratante corporal para hidratar a pele e mudo o SPC de decúbito. Oriento a cuidadora a estar realizando a mudança de decúbito a cada duas horas, mostrando as possibilidades de mudança. Reforço a importância de uma dieta equilibrada. O SPC demonstra interesse de assistir televisão. Auxilio a cuidadora a senta-lo na cadeira de rodas e o colocamos de frente a televisão para assistir jogo de futebol. Após esse momento, percebo que ela (empregada doméstica) gostaria de fazer algumas atividades em casa, pois encontrava-se sozinha com o idoso. Despeço-me, coloco-me a disposição e agendo o próximo encontro. Ela me acompanha até ao portão e segura a minha mão.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados foram 5, 6 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Utilizou-se neste encontro os Elementos 1, 6, 7 e 9.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Percebo que a presença da cuidadora principal

no momento do cuidado é de extrema relevância, pois ela é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar. Senti falta de partilhar esse cuidado com ela. Dessa forma, a relação de cuidar não evoluiu para um Encontro Transpessoal. Nesse encontro, algumas necessidades de ordem inferior (atividade-inatividade) foram alcançadas.

5º Encontro SPC 4

Data: 27/03/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 00min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idoso, filha (cuidadora principal), empregada doméstica (cuidadora terciária) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Como nas outras vezes, fui muito bem recebida pelas cuidadoras. Assim que cheguei, me convidaram para sentar e a filha vai logo se desculpendo por ter saído de casa antes que eu chegasse para o encontro anterior. Ressalto que não tem nenhum problema, que não quero atrapalhar sua dinâmica de vida. Nesse momento, me sinto cuidada ao saber que ela se preocupou comigo, em me acolher. Pergunto sobre os cuidados com a pele do SPC e ela pede que eu observe se melhorou a lesão. Relata que está seguindo todas as orientações que dei no encontro anterior, pois a cuidadora terciária (empregada doméstica) havia lhe repassado todas as informações. Nesse momento, faço uma inspeção na pele, principalmente na área afetada, e percebo que a integridade da pele encontra-se preservada. Enquanto realizo o exame, converso e brinco com o SPC. Parabenizo pelo cuidado que tiveram com ele e enfatizo a necessidade de manter os cuidados para prevenção de lesão por pressão (hidratação da pele, mudança de decúbito a cada duas horas, ingestão de líquidos e dieta equilibrada). A filha agradece pelo apoio e carinho que tenho pelo seu pai. Refere que tem muito carinho pela equipe do PMC, pelos cuidados que tem com seu pai que fazem com que se recupere a cada dia. Relata ainda sobre o prazer de ter uma enfermeira na sua casa, realizando procedimentos, dando orientações e apoiando no que for necessário. Nesse momento, ela olha nos meus olhos e segura forte as minhas mãos. Respondo que o prazer é todo meu de compartilhar esse momento importante com eles e ressalto que estarei sempre disponível. Volto para perto do SPC e percebo que está com congestão nasal e me ofereço para fazer nebulização. A filha refere que posso fazer o que achar necessário. Início o procedimento e, enquanto isso, converso com o SPC. Mesmo sem obter respostas (apresenta dificuldade de se comunicar), percebo que sente-se bem com a minha presença, pois sorri para mim frequentemente e coopera com os procedimentos realizados. A filha assiste tudo da cadeira em que está sentada e fala que ele gosta de mim, pois quando não gosta de uma pessoa, dificulta a realização dos procedimentos. Fico muito feliz. Percebo um envolvimento mútuo. Tenho interesse de me envolver ainda mais nessa relação de cuidar. Sinto-me transformada física, mental e espiritualmente por essa experiência. Após a nebulização, chega uma vizinha e já percebo o momento de me despedir para não atrapalhar. Despeço-me e agendo o próximo encontro. A filha me acompanha até o portão.

Utilização de pressupostos: Os pressupostos utilizados neste encontro foram 2, 3, 4,5, 6, 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Utilizou-se os Elementos 1; 2; 3 - Cultivar práticas espirituais próprias e um “self” transpessoal que vai além do próprio ego. Abertura ao outro com sensibilidade e compaixão; 4; 5; 7 e 9.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro, foram alcançadas algumas necessidades de ordem inferior (alimento e líquido e ventilação). A relação de cuidar evoluiu muito. Percebi um envolvimento mútuo. Senti-me muito bem ao saber que a família consegue compreender a importância das orientações e segui-las. Acredito que a família já sente que o cuidado transpessoal está acontecendo no momento do cuidado, assim como eu. Estou muito ansiosa para o próximo encontro e já vou me preparando mental e espiritualmente para a separação.

6º Encontro SPC 4

Data: 30/03/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idoso, filha (cuidadora principal), empregada doméstica (cuidadora terciária) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Cheguei ao domicílio, chamando a cuidadora pelo nome e, como sempre, fui acolhida com um sorriso no rosto. Ficamos na sala, como nas outras vezes. SPC 4 encontrava-se deitado na cama, mas um pouco inquieto, incomodado com algo. Era uma tarde chuvosa e em virtude disso, percebo que estava com frio, apresentando mãos e pés frios. Pergunto se posso fechar a janela temporariamente e minha solicitação é prontamente realizada. A empregada doméstica se antecipa e já fecha a janela. Pergunto se ele tem alguma meia. A filha refere que sim e já levanta-se para ir até o quarto buscar. Enquanto isso, realizo exame físico no idoso e percebo que ele está em bom estado geral, respirando bem e com a integridade da pele preservada. Aproveito para parabenizar a família pelos cuidados com o idoso. Percebo que hoje não é o momento para realizar exercícios motores, pois em virtude do frio, ele estava indisposto. A filha me entrega o cobertor e cubro ele, oferecendo um ambiente aconchegante. A filha senta na cadeira e começa a me falar que ele passa o dia dormindo e a noite não quer dormir, passa a noite toda acordado, mas fica quietinho, calado na cama dele. Ela acha que ele tem medo de morrer a noite. Nesse momento, percebo que ela se emociona, ainda está fragilizada com a morte da mãe e com todo esse processo de adoecimento do seu pai. Aproveito o momento para fortalecer a sua espiritualidade e resiliência. Ressalto o poder da oração e da fé nesse processo de recuperação. Converso olhando nos seus olhos e vez por outra seguro sua mão. Percebo que consegue se tranquilizar. Ressalto a importância de ter momentos de lazer, de se distrair, pois essas atividades também auxiliam no processo de enfrentamento. Nesse momento, olho para o idoso e percebo que está dormindo tranquilamente, só estava incomodado com o frio. Retorno ao assunto da insônia noturna e enfatizo a necessidade de

criar um ambiente propício para o sono, com ausência ou pouca luminosidade e barulho, pode tentar colocar alguma música clássica para acalmá-lo. A filha gosta da ideia e refere que vai tentar. Ressalto que ela também pode tentar conversar com ele todas as noites antes de dormir, falar de coisas que ele goste, tentando distrai-lo. Ela sorri e diz que vai falar da viagem que vão fazer na semana santa. Eles vão leva-lo para a sua fazenda e percebem que ele está muito ansioso. A filha encontra-se receosa em acontecer algo, mas reconhece que será um momento muito importante para ele, pois toda a família irá se encontrar, todos os seus irmãos que residem em outras cidades irão. Encorajo ela para ir a viagem e já realizo as orientações necessárias para que ocorra tudo bem. Ressalto que será um momento importante para ela também, pois irá se distrair e relaxar, compartilhando o cuidado do pai com os irmãos. Tenho certeza que o Encontro Transpessoal efetivamente aconteceu, estamos inteiramente envolvidos e restaurados. Neste momento, ela olha para mim e me pergunta se já vamos nos separar. Relato que a separação já está próxima, provavelmente no próximo encontro. Ela refere que sentirá muito a minha falta, mas que entende que outras pessoas precisam ser cuidadas. Ressalta que eu consegui torna-la ainda mais forte, que meu cuidado e carinho era restaurador. Agradece por tudo. Fico emocionada, com um misto de sentimentos, inteiramente tocada por essa relação de cuidar, restaurada. Percebo que ela necessita fazer algumas atividades em casa, enquanto o pai dorme. Despedimo-nos e ela me acompanha simpaticamente até o portão.

Utilização de pressupostos: Todos os pressupostos do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar foram utilizados. Dessa forma, o cuidado transpessoal aconteceu durante o momento de cuidado (pressuposto 1).

Elementos do Processo Clinical Caritas: Utilizou-se os Elementos 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8 - Criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis (físico-não físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados; 9 e 10 - Dar abertura e atender aos mistérios espirituais, e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: O cuidado transpessoal aconteceu efetivamente, porém deixei a separação para o próximo momento, tempo propício para que eu e a família possamos nos fortalecer e preparar. Senti necessidade de me preparar espiritualmente para essa nova fase. Nesse momento, algumas necessidades de ordem superior foram alcançadas (realização, associação e auto-realização).

7º Encontro SPC 4

Data: 03/04/2017

Horas de cuidado realizada: 50 min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: Idoso, filha (cuidadora principal), genro, empregada doméstica (cuidadora terciária) e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Chego até o domicílio da família neste dia para realizar a **Separação**. Diferente dos outros encontros, estava o SPC, sua filha, a empregada doméstica e seu genro. Dirijo-me a cama, onde encontra-se SPC, que imediatamente me deu um sorriso, apertei a sua mão e passei a mão na sua cabeça. O genro me acolheu muito bem e já agradeceu o cuidado que eu estava tendo com todos. Disse que apesar de não me conhecer, gostava muito de mim, pois a esposa havia dito que seria a última vez que eu iria até a sua casa. Digo que é a última visita, mas que estou disponível sempre que precisem. A filha se adianta e agradece pelo acompanhamento, pelo carinho, pelo apoio que recebeu durante todos esses dias, que se sente mais segura para o cuidado com o seu pai. A empregada doméstica timidamente aparece na sala e diz que irá sentir falta das visitas. Refiro que também irei sentir falta deles e que havia aprendido muito com essa convivência. Despeço-me e cumprimento todos.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 1,3,6 e 8.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado:

Senti-me inteiramente tocada e envolvida nessa relação de cuidar. Acredito que essa família foi mais difícil de atingir o encontro transpessoal (comparada às outras) em virtude de em alguns encontros ou a cuidadora principal não estar presente ou ter que se ausentar de forma imediata, o que dificultou a evolução do cuidado. Apesar de o SPC ter dificuldade de se comunicar, acredito que o cuidado prestado repercutiu de forma positiva na sua vida e de toda a sua família. Percebo envolvimento mútuo e transformação minha e da família, de forma que passamos a viver restaurados.

Total de horas de cuidado: 6h 20min

APÊNDICE G – DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 5

DIÁRIO DE CAMPO SER PESQUISADO-CUIDADO 5 (SPC 5)
<p>Idade: 69 anos</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Estado Civil: Casado</p> <p>Naturalidade: Sobral</p> <p>Patologia: Esclerose múltipla</p> <p>Religião: Católica</p> <p>Cuidadora principal: Esposa (65 anos)</p>
1º Encontro SPC 5
<p>Data: 10/04/2017</p> <p>Horas de cuidado realizada: 30 min</p> <p>Local: domicílio da família</p> <p>Envolvidos no cuidado: empregada doméstica (cuidadora terciária), enfermeira e fisioterapeuta.</p> <p>Parte Descritiva do Diário de Campo</p> <p>Operacionalização do MCTED</p> <p>Contato Inicial: Após contato prévio com a equipe do Melhor em Casa, realizei a primeira visita, acompanhada da fisioterapeuta do programa. Ao chegamos ao domicílio, fomos recebidos pela secretária doméstica da casa, que também é cuidadora terciária do cliente. O domicílio parecia limpo e organizado. A mesma nos recebeu amistosamente e nos informou que tanto o idoso, como sua esposa (cuidadora primária) encontravam-se dormindo, porém ofereceu-se para acordá-los. Assim, por bom senso, achamos que não deveríamos acordá-los e que retornaríamos em um outro momento. Na oportunidade, fomos bem recebidos e foi possível colher algumas informações sobre o estado de saúde do idoso, bem como de sua esposa. Conhecemos também sobre rotinas e dinâmica da casa, moradores do domicílio, relações com a família, hábitos alimentares, dentre outras. Foi possível perceber que a informante encontra-se bastante envolvida com os cuidados realizados no domicílio. Agendamos o próximo encontro para o dia 30 de março, em horário identificado pela secretária doméstica como mais apropriado.</p>

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Apesar de não ter falado/visto o SPC e sua esposa (cuidadora principal), considerei o momento importante, pois foi possível perceber que a relação da secretária doméstica com a família é bem próxima, se configurando também como uma cuidadora do idoso. Torna-se evidente a necessidade de agendar previamente os momentos, para que não atrapalhe a dinâmica de vida do SPC e de sua família. Como a equipe do PMC não agenda as visitas, tivemos esse imprevisto.

2º Encontro SPC 5

Data: 12/04/2017

Horas de cuidado realizada: 1h

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa (cuidadora principal), empregada doméstica (cuidadora terciária) e enfermeira.

Parte Descritiva do Diário de Campo

Contato Inicial: Como já havia conhecido a empregada doméstica em visita anterior, fui ao domicílio sozinha, sem algum integrante da equipe do Programa Melhor em Casa. Cheguei, toquei a campainha e rapidamente fui recebida pela empregada doméstica, que me conduziu até a sala, onde já encontravam-se o SPC e a esposa à minha espera. A casa encontrava-se limpa, arejada e iluminada. Percebo o cuidado com a organização dos móveis, a fim de evitar que fiquem pelo meio da casa. Neste momento, relatei os objetivos do estudo, investiguei o interesse do idoso e esposa em participar e solicitei autorização para dar continuidade ao cuidado em dias e horários pré-agendados. Eles foram bem receptivos com a proposta. Com o intuito de me aproximar da família, inicio um diálogo e, através deste, pude compreender um pouco do seu histórico de vida e saúde. A esposa demonstra interesse em dialogar comigo, relatando um pouco sobre o processo de adoecimento do esposo, indicando que iniciou apresentando visão turva, perda de equilíbrio e quedas. O problema de mobilidade apresentada resultou em perda de autonomia e independência, dependendo de outras pessoas para a realização de suas atividades de vida diária. Indaguei sobre a doença, se sabiam o que significava, se algum profissional havia explicado. A esposa referiu que o neurologista havia explicado, mas ela não tinha compreendido muito bem. Perguntou se eu podia explicar. Utilizei de uma linguagem simples e acessível para que pudessem compreender a doença, os seus sinais, sintomas e tratamento. Durante a explicação, eles olhavam com muita atenção pra mim e faziam muitas perguntas, com o intuito de minimizar todas as dúvidas. Senti-me bem ao conversar com essa família e percebi o quanto ficaram gratos por eu ter dedicado um tempo a conversar com eles com muita paciência. O telefone toca e a esposa (cuidadora principal) pede licença para atender. Para não atrapalhá-los, me despeço e agendo o novo encontro para o dia 28 de março. A empregada doméstica me acompanha até o portão simpaticamente. Nesse momento, a esposa grita lá de dentro, afirmando que me aguardará ansiosamente pelo próximo encontro.

Utilização de pressupostos: Neste momento, utilizei os pressupostos: 5 – As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado

transpessoal; 6 – Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano; 7 – A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do cuidado domiciliar, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira e 8 - Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituídor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Neste momento, utilizei os seguintes elementos do Processo Clinical Caritas: 1 – Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado. É o amor/amabilidade e equidade para si e para o outro; 2 - Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado compatível com sua liberdade; e 4 – Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: O encontro foi muito produtivo. Percebi interesse e envolvimento mútuo nessa relação de cuidar. Apesar de ser o primeiro momento de cuidado com o SPC e sua esposa, sinto um vínculo mais próximo. Eles não só aceitam o cuidado, mas demonstram acreditar nessa capacidade transformadora do cuidado transpessoal. Nesse encontro, foram atingidas as necessidades de realização.

3º Encontro SPC 5

Data: 17/04/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa e enfermeira

Parte descritiva do diário de campo

Aproximação: Ao chegar no domicílio, toquei a campainha e fui atendida, como das outras vezes, pela empregada doméstica que me recepcionou com um sorriso e gentilmente me conduziu até a sala. Chegando lá, percebi que o SPC e sua esposa não encontravam-se lá. Fiquei aguardando. Em pouco tempo, a esposa me chama pelo nome e solicita que eu vá até o quarto. Senti que a nossa relação evoluía, pois estava solicitando que eu comparecesse a um espaço íntimo, privativo deles. Chegando lá, encontrei o SPC deitado assistindo televisão e sua esposa sentada numa cadeira ao lado. Perguntei se preferiam que eu fosse em outro momento, se estava incomodando. Imediatamente, a esposa disse que já estavam me esperando. Ficaram no quarto me aguardando para que eu pudesse ajudá-lo a praticar os exercícios motores a serem realizados diariamente, prescritos pela fisioterapeuta do Programa Melhor em Casa. Conduzi a realização desses exercícios e enquanto isso realizava orientações sobre a importância dos exercícios, de movimentar-se diariamente, da forma correta de realiza-los. Orientei o uso de bolinhas de fisioterapia para praticar exercícios

específicos para o fortalecimento dos músculos das mãos, pés, antebraços e punhos. Enfatizei que esses exercícios podem promover uma melhor circulação sanguínea, fortalecer músculos, aliviar dores musculares e aprimorar o controle motor do SPC. Eles mostraram-se muito interessados e a esposa afirmou que iria comprar. Nesse momento, a esposa começou a agradecer por tudo o que eu estava fazendo por eles, que era muito importante ter um profissional de saúde dedicado e sensível em casa, pronto para ajudar em tudo o que for preciso. Fiquei muito honrada pelos agradecimentos. A visita já demorava muito e, por receio de atrapalhar as suas dinâmicas de vida, agendei o próximo encontro e me despedi. Dessa vez, a esposa me conduziu até a porta e me deu um abraço muito caloroso.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 2 - O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal; 3 - A aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal; 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro; 5; 6; 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os seguintes elementos

1; 2; 3 - Cultivar práticas espirituais próprias e um “self” transpessoal que vai além do próprio ego. Abertura ao outro com sensibilidade e compaixão; 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com o ser para o cuidado; 7 - Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino e aprendizagem que atendam a pessoa inteira, e seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro e 9 – Com reverência, e respeito, assistir as necessidades básicas, manter a intencionalidade consciencial, ou seja, a consciência intencional do 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.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Senti que nossa relação tinha evoluído para uma **aproximação**. Estávamos envolvidos mutuamente, com um mesmo propósito. Percebi que essa família deposita muita confiança em mim, nas orientações dadas, nos momentos de cuidado. Neste encontro, foram atingidas algumas necessidades de ordem inferior (atividade-inatividade). A cada encontro, sinto necessidade de me preparar pessoalmente, através de autorreflexão e orações, e profissionalmente, estudando assuntos necessários para um cuidado efetivo, que de fato impactará na vida do SPC e de seus familiares.

4º Encontro SPC 5

Data: 20/04/2017

Horas de cuidado realizada: 1h

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa (cuidadora principal) e enfermeira

Parte descritiva do diário de campo: Ao chegar, fui rapidamente atendida à porta, como se

a família já estivesse me esperando. O ambiente encontrava-se limpo e organizado. Como havia chovido, peço autorização para abrir as janelas da sala para que o ambiente ficasse mais arejado. Iniciei o encontro investigando sobre as questões que envolviam a alimentação. A cuidadora relata que o SPC alimenta-se por via oral, mas apresenta dificuldades e algumas vezes se engasga a depender da consistência dos alimentos e sempre tem o cuidado de alimentá-lo sentado ou com a cabeça “mais levantada”. Refere que o paciente nunca usou sonda nasogástrica e nunca teve pneumonia. Assim, oriento sobre cuidados para evitar broncoaspiração, consistência dos alimentos, tipos de alimentos, manobras para o caso de ocorrer engasgos e sinais de alerta. O SPC, embora fale com dificuldades, também participa do momento e parece compreender as orientações. Quanto às eliminações, embora o cliente não seja acamado, o mesmo tem mobilidade bastante prejudicada e deambula com muita dificuldade. Assim, para as eliminações, a ida ao banheiro sempre tem que ser acompanhado de 2 pessoas, normalmente a esposa é uma delas. O cliente parece ter hábito intestinal fisiológico, sem história de constipação. Orio sobre sinais de mudança do hábito intestinal, alimentos constipantes, importância da atividade física ou mobilização dos membros para evitar problemas intestinais, higiene dos alimentos e durante o preparo, riscos e sinais para lesões de pele. Durante as orientações, os participantes olhavam para mim com muita atenção e mostraram-se interessados nas informações, embora muitas condutas a família já viesse desenvolvendo adequadamente, fruto da atenção fornecida pelo sistema de saúde local, em especial o programa melhor em casa. O filho do casal chega nesse momento e também participa do diálogo. Percebo que já está no momento de se despedir, em virtude do tempo e para deixar a família mais à vontade. Agendo o próximo encontro e me despeço deles. A esposa faz questão de me acompanhar até a porta. Chegando lá, nos abraçamos e ela aperta fortemente a minha mão, afirmando que me espera para o próximo encontro.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados, neste encontro, os pressupostos 2; 3; 4; 5; 6; 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 – Criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis (físico-não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados e 9.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: O encontro foi muito produtivo. As orientações dadas foram muito valorizadas. Percebo o quanto estamos próximos, envolvidos. A relação caminha para o encontro transpessoal. Tenho interesse genuíno de estar nessa relação de cuidar, que me faz bem. Neste momento, foram atingidas algumas necessidades de ordem inferior (alimento e líquido e eliminação).

5º Encontro SPC 5

Data: 24/04/2017

Horas de cuidado realizada: 1h

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa (cuidadora principal) e enfermeira

Parte descritiva do diário de campo: Fui recebida pela esposa do SPC, que prontamente atendeu meu chamado à porta. Ao entrarmos, percebia-se uma energia diferente no domicílio: todos pareciam muito felizes, e ao investigar, não havia um motivo específico. Assim, o cenário estava propício para a abordagem a ser realizada naquele dia, pois tinha a intenção de abordar os sentimentos e percepção da cuidadora diante daquela situação, pois este encontro teria como foco a cuidadora. A mesma refere que tem sido muito desgastante este cuidado, que faz com prazer, mas muitas vezes se sente cansada, sem forças, impotente diante de algumas situações concernentes à doença, mas que de forma geral tudo tem ocorrido bem, pois “mesmo ele doente temos conseguido ir adiante”. Abordei questões referentes ao fortalecimento da espiritualidade, resiliência e autoestima. Incentivei atividades de lazer justificando que aquilo seria um cuidado para ela que iria repercutir no cuidado que ela ofereceria ao seu marido. A mesma refere que as atividades de lazer para ela são muito restritas, pois sempre que precisava sair precisaria mobilizar outros membros da família e também, quando saía, tinha medo de algo acontecer em sua ausência. Pelo discurso da cuidadora, são perceptíveis os sentimentos de medo e responsabilidade sobre o cuidado. Tais sentimentos são reproduzidos quase que como um padrão aos cuidadores, de forma que estes se esquecem das atividades inerentes a sua própria existência para viver a doença do outro. Tais sentimentos devem ser abordados pelos profissionais de saúde no intuito de fazê-los compreender que toda a família também deve se responsabilizar pelo cuidado. Senti que nesse momento, ela estava confiando em mim, desabafando todas as suas angústias e preocupações. Ouvi tudo com muita atenção e sensibilidade, segurei suas mãos, oferecendo suporte emocional. Compreendo o quanto é desgastante dedicar-se diariamente ao cuidado, mas percebo o quanto ela tem prazer em cuidar do esposo. Senti-me honrada de saber que posso estar contribuindo com essa família. Estávamos tão envolvidos de uma forma, que pude ter a certeza que o cuidado transpessoal de fato aconteceu.

Utilização de pressupostos: O cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado (pressuposto 1).

Elementos do Processo Clinical Caritas: Foram utilizados os elementos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Neste encontro, pude perceber que ocorreu o encontro transpessoal, todos unidos em prol de um mesmo objetivo. Senti-me envolvida e transformada por essa relação de cuidar. Foram atingidas algumas necessidades de ordem superior (realização e auto-realização).

6º Encontro SPC 5

Data: 26/04/2017

Horas de cuidado realizada: 1h 10min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa, empregada doméstica e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Chego até o domicílio da família no período da tarde, toco a campainha e a empregada doméstica vem me atender com um sorriso. Refere que eles

estão no quarto e que solicitaram que eu fosse até lá. Ao chegar no quarto, encontrei o SPC realizando os exercícios motores, com a supervisão de sua esposa. Eles, ao me ver entrar pela porta, sorriem e a esposa diz que estavam me aguardando. Eles fazem questão de mostrar que estavam realizando os exercícios e que agora estavam praticando diariamente, como solicitado. O SPC, com muita dificuldade, consegue dizer que sente-se bem melhor após os exercícios. Aproximei-me deles e os auxiliei na realização dos exercícios. Enquanto isso, dei algumas orientações sobre a importância de o SPC ter momentos de lazer, de fazer o que gosta, de interagir com outras pessoas. Ressalto que isso também fará com que se sinta melhor. Como refere ser católico, fortaleço a sua fé e enfatizo a importância dela para o enfrentamento dos desafios, das dificuldades. Nesse momento, ele segura firme a minha mão e agradece por tudo. A esposa olha carinhosamente para mim e pergunta se já está próximo da nossa separação. Ressalto que já estamos preparados para essa nova fase: separação e que provavelmente ocorrerá no próximo encontro. Todos ficam em silêncio, até que a empregada doméstica entra no quarto e me oferece um suco, ela já vem trazendo a taça de suco numa bandeja e me entrega. Faço questão de aceitar. Senti-me cuidada por aquela família. A esposa continua me dizendo que sentirá muito a minha falta, pois fui mais que uma profissional, transmitindo paz para eles. Agradeço imensamente e enfatizei como me sentia honrada em compartilhar todos aqueles momentos com eles. Nesse momento, o telefone toca. A empregada doméstica atende e passa para a esposa do idoso, referindo que era seu filho. Com o intuito de não incomodar, agendo o próximo encontro e me despeço do idoso e de sua esposa e nos abraçamos. Peço carinhosamente para que a cuidadora secundária me acompanhe até o portão.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 1, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Neste encontro, os elementos utilizados foram 1, 2, 3, 5, 7, 9 e 10.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: O momento foi proveitoso, pois nos proporcionou conhecer um pouco do impacto da aplicação do modelo de cuidado na vida daquela família, de como o cuidado transpessoal é capaz de nos envolver, de nos fortalecer e proporcionar transformações importantes. Algumas necessidades de ordem superior (realização, associação e auto realização) foram alcançadas neste encontro.

7º Encontro SPC 5

Data: 28/04/2017

Horas de cuidado realizada: 40 min

Local: domicílio da família

Envolvidos no cuidado: idoso, esposa (cuidadora principal), empregada doméstica e enfermeira.

Parte descritiva do diário de campo: Compareço ao domicílio da família nesta tarde chuvosa para realizar a **Separção**. Ao tocar a campainha, imediatamente sou atendida pela empregada doméstica, que refere que eles já estão me aguardando na sala. Ao chegar lá, sou surpreendida com um caloroso “Boa tarde! Estávamos esperando por você!” Fiquei

extremamente feliz! Perguntei como estavam e como tinham passado esses dias. Relataram que estão bem, que passaram os dias já se preparando para a nossa separação, que irão sentir falta de mim. Continuou agradecendo por tudo, pelos cuidados, pela delicadeza, pelo carinho, pela forma que tratava eles. Ressaltei que também iria sentir muita falta deles, da nossa convivência, que estava disponível para tudo o que precisarem e que me sentia muito honrada por ter compartilhado um pouco dessa história de vida. Despedimo-nos, abraçamo-nos e a esposa me acompanhou até a porta.

Elementos do Processo Clinical Caritas: Neste encontro, os elementos utilizados foram 1, 4, 5 e 6.

Utilização de pressupostos: Foram utilizados os pressupostos 1,3,6 e 8.

Reflexões e avaliação da ação de cuidado: Senti o quanto é importante a preparação psicológica, profissional e espiritual em todos os momentos. Ao adentrar no domicílio, tinha que me desprender de todos os problemas e preocupações e adentrar exclusivamente na relação de cuidar. Esse cuidado, mediante um contexto favorável, é capaz de restaurar as vidas do SPC, ser cuidador e ser pesquisador-cuidador. Tenho satisfação em ter cuidado/ contribuído com essa família e tenho a sensação de também ter sido cuidada com muita atenção e carinho.

Total de horas de cuidado: 6h 30min

ANEXOS

**ANEXO A - GUIA PARA A REALIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROCESSO
CLINICAL CARITAS**

ELEMENTOS DO PCC	MANIFESTAÇÕES DE CUIDADO
<p>Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Promover relação de carinho, conhecimento, crescimento, capacitação e possibilidades de healing entre si mesmo e o outro; -Praticar equanimidade (igualdade de acordo com a necessidade, imparcialidade, não julgar); -Acreditar que o amor é fundamental em todas as situações da vida; -Utilizar contato visual apropriado e toque com delicadeza; - Desenvolver cuidado moral, que considera os elementos da cultura, da educação e da tradição; -Escutar com preocupação genuína, prestar atenção aos outros e utilizar linguagem acessível; -Falar calmamente ou fazer silêncio, dando total atenção para o momento do cuidado; -Transformar “tarefas” em interações healing, ou seja, ir além da tarefa, considerando uma intencionalidade no momento de cuidar; -Ir além do convencional saber e fazer (identifica as reais necessidades do cliente, extrapola o cuidado biológico, preocupando-se com o ser cuidado e consigo enquanto cuida); -Acreditar na terapêutica, mas saber quando ir além, considerando e acreditando nas questões existenciais; -Visualizar e entender a pessoa como ser humano e não como objeto; -Preparar-se profissionalmente por meio de cursos de capacitação/especializações; -Preparar-se espiritualmente -Reconhecer suas crenças religiosas e a do ser cuidado, não impor, não julgar, não discriminar; -Reconhecer suas potencialidades e limites para executar o cuidado (do indivíduo e do profissional)
<p>Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Integrar-se à realidade vivenciada e se conectar com o outro de forma autêntica (estar de corpo e alma envolvidos no momento do cuidado); -Ter genuína intensão de cuidar; -Perceber, sustentar e incorporar os valores, crenças, o que é

	<p>significativo e importante para a pessoa no plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Criar uma sintonia transpessoal; estabelecer convivência e comunhão, criar oportunidade de silêncio e reflexão; -Reconhecer a capacidade transcendental (healing entre os envolvidos); -Demonstrar respeito por si próprio e aos outros, aceitar e respeitar como os outros são; -Honrar a hombridade humana de si e de todos os envolvidos; -Ajudar os outros a acreditar em si mesmos; -Incentivar a pessoa e a família na sua capacidade de continuar com a vida; -Honrar o mundo subjetivo do ser cuidado (entender que cada pessoa elabora um mundo subjetivo a partir de suas experiências pregressas e mesmo que este mundo seja divergente das crenças do profissional é preciso compreensão e empatia); -Ver a vida como um mistério a ser explorado ao invés de um problema a ser resolvido.
<p>Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cultivar práticas espirituais; -Fazer uso de estratégias de terapia em grupo, autoanálise, rodas de conversa; -Praticar autorreflexão (oração, meditação, expressão artística), demonstrar vontade de explorar seus sentimentos, crenças e valores para o seu auto crescimento; -Oferecer bênçãos, oração e expressão espiritual conforme o caso; -Desenvolver rituais significativos para praticar a gratidão, perdão, renúncia e compaixão; -Criar relações de cuidado que promovam o crescimento espiritual; -Reconhecer a suscetibilidade e crescimento espiritual do praticante; -Conectar e demonstrar interesse de forma genuína pelo outro; - Estimular a si mesmo para o cuidado transpessoal como possibilidade de depreender-se; -Aceitar-se a si mesmo, e aos outros em um mesmo nível espiritual, como único e digno de nosso respeito e carinho; -Estar aberto ao outro com sensibilidade e compaixão; -Estar aberto espiritualmente para acessar experiências intuitivas; -Ser receptiva às necessidades e sentimentos do paciente (do

	outro), assim será capaz de criar uma relação de maior confiança.
Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda confiança.	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalhar com a verdade, olho no olho, expressão corporal, comunicação respeitosa (verbal e não verbal), sorriso e evitar discursos programados e imparciais; -Colocar-se no lugar do outro; -Cuidar de forma genuína, confortar, acalmar, tocar; -Permitir que o outro escolha o melhor momento para falar sobre suas questões; -Chamar as pessoas pelo seu nome preferido; -Desenvolver atividades que promovam o seu crescimento saudável, não se envolver em atitudes antiéticas, ilegais, de risco e de comportamento sedutor; -Disponer-se a estar presente no momento do cuidado para explorar todas as suas possibilidades; -Encorajar atividades que maximizam a independência e liberdade individual; -Estimular a aceitação do momento.
Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada.	<ul style="list-style-type: none"> -Ajudar o outro a expressar os aspectos positivos e negativos sobre algumas situações vivenciadas; -Incentivar narrativas, contar histórias como uma forma de expressar o seu sentimento e entendimento sobre o momento vivido; -Estimular a reflexão de sentimentos e experiências; -Permitir a relação de cuidado transpessoal entre enfermeiro (a) e pessoa, surgir, mudar e crescer entre ambos; -Permitir que sentimentos fluam entre todos.
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).	<ul style="list-style-type: none"> -Ir além do conhecimento científico, ser criativo, utilizar recursos lúdicos, toque terapêutico e instrumentos; -Auxiliar o outro a explorar formas alternativas para encontrar um novo significado em suas situações; expressar seus sentimentos por meio de instrumentos, histórias, diários, brinquedo terapêutico; -Integrar seu conhecimento estético, ético, empírico, pessoal e maneiras metafísicas de saber com o pensamento criativo, imaginativo, e crítico para desenvolver a expressão do cuidado humano; -Ter habilidades para situações novas; -Utilizar o conhecimento para proporcionar ambientes que promovam healing, para isso utilizar: toque intencional, voz, presença autêntica, movimento, expressão artística, música, som

	<p>(se for o caso), alegria, espontaneidade, preparação, respiração, relaxamento, contato visual apropriado, gestos positivos, escuta ativa;</p> <p>-Reconhecer e integrar uma consciência plena de que a presença de si mesmo é um elemento eficaz do cuidado.</p>
<p>Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.</p>	<p>-Engajar-se verdadeiramente em experiências de ensino-aprendizagem, perceber o que significa a informação, orientação e a aprendizagem para o outro;</p> <p>-Escutar e compartilhar ativamente experiências de vida do outro;</p> <p>-Aceitar os outros como eles são e onde eles estão com a sua compreensão, conhecimento e disponibilidade para aprender;</p> <p>-Auxiliar a pessoa a formular perguntas e dar voz às possíveis dúvidas;</p> <p>-Orientar de acordo com os costumes crenças e valores;</p> <p>-Procurar primeiramente aprender com os outros, compreender a sua visão de mundo para em seguida, desenvolver ações, realizar capacitações e fornecer informações;</p> <p>-Entender o momento de orientação como uma troca de aprendizado;</p> <p>- Aprender que a situação do ensino pode afetar o processo de cuidado.</p>
<p>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.</p>	<p>Criar um ambiente de healing atendendo a:</p> <p>-Reconhecer e buscar organizar a energia do ambiente;</p> <p>-Utilizar estratégias para proporcionar conforto, privacidade, segurança, ambiente limpo e troca de energia;</p> <p>-Criar espaço para conexões humanas que ocorrem naturalmente;</p> <p>-Reconhecer o healing como uma viagem interior;</p> <p>-Incluir a reconexão entre o ambiente e o universo para estabelecer a reconstituição;</p> <p>-Promover uma relação de respeito, atenção, disposição de estar juntos e criar um espaço para gerar sua própria integridade e healing;</p> <p>-Respeitar rotinas e rituais do cliente.</p>
<p>Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a</p>	<p>-Satisfazer as necessidades da pessoa identificadas pelo profissional e pelo próprio ser cuidado;</p> <p>-Respeitar a percepção do outro sobre o mundo e suas necessidades específicas;</p> <p>-Antecipar as necessidades do cliente;</p>

<p>totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Compreender suas necessidades; -Reconhecer as fragilidades e habilidades do ser cuidado; -Visualizar o cliente como um ser integrado; -Ter consciência de ao tocar o corpo do outro não está atingindo apenas o corpo físico, mas, em alguma condição, sua mente, coração e sua alma, potencializando o alinhamento mente-corpo-espírito; -Considerar o momento de realização de cuidados como uma honra, privilégio, um ato sagrado, um mistério da vida, assim contribuindo para o fortalecimento de espírito, bem como o seu próprio fortalecimento.
<p>Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Saber o que é importante para si e respeitar o que tem significado para o outro; -Manter um espaço sagrado de cura para os outros, respeitando o seu tempo e a sua necessidade; -Permitir que milagres possam ter lugar e significados para si e para o outro; -Permitir o desconhecido, desenvolver-se; -Compreender as limitações da ciência; -Reconhecer que alguns acontecimentos da vida são inexplicáveis; -Acreditar no poder curativo da fé e da esperança; -Estimular a busca de forças internas para o cuidado; -Reconhecer o processo de vida e morte; -Reconhecer o potencial metafísico e de transcendência.

FONTE: TONIN *et al.*, 2017.

**ANEXO B - PROPOSTA INICIAL PARA APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO
TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR (MCTED)**

ETAPAS DO MCTED *	OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO (PRESSUPOSTOS DO MODELO ENVOLVIDOS**)
Contato Inicial	<p>Pressuposto 4 - Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro;</p> <p>Pressuposto 5 - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal;</p> <p>Pressuposto 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano;</p> <p>Pressuposto 7 - A família, em especial o familiar cuidador é componente importante para a efetividade do CD, e juntamente com o cliente constituem a unidade de cuidado da enfermeira.</p>
Aproximação	<p>Pressuposto 2 - O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal;</p> <p>Pressuposto 3 - A aplicação dos elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i>*** durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal;</p> <p>Pressuposto 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano;</p> <p>Pressuposto 8 - Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituítor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal;</p>
Encontro Transpessoal	<p>Todos os pressupostos já descritos (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) incluindo o de número 1.</p> <p>Pressuposto 1- O cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado.</p>
Separação	<p>Pode acontecer quando: Cuidado Transpessoal efetivamente aconteceu; Solicitação do profissional ou do cliente/família/cuidador, pela não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar a terceira etapa; Necessidade de Suporte</p>

	de outros profissionais; Desejo do cliente/família/cuidador em se afastar; As separações abruptas podem ocorrer por necessidade de melhor preparo da enfermeira e do cliente, ou por recuo deste durante fases anteriores; Morte; Internação.
--	---

FONTE: TONIN, 2017.

*Etapas do MCTED extraídas de Favero (2013).

** Pressupostos envolvidos na operacionalização do MCTED extraídos de Favero (2013, p. 151-153).

*** Aplicação dos Elementos do *Processo Clinical Caritas* em todas as fases de operacionalização do MCTED favorecem o encontro transpessoal entre os envolvidos.

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL – CE



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0097/2016

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC) intitulado, CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO IDOSO: ABORDAGEM À LUZ DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL desenvolvido por Natália Frota Goyanna sob a orientação da Profª Drª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após apreciação do projeto, concordamos em autorizar a realização da coleta de dados junto aos idosos cadastrados no Programa Melhor em Casa do município de Sobral, mediante pactuação prévia entre a pesquisadora, a coordenação deste serviço e os participantes identificados, quanto à escolha dos melhores dias, horários e orientações cabíveis na abordagem aos idosos atendidos pelo programa.

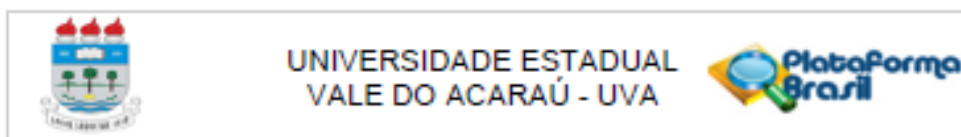
Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência a cada participante do estudo e aos seu responsável, devendo estes serem convidados a participar mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa. Ressaltamos ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Sobral, 10 de Julho de 2016

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO IDOSO: ABORDAGEM À LUZ DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL

Pesquisador: Natália Frota Goyanna

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58835116.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.811.482

Apresentação do Projeto:

Projeto referente a Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, sob orientação da Profa. Pós Doc. Cibelly Alny Siqueira Lima Freitas.

Objetivo da Pesquisa:

A proposta tem como objetivo geral: Analisar a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, proposto por Fávero e Lacerda (2013), no cuidado a idosos restritos ao leito. E como objetivos específicos: Aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, proposto por Fávero e Lacerda (2013);

Identificar como os conceitos que embasam o Modelo de Cuidado alcançam as necessidades de cuidado dos pacientes no ambiente domiciliar e Descrever as potencialidades e as limitações do Modelo para o cuidado de Enfermagem a Idosos em domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, inerentes ao processo de inclusão tanto de familiares cuidadores como os idosos no estudo. A pesquisadora explicita tais possíveis riscos e

Endereço: Av Comandante Meurocéllo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 82.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com