UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Marta Célia Cunha

CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Sobral- Ce
2016

Marta Célia Cunha

CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Orientador: Prof.ª Dr.ª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Sobral-CE
2016

Marta Célia Cunha

CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Banca Examinadora:

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Presidente: Profa. Drª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Miranda

Profa. Drª Maria Ribeiro Lacerda

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Keila Maria de Azevedo Ponte Marques

Profa. Drª Keila Maria de Azevedo Ponte Marques

Faculdades INTA

Aprovado em: 27 de Outubro de 2016

Sobral/Ceará

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Cunha, Marta Célia Cunha
Cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio às vítimas de acidente de trânsito [recurso eletrônico] / Marta Célia Cunha Cunha. -- Sobral, 2016.
1 CD-ROM: il. ; 4 $^{3}/_{4}$ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 97 folhas.
Orientação: Prof.ª Ph.D. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.
Co-Orientação: Prof. Dr. Marcos Fábio Alexandre Nicolau.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Teoria de Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Enfermagem Domiciliar. 4. Acidentes de Trânsito. 5. Promoção da Saúde. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus todo Poderoso, a Ele toda a honra e toda a glória para sempre. Em oração confortou-me nos momentos de incertezas, trazendo-me discernimento para a tomada de decisões.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, pela oportunidade da emancipação intelectual e profissional.

Ao corpo docente do mestrado que possibilitou um transcurso dinâmico na aprendizagem e eficiente na transmissão da metodologia.

À coordenação do curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família que manteve-se firme na organização do curso, prestando-nos uma assistência ética, humanizada e especializada nas formas individual e coletiva.

Aos professores: Dr.ª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Dr. Marcos Fábio Alexandre Nicolau, Dr.ª Maria Ribeiro Lacerda e Dr.ª Keila Maria de Azevedo Ponte Marques que me apresentaram o Cuidado Transpessoal de Enfermagem, assim, como, a Pesquisa Cuidado, dois grandes instrumentos que trouxeram transformações positivas para a minha vida pessoal e profissional. Eles refinaram o estudo com suas contribuições.

À amiga, Irmã Gislane Simões Campos, que generosamente cedeu-me o seu tempo e a sua escuta requintados para prestar-me o auxílio espiritual ao meu corpo, como também, às exigências espirituais vividas durante a pesquisa.

À minha família, tesouro da minha vida, que sempre se colocou à minha disposição, amparando-me sempre, independente das situações que vem apresentando-se durante a minha feliz convivência com todos. Meus pais: José Arteiro Cunha e Maria Salete Cunha; meus irmãos: Raimundo Nonato Cunha, Robério Junior Cunha e Francisco Alysson Cunha; minha irmã: Regina Célia da Cunha; meus sobrinhos, Pedro Lorenzo Oliveira Cunha, Paulo Vinícius Aguiar Cunha e João Davi de Sousa Cunha; minha sobrinha Kamile Aguiar Cunha; minhas cunhadas, Francisca Rosilda Oliveira Cunha, Camila Aguiar e Kelly Regina de Sousa Pontes.

Às fontes que me inspiram e me fazem permanecer lutando para um esmerado crescimento de viver: minha filha, Martha Hary Cunha Nunes e minha neta, Maria Alice Cunha.

Ao meu esposo, José Sá de Araújo que se comportou como um verdadeiro anjo da guarda de minha vida, a âncora e o esteio por dias felizes e tranquilos.

Aos meus colegas de curso, durante a nossa convivência, souberam dividir e somar mutuamente os saberes, enriquecendo prazerosamente o espaço de ensino e aprendizagem.

À vocacionada colega de estudo e de trabalho Érika Vanessa Serejo Costa que foi solidária nos momentos de dificuldades e de facilidades.

Aos participantes da pesquisa e seus familiares por terem me acolhido e me proporcionado a realização do estudo e mais essa conquista. Muito obrigada!

“Não sei... se a vida é curta
ou longa demais para nós,
mas, sei que nada
do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das
pessoas.

Muitas vezes basta ser:
o colo que acolhe,
o braço que envolve,
a palavra que conforta,
o silêncio que respeita, a alegria que contagia,
a lágrima que corre,
o olhar que acaricia,
o desejo que sacia, o amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar...”

(Cora Coralina)

RESUMO

O cuidado de enfermagem no ambiente domiciliar permite que o profissional conheça os determinantes sociais em que vivem, o ser cuidado e seus familiares/cuidadores, porque se depara justamente com a sua cultura, sua identidade e suas condições de vida, favorece o diálogo, a troca de saberes, proporcionando ao profissional enfermeiro, ser cuidado e cuidadores a construção de um plano de assistência alternativo, fazendo com que os mesmos colaborem com o tratamento, tornando-os corresponsáveis em razão da recuperação da saúde, submetendo aos envolvidos uma terapêutica efetiva, integral, responsável, ética, humanizada e sustentável. Nesse contexto, desenvolveu-se uma pesquisa-cuidado de abordagem qualitativa com o objetivo principal de descrever a implementação do cuidado a pessoas vítimas de acidente de trânsito em acompanhamento domiciliar aplicando o Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar proposto por Fávero e Lacerda (2013), nas suas quatro fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação, apoiada na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e os elementos do processo *Clinical Caritas.*A coleta das evidências foi instrumentalizada por meio de entrevistas semiestruturada, observação participante e diário de campo que foram aplicadas e anotadas durante os encontros nos domicílios, os quais foram organizados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011). Participaram do estudo cinco vítimas de acidentes de trânsito, com faixa etária acima de dezoito anos, cujo cuidados eram restritos ao domicílio, tendo em vista a incapacidade destes em cuidar-se. Foram realizados quarenta e oito encontros no período de abril a junho de 2016, sendo uma média de nove encontros. O processo foi experienciado aplicando o Modelo de Cuidado Transpessoal no Domicílio; identificando os conceitos que o embasavam, as suas potencialidades e fragilidades e as suas contribuições, reconhecendo as reais necessidades dos participantes e de seus cuidadores familiares, assim como a destreza da prática do profissional enfermeiro na assistência domiciliária. Cada etapa proposta no modelo, simultaneamente as etapas da pesquisa foram aplicadas comedidamente e evidenciou-se a facilidade da aplicação do método ao modelo devido apresentarem as mesmas etapas; o modelo revelou-se como um importante e essencial instrumento para as práticas atuais sobre o cuidado de enfermagem; os elementos do processo *clinical caritas* foram guias que proporcionaram segurança para a

adoção de uma postura respeitosa às reais necessidades dos participantes da pesquisa e de seus familiares, assim como, para alcançar a transpessoalidade do cuidado. Pode-se constatar que o domicílio funcionava como um espaço de relações afetuosas entre seus membros que acelerava o processo de recuperação. Dessa forma, pode-se atestar que o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem no Domicílio corrobora para uma visão ampliada sobre a essência do cuidado, exigindo do enfermeiro uma postura desperta, perspicaz, cônscia e responsável, frente a profissão de enfermagem que se propõe a cuidar da vida de outro ser humano em um devir harmonioso.

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Domiciliar. Acidentes de Trânsito. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Nursing care in the home environment enables the nursing professional to get to know the social determinants related to the environment in which the person in need lives, as well as family and caregivers mainly because of their culture, identity and living conditions. That fosters dialogue, exchange of knowledge and allows the professional nurse, the person in need of care and caregivers to set up an alternative care plan, empowering them to cooperate with the treatment, making them co-responsible due to the recovery of health and providing them with an effective, integral, responsible, ethical, humane and sustainable therapy. In this context, a caring research of qualitative nature has been developed aiming at describe the implementation of care to people traffic accident victims in home care applying of the Transpersonal Caring Model in Home Nursing proposed of Fávero and Lacerda (2013) in its four stages: initial contact, approach, transpersonal meeting and separation, based on Jean Watson's Transpersonal Caring Theory and the elements of the *clinical caritas* process. Evidence collection has been carried out through semi-structured interviews, observation and field diary, which have been applied and recorded during the home meetings organized and held from Bardin's content analysis (2011). Five traffic accident victims aged over eighteen years old have taken part in this study. Such victims' care has been primarily taken care of at home, given their inability of taking care of themselves. Forty-eight meetings were held in the period from April to June 2016, with an average of nine meetings.This process has been experienced by applying the Transpersonal Caring Model at Home; Identifying the concepts which they are based on, their strengths and weaknesses and their contributions, acknowledging the real needs of participants and their family caregivers, as well as the skill of professional nursing practice in home care. Each stage proposed in this model simultaneously to the steps of the research has been applied sparingly pointing out ease in the method application to model due to present the same steps; The model has proved to be an important and essential tool for today's practice on nursing care; The elements of the *clinical caritas* process served as guides which provided security for the adoption of a respectful attitude to the real needs of the research participants and their families, as well as to achieve transpersonality of care.It is evident that the household has offered a setting of more affectionate relationships among its members which accelerated the recovery process. Thus, it is possible to conclude that the Transpersonal Caring Model in Nursing at Home supports for an enlarged view of the essence of care, requiring the nurse a revived, insightful, aware and responsible position to the nursing profession which aims at taking care another human being in a more harmonious way.

Key words: Nursing Theory. Nursing Care. Home Nursing. Traffic Accidents. Health Improvement.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação gráfica das categorias abstraídas a partir das vivências do ser pesquisador-cuidador com o ser pesquisado-cuidado com base na aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domici liar de Fávero e Lacerda (2013) 66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 OBJETIVOS 23
2.1 Geral 23
2.2 Específicos 23
3 REFRENCIAL TEÓRICO 24
4 METODOLOGIA 29
4.1 Aproximação com o objeto de estudo e a pesquisa-cuidado 29
4.2 Cenário de encontro com o ser pesquisado 31
4.3 Participantes da pesquisa-cuidado 33
4.4 Instrumentos para coleta das informações e estabelecimentos das conexões 33
4.5 Procedimentos para análise e discussão do apreendido 35
4.6 Considerações éticas 36
5 O CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR 38
5.1 Vivências do cuidado de enfermagem no domicilio às vítimas de acidente de trânsito e suas famílias 38
5.1.1 Família fé 38
5.1.2 Família esperança 42
5.1.3 Família caridade 45
5.1.4 Família humildade 49
5.1.5 Família temperança 53
5.1.6 Os elementos do processo clinical caritas de Watson que fundamentam o modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar no cuidado às famílias: uma análise transpessoal 57
5.2 Ver, sentir e agir no cuidado transpessoal em domicílio: analisando categorias 66
5.2.1 Cuidando de si 67
5.2.2 O cuidado pelo outro 68
5.2.3 O significado do cuidado no domicílio 70
5.2.4 Crenças que apoiam nesse momento da vida 71
5.2.5 Sentimentos positivos em relação à condição de vida 72
5.2.6 Sentimentos negativos em relação à condição de vida 73

5.2.7 Do cuidado real ao ideal: pontos e contrapontos que envolvem o cuidado do miciliar do serviço de saúde 74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 77
REFERÊNCIAS 80
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 86
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA 87
ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA/INTERVENÇÃO 93
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA 94
ANEXO C- DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA 97

1 INTRODUÇÃO

O trânsito se configura, atualmente, como um fenômeno mundial para a humanidade, e como tal, constitui-se como um problema de saúde pública de grande magnitude, uma vez que acarreta múltiplas incapacitações e complicações a médio e longo prazos com tratamentos prolongados. Em todo o mundo, os Acidentes de Trânsito Terrestre (ATT), estão relacionados com mais de um milhão de óbitos a cada ano e por mais de 50 milhões de vítimas com lesões e traumas. Em sua maioria, as pessoas mais vulneráveis são pedestres, ciclistas e motociclistas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo, as perdas anuais ultrapassem US$ 500 bilhões, reconhece a complexidade dos ATT e a necessidade de ampliar as ações dirigidas à vigilância, prevenção e controle, visando a Promoção da Saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, os ATT têm sido encarados como uma grave epidemia pelo número de vítimas lesionadas, sequeladas e fatais. As estatísticas de acordo com a seguradora de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT informaram que no ano de 2015, 652.349 indenizações foram pagas para as vítimas do trânsito, sendo que, 79% delas foram destinadas as indenizações de natureza por invalidez permanente, 14% para as despesas médicas e 7% por mortes (DPVAT, 2015).

Nesse contexto, embora, a região Nordeste do Brasil tenha a terceira maior frota de veículos automotores do país, ela foi a responsável pela maior concentração das indenizações pagas contabilizando 213.726, correspondendo ao maior percentual, o de 33% em relação às outras regiões: Sudeste 29%; Sul 18%, Norte10% e Centro-Oeste 10% (DENATRAN, 2015).

Ainda de acordo com o DENATRAN (2015) o Estado do Ceará, na região Nordeste, ocupa o terceiro lugar no *ranking* das estatísticas dos estados com maiores frotas de veículos e, de acordo com o DPVAT (2015), registrou no ano de 2015 o segundo em números de indenizações pagas por morte e por despesas médicas, sendo 18,48% e 18,79% respectivamente e por invalidez permanente o primeiro com 34,21%.

Na região Nordeste do Ceará, se destaca o município de Tianguá, localizado ao noroeste do Estado, o qual é lócus deste estudo. Em 2015, conforme

informações do DENATRAN (2015), o município possuía uma frota de veículo de 31.019, ocupando a oitava posição em maior número de veículos entre os 184 municípios do Estado. No mesmo período, o sistema de informação sobre emergência do hospital local contabilizou 1.327 entradas de vítimas de acidente de trânsito, uma média de 4 acidentes por dia (PROAMB, 2015).

Em relação às internações hospitalares por acidentes de trânsito, somaram quase 170 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS) com gastos de aproximadamente R$ 230 milhões. Um aumento de quase 50% em relação ao valor gasto em 2008, R$ 117. 683.116,48 (BRASIL, 2015).

Toda a sociedade e, em particular, os sistemas de saúde arcam com custos elevadíssimos de morte e incapacidades físicas decorrentes desses acidentes, o que impacta diretamente no Produto Interno Bruto (PIB). No Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que os custos totais decorrentes desses acidentes sejam de R$ 28 a 30 bilhões de reais ao ano (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, é inevitável *a priori,* nos reportar à Política Nacional de Saúde por meio da Constituição Federal de 1998, garante a todos os cidadãos e cidadãs brasileiros o direito à saúde em sua completude de necessidades individuais e coletivas com a pretensão de promover, prevenir, recuperar e reabilitar um ser respeitando os valores no qual vive (BRASIL, 2011).

Desse modo, torna-se necessário rememorar os conceitos importantes para realização desse estudo, os quais estão correlacionados com a produção de bens e serviços voltados para um amparo em saúde, com vistas a proporcionar uma assistência de enfermagem humanizada e especializada para as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, especificamente em âmbito domiciliar.

Como ponto de partida, inicialmente se fez necessário compreender a epistemologia da palavra **cuidado,** sendo este, a essência do dever do profissional de enfermagem. A enfermagem tem se destacado como uma das únicas áreas até mais recentemente, fora a filosofia, a se dedicar de forma mais ampla e profunda, discutindo e investigando o cuidado. Segundo Waldow (2012, p. 33), o que se conhece sobre o tema tem sido, por parte da maioria dos autores, apoiado nas ideias de Martin Heidegger. Heidegger em Carta sobre o Humanismo divaga em seus pensamentos questionando:

> Para onde se dirige o “cuidado”, senão no sentido de reconduzir o homem novamente para a sua essência? Que outra coisa significa isto, a não ser que o homem (homo) se torne humano (humanus)? Deste modo então, contudo, a humanitas permanece no coração de um tal pensar; pois humanismo é isto: meditar e cuidar para que o homem seja humano e não desumano, inumano, isto é, situado fora da essência. Entretanto, em que consiste a humanidade do homem? Ela repousa na sua essência. (HEIDEGGER, 2005, p. 17).

Para Waldow (2012, p. 32), esse autor distingue o cuidado autêntico em uma forma de cuidado em que o ser é ajudado a cuidar de si, favorecendo sua potencialidade existencial de vir a ser. A autora destaca o enfoque do cuidado mais relacional de Noddings (1984; 2003 *apud* Waldow, 2012, p. 32) que todo o cuidado representa um compromisso, pois, ao decidir cuidar, ocorre envolvimento. O cuidar é ação, é agir como cuidadora inclui afeto e consideração; agir no sentido de promover o bem-estar do outro. Inspirada nas ideias desses filósofos Waldow conclui que:

> ... “o ser-ai-no-mundo se define pelas formas ou maneiras de experienciar cuidado e pelas relações (de cuidado) que estabelece consigo mesmo, com os outros e com o meio que o cerca. Isso o distingue como ser humano e lhe confere humanidade. Cumpre destacar que a humanização ocorre por intermédio do cuidar; é através do ato de cuidar que o ser se humaniza. Como elementos que caracterizam o cuidado destacam-se, principalmente, o respeito e a consideração, englobando a ética, o interesse que determina o grau de envolvimento, e o estar com, representados pela presença e pela disponibilidade”. (WALDOW, 2012, p. 37).

Considerando que o cuidado envolve o agir no sentido de promover a saúde outro, destacamos aqui o campo da **Promoção da Saúde** (PS), o qual se configura como uma micropolítica que organiza a engenharia assistencial, trazendo à tona categorias fundamentais de cuidado, como o conceito de autonomia, reorganizando o processo de trabalho das equipes de saúde, construindo uma clínica ampliada e humanizada, e reconhecendo no território um espaço vivo de construção universal e integral à saúde (ANDRADE; BARRETO; PAULA, p. 42).

Nesse contexto, se insere a **Estratégia Saúde da Família** (ESF) como um espaço de se desenvolver a promoção de saúde, uma vez que se constitui como um modelo flexível de atenção à saúde que permite conjugar as realidades municipais à atuação das equipes que podem se movimentar em várias frentes de modo intersetorial, sem se fechar num modelo acabado, enquadrado, agindo polissemicamente, sempre atenta às necessidades comunitárias, individuais, culturais com a finalidade única de garantir a melhor qualidade de vida possível, elo indissociável da promoção da saúde (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011).

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência esteja pautada em uma equipe multiprofissional com prática interdisciplinar (BRASIL, 2012, p. 24). A **atuação multiprofissional** consiste em uma reunião de profissionais que permite grandes relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde. Essa equipe engloba a união de agentes e a integração do trabalho. Na área da saúde, a integração do trabalho permite a articulação das ações e a interação dos agentes requer um compromisso ético e de respeito com cada formador da equipe e, em especial, com a clientela (MARQUES et al., 2007).

A **interdisciplinaridade** pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que são inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva. (BRASIL, 2012, p. 24).

A ESF está organizada como uma estratégia das equipes de Atenção Básica (eAB), que prestam assistência de saúde dentro de um território definido com base no princípio da territorialização. As eAB trazem para o centro da sua atuação a pessoa que necessita de cuidados e a sua família, bem como conhecer a relação familiar pode tornar-se em um importante mecanismo para planejar adequadamente as necessidades relativas ao processo saúde – doença vivenciado no espaço domiciliar.

A **família** pode ser definida como uma unidade de produção social (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011, p. 9). De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, família é entendida como um “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado doméstico que residem no domicílio, pensionista e agregados” (BRASIL, 1998, p. 6).

É importante ressaltar que ao longo da existência da humanidade os conceitos foram flexibilizando-se e outros elementos foram incluídos em detrimento das diferentes configurações e composições presentes na sociedade atual. Um

grupo familiar é composto por indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é, que se identificam como fazendo parte daquele grupo. Uma mudança em um dos membros afeta todo o grupo, porém, conforme Watson (*apud* GALERA, SAF; LUIS, MAV, 2002, p. 143): “a família tem habilidades para criar um balanceamento entre mudanças e estabilidades”, consegue reorganizar-se priorizando o cuidado de seu familiar que necessita de cuidados.

É na família que seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É, a partir daí, que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as crises e os conflitos aparecem no momento em que um dos membros desta família adoece. Para todos pode ser um fator de desequilíbrio em uma situação que se mantém em harmonia fragilmente, pois percebo que quando um membro da família adoece toda a família adoece junto. Assim, é necessária ajuda profissional para que a família supere, adapte-se e juntos possam ajustar-se ou superar estes momentos vividos, fazendo deles encontros consigo mesmos e com os outros, para crescer e viver a vida em plenitude. (LACERDA, 1996, p. 5).

É importante entender a família em sua estrutura, seu desenvolvimento, seu funcionamento e os recursos que a apoiam. Segundo Chapadeiro:

> Para trabalhar com famílias, deve-se ter em mente que é necessário desenvolver competências, adotar postura aberta, demonstrando o desejo de vincular temporariamente à família em foco, e atitude que estimule a construção de soluções. Nunca se deve adotar a postura de “saber o que é melhor para a família”. É importante respeitar regras familiares, perceber as hierarquias e estimular a comunicação entre seus membros (CHAPADEIRO, 2011, p. 86).

Na equipe multiprofissional, destaca-se o enfermeiro, que tem o cuidado como filosofia de trabalho, como essência de sua atuação. Conforme Heidegger (*apud* SILVA, LWS. et al., 2005), a enfermagem tem a sua formação acadêmica voltada primordialmente para a produção do cuidado com o ser humano, contemplar o modo positivo de cuidar dos entes, não é sinônimo de bondade, é entender autenticamente o que é importante, é uma forma de interação que envolve dedicação, interesse, envolvimento e responsabilidade entre os seres. “Pode ser demonstrado através de gestos, posturas, olhares, toques” (WALDOW, 2014, p. 1146) e deve ser baseado em valores humanista-altruísta, interesse e amor por si e pelos outros (WATSON, 1985 apud SILVA *et al.,* 2002), ajudando as pessoas a

atingir o mais alto grau de harmonia entre mente-corpo-alma(WATSON *apud* NASCIMENTO; ERDMANN, 2006).

Silva observa que:

> (...) seja individual ou coletivo, nesses universos permeiam eventos de relações entre modos de ser no mundo nas quais seres que cuidam e seres cuidados se entrelaçam numa dinâmica intersubjetiva recíproca e até imperceptiva. Nesse ir e vir do cuidado, pessoas (entes que cuidam) emprestam percepções, emoções, sentimentos, valores e saberes ao fenômeno (o que aparece, pessoa que está sendo cuidada) para fazer ver a partir de si mesmo o que se é em si mesmo (SILVA, L. W. S. *et al.,* 2005).

Nesse contexto de atuação do cuidado individual e/ou coletivo, merece ênfase o ambiente domiciliar, o qual permite ao enfermeiro que conheça os determinantes sociais em que vivem o ser cuidado e seus familiares/cuidadores, porque se depara justamente com a sua cultura, sua identidade e suas condições de vida, favorece o diálogo, a troca de saberes, proporcionando ao profissional enfermeiro, ser cuidado e cuidadores a construção de um plano de assistência alternativo, fazendo com que os mesmos colaborem com o tratamento, tornando-os corresponsáveis em razão da recuperação da saúde, submetendo aos envolvidos uma terapêutica efetiva, integral, responsável, ética, humanizada e sustentável.

No paradigma do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Atenção Básica – AB, o enfermeiro está inserido como membro da ESF. Dentre as atribuições da equipe, destaca-se o cuidado domiciliar operacionalizada pela visita domiciliar, esta atividade deve atender as necessidades dos seres respeitando a gravidade e providenciando os equipamentos de que necessitam, com o apoio eventual das eAB, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e dos demais pontos de atenção.

O **cuidado domiciliar** é compreendido nesse estudo como aquele desenvolvido para e com o ser humano (clientes e familiares), no contexto de suas residências, e faz parte da assistência à saúde dos envolvidos. Envolve o acompanhamento, a conservação, o tratamento e a recuperação do ser cuidado, de diferentes faixas etárias, em resposta às suas necessidades e às de seus familiares (LACERDA, 2000).

A autora complementa ainda que o cuidado domiciliar pode ser uma oportunidade significativa para que a autonomia do paciente e da família concretize-se, pois, mais do que um fazer, é um momento em que a enfermeira está

vivenciando situações de saúde-doença, no *locus* de habitação do paciente, de relações e de significado de vida (LACERDA, 2010).

Giacomazzi e Lacerda (2006) destacam que, a atenção domiciliar à saúde, constitui uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais de outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar). É importante notar que a atenção domiciliar tem sido a principal modalidade de atenção às pessoas vítimas de acidentes de trânsito com sequelas que os restringem ao ambiente do domicílio.

Considerando a complexidade do cuidado em domicílio, advogamos a necessidade da atuação do enfermeiro baseada em modelos teóricos que se adequam às necessidades de atenção do indivíduo e de sua família.

Nesse estudo, destacamos o Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar de Fávero e Lacerda (2013), o qual considera os componentes do Processo de Cuidar - contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação -, e os pressupostos criados a partir dos referenciais do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2000). Além desses, os conceitos do metaparadigma da Enfermagem – saúde, ser humano, Enfermagem e ambiente – e os conceitos de cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, família, contexto domiciliar e cuidador, também constituem o referido Modelo.

O Modelo de Cuidado proposto por Fávero e Lacerda (2013) subsidiará este estudo o qual tem como **objeto de investigação o cuidado de enfermagem transpessoal às vítimas de acidentes de trânsito com sequelas, restritas ao domicílio e de seus familiares.**

Os acidentes de trânsito trazem importantes repercussões na vida das vítimas e de seus familiares, envolvendo os campos físico, psicológico, econômico, político, social, cultural, entre outros. A literatura aponta um imenso número de óbitos, incapacidades permanentes e temporárias, alto custo de recursos financeiros, problemas psicológicos e pessoais, além de dor e sofrimento às vítimas e de suas famílias (FILHO, 2012, p. 149).

Os acidentes de trânsito trazem um impacto econômico considerável para a sociedade e particularmente para o setor saúde. As perdas globais originadas das suas lesões são estimadas em 518 bilhões de dólares norte-americanos, custando

aos governos entre 1,0 a 3,0% de seus produtos internos brutos. Também são responsáveis por sobrecarga dos serviços de saúde com alta demanda de profissionais de saúde, leitos hospitalares (WHO, 2009 apud FILHO, 2012, p. 152), e unidades de terapia intensiva. Nesse contexto, somam-se os expressivos números de veículos avariados; imóveis danificados; perdas em produtividade, serviços de reabilitação, custos de seguradoras, previdência, entre outros envolvidos como o número de óbitos e as morbidades.

No trabalho de Naumann *et al* (2010 apud FILHO, 2012, p. 152) foram calculados custos gerados por tratamentos médicos e perda de produtividade ocasionados pelas consequências dos acidentes de trânsito fatais e não fatais no ano de 2005 nos EUA. Os autores observaram que o custo total foi de 99.319 milhões de dólares norte-americanos sendo 73.519 com homens e 25.800 com mulheres. Os maiores custos financeiros ocorreram com acidentes automobilísticos (70.083 milhões) e com a faixa etária de 25 a 64 anos (57.946).

O autor acrescenta, ainda que, as sequelas geradas em decorrência do acidente de trânsito incluem consequências que envolvem os campos psíquico e social, que não saltam aos olhos nos primeiros momentos dos acidentes, mas no processo de acompanhamento e observação das vítimas. As repercussões na vida das vítimas e de seus familiares geram a necessidade de uma assistência especializada, individualizada e humanizada no ambiente domiciliar, o que justifica a importância do cuidado de enfermagem que, para essa população específica se dá no âmbito da Atenção Básica.

As demandas de cuidado advindas da assistência a essa população tornam-se contínuas, merecendo uma abordagem integral e holística por parte do enfermeiro que atua na Atenção Básica. Além do cuidado direto em procedimentos técnicos e no auxílio às atividades rotineiras, os momentos de escuta, de criação de vínculos e valorização das subjetividades, das relações afetivas e da espiritualidade tornam-se essenciais à manutenção do sujeito e de sua qualidade de vida.

Ao enfermeiro que cuida em domicílio cabe ainda criar espaços de interação entre familiares e cuidadores com uma metodologia que favoreça a melhoria da capacidade funcional do indivíduo restrito ao leito ou domicílio, tornando-o corresponsável pelo cuidado.

O domicílio como ambiente de cuidado, compreendido em sua dimensão contextual pode ser visto apenas como o espaço físico composto por uma

iluminação adequada e boa ventilação, entre outros aspectos; ou também pode ter um significado mais amplo que transcende a dimensão física/estrutural e representa um espaço de conforto, harmonia e bem estar, capaz de contribuir positivamente para a recuperação da pessoa a ser cuidada (BRONDANI; BEUTER; ALVIM; SZARESKI; ROCHA, 2010).

Diante da complexidade do cuidado que envolve o universo de vida das pessoas vítimas de acidentes de trânsito com sequelas que as restringem ao domicílio e do potencial de atuação do enfermeiro neste contexto questionamos: **Como o Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar proposto por Fávero e Lacerda (2013) pode atender às necessidades de cuidado da pessoa vítima de acidente de trânsito restrita ao domicílio e de seus familiares?**

A busca de um modelo de cuidado para instrumentalizar o meu processo de trabalho enquanto enfermeira da Atenção Básica há 16 anos atuando no município de Tianguá-Ceará tanto na gestão quanto na assistência, somada a oportunidade de refletir sobre a minha prática a partir das discussões suscitadas nas aulas do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) me levou a desenvolver um estudo no âmbito do Cuidado Domiciliar.

A prática do enfermeiro na ESF no município de Tianguá-Ceará tem sido cada vez mais desafiadora. A este profissional é delegada atualmente as funções de assistente e gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS).

No exercício da profissão nos deparamos cotidianamente com as mais variadas e complexas necessidades de saúde das pessoas de um território, que nos levam a estar reinventando rotineiramente o modo de pensar e agir, resguardando o cuidado como propulsor da formação profissional e que, atualmente, está sendo difundido em todos os espaços de atuação, subsidiada pelas políticas de saúde que dão sustentabilidade ao SUS.

O cuidado tem sido realizado de forma incipiente na produção de bens e serviços em saúde, muitas vezes, ganhando ênfase as ações curativas em detrimento das ações promotoras de saúde. Os atendimentos são realizados dentro de uma perspectiva curativista, voltando as ações para as pessoas doentes, considerando os protocolos ministeriais dentro da Unidade Básica de Saúde - UBS e fora dela também, quando se escolhe o espaço do domicílio para a assistência.

Na dinâmica diária da Estratégia Saúde da Família, é perceptível o número expressivo de cidadãos politraumatizados por acidentes de trânsito, que acessam o serviço da UBS com dificuldades de deambular, ou mesmo, pelo os que, sem nenhuma condição para movimentar-se procuravam o atendimento por meio de seus familiares para negociar a realização de cuidados no domicílio. Vimos uma demanda reprimida que aumentava a cada dia.

A territorialização da área em 2013 mostrou a numerosa busca por curativos em indivíduos que tinham acionado os serviços de saúde pela urgência e emergência hospitalar apresentando-se multilesionados por acidentes de trânsito. Durante o acesso ao serviço na UBS, as queixas mais constantes eram o porque dos profissionais de enfermagem não realizarem procedimentos no domicílio; além, de discorrerem sobre as dificuldades de deambular associadas a dor, fraqueza e também as precárias condições financeiras para se deslocarem até a unidade básica de saúde.

Diante das responsabilidades assumidas como enfermeira da ESF, essas situações foram causando muitas inquietações, uma vez que neste cenário de atuação, enquanto ser cuidador e consciente da dimensão desse cuidado que ampara, desvela, pondera, zela e etc., seria necessário otimizar o tempo, os recursos materiais e humanos disponíveis, e “driblar” a fragmentação da atenção, minimizar a baixa resolubilidade e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade do sistema.

Diante dessa realidade, o despertar para uma atuação como pesquisadora na produção do cuidado em domicilio levou a muitas leituras e reflexões sobre a necessidade de um agir mais responsável dentro de uma metodologia própria da assistência de Enfermagem, um método científico, que levasse a uma prática contextualizada, ética e humanizada.

Dentre as muitas leituras sobre o Cuidado de Enfermagem, Jean Watson (2002), em seus escritos, retrata nossas crenças em relação a atuação do enfermeiro na atualidade: “...à medida que são ultrapassadas a alta tecnologia e o caráter curativo que caracterizam a era “moderna” a enfermagem precisa de redescobrir a sua essência e devolver às suas práticas, as artes de cuidar...”. Isso fortalece a escolha pelo referencial teórico, que se apresenta como um caminho para nortear a prática de enfermagem no cuidado domiciliar.

Compreendemos o domicílio como um espaço propício para praticar na essência o cuidado numa perspectiva holística, tanto para prevenir agravos, quanto para promover, recuperar e reabilitar a pessoa a ser cuidada e seu familiar, exercendo uma prática de enfermagem ética, humanizada, especializada, respeitando a individualidade de cada ser e sua relação familiar propondo, também, um cuidado de enfermagem personalizado.

Para fraseando Martins e Lacerda (2008), destacamos que o cuidado domiciliar em todo o mundo tem crescido e em qualquer sistema de saúde, apresenta-se como uma alternativa eficaz ao modelo hospitalocêntrico e com força de resolubilidade. Nessa perspectiva, fatores causais desse crescimento estão: aumento dos atendimentos à população idosa, a portadores de doenças crônicas degenerativas e sequelas provenientes de doenças ou acidentes; mudança do foco curativo para o da integralidade do ser humano; intensificação da prevenção de doenças, promoção da saúde; diminuição da sobrecarga existente no hospital; e aumento na eficiência e na eficácia do atendimento à saúde da população. Estes aspectos sugerem a relevância desse estudo, especialmente, quando utilizamos um Modelo de Cuidado em Enfermagem, a exemplo do proposto por Fávero e Lacerda (2013) baseado nos pressupostos teóricos do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Acreditamos que essa pesquisa se constitui como um importante referencial teórico para o desenvolvimento de novos estudos, no sentido de ampliar ou aprofundar questões relacionadas as experiências de cuidado de enfermagem domiciliar, bem como, um novo olhar sobre as necessidades de atenção das pessoas em situações de vulnerabilidades e de seus familiares.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a implementação do cuidado a pessoas vítimas de acidente de trânsito em acompanhamento domiciliar aplicando o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar proposto por Fávero e Lacerda (2013).

2.2 Específicos

- Apresentar o contexto situacional das pessoas vítimas de acidente de trânsito em acompanhamento domiciliar;
- Identificar as necessidades de cuidado dos participantes da pesquisa, considerando os pressupostos do cuidado transpessoal;
- Analisar as vivências do contexto domiciliar mediante a aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar;
- Relacionar as contribuições do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar para as pessoas que necessitam da assistência de Enfermagem no domicílio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico para desenvolvermos esta pesquisa está pautado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Talento relata que: “o fundamento da teoria de Watson foi publicado em 1979 como a Teoria do Cuidado Humano em *Nursing: The philosophy and sciense of Caring*. Entre os anos de 1985 a 1988, a teoria sofreu alterações e foi relançada em *Nursing: Human science and human care*”. (TALENTO, 2000, p. 253).

Silva destaca que:

> Watson, na enfermagem, foi a única teórica a apoiar explicitamente o conceito de alma e a enfatizar a dimensão metafísica na vida humana, no processo de cuidado e na enfermagem. Essa autora utiliza o termo “alma” como sinônimo de espírito, self interno e essência da pessoa. Ela descreve a alma como o grau mais elevado de consciência, força interna, poder que pode se expandir as capacidades humanas e levar a pessoa a transcender o self. Um tema forte na teoria de Watson é a evolução espiritual, tanto individual como nível social. A meta da enfermagem, proposta por Watson, é ajudar as pessoas a obterem um grau de harmonia mais elevado na unidade mente-corpo-espírito, o qual geraria o processo de autoconhecimento, auto-reverência, autocura (self-healing) e autocuidado. (SILVA, A. L., 2007, p. 68-69).

A estrutura da ciência do cuidado está construída sobre os 10 seguintes elementos de cuidado de Watson:

1. Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado;
2. Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado;
3. Cultivar práticas próprias espirituais e do “eu transpessoal”, ultrapassando o próprio ego;
4. Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico;
5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada;
6. Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição;
7. Engajar-se em experiência genuína de ensino aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro;

8. Criar um ambiente de reconstituição (healing), em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado;
10. Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da qual a do ser cuidado.

A partir de, então, Watson, passou a considerar o cuidado humano transpessoal como contato dos mundos subjetivos do enfermeiro e da pessoa cuidada, o qual tem o potencial de ir além do físico material ou do mental-emocional, já que entra em contato e toca o mais alto senso espiritual do *"self",* da alma, do espírito. O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contato é um processo que transforma, gera e potencializa o processo "*healing"*. Determina uma atitude de respeito pelo sagrado que é o outro que Watson passou a chamar de teoria de *"carita communitas"* (LACERDA, 1997).E os fatores da teoria em apreço foram substituídos pelos elementos do processo *"clinical caritas".*

O processo de cuidar é a maneira com que a enfermeira realiza seus cuidados, como acredita naquilo que faz como se coloca nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza o cuidado, utilizando-se das mais diversas formas de expressão (LACERDA, 1996, p. 33). O Cuidado de Enfermagem Transpessoal no Contexto Domiciliar foi desenvolvido por Fávero e Lacerda em 2013 para operacionalizar a aplicação da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

A pesquisa de Favero (2013) apontou algumas considerações em relação ao Processo de Cuidar de Lacerda (1996), com vistas ao aprimoramento e aprofundamento do conhecimento construído sobre o cuidado de Enfermagem Domiciliar. A seguir, está descrito o Modelo do Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar a partir das considerações de Fávero e Lacerda, onde segundo as autoras, os pressupostos que embasam este modelo de cuidado são:

- O cuidado transpessoal acontece durante o momento do cuidado.
- O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal.

> - 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.
> - 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.
> - As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal
> - 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;
> - 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;
> - 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, 2013, p. 145-146).

O Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar proposto pelas autoras Fávero e Lacerda (2013) envolvem os conceitos descritos a seguir:

Saúde designa subjetivamente o bem-estar do ser humano individual e/ou coletivo nos campos físico, psíquico, social, cultural e espiritual, que são influenciados por intermédio da trajetória de vida e das relações pessoais. A saúde poder ser alcançada com o estabelecimento do *healing* (FÁVERO, 2013, p. 146).

Ser humano, criatura independente do sexo cujo organismo é composto por corpo-mente-espírito, envolto a sentimentos e pensamentos, que o faz sofrer, sorrir, pensar, construir, interagir consigo, com outro e o cosmos (FÁVERO, 2013, p. 146).

Enfermagem é compreendida como uma profissão alicerçada na ciência, na arte, na disciplina e tecnologia. Para aplicá-la, o ser intencionalmente capaz para desenvolvê-la é o enfermeiro, estando este, no interior de uma relação de cuidado entre profissional e cliente, primando sempre o seu pensar para o crescimento constante dos envolvidos, impulsionando-os para um fazer cuidado restaurador, equilibrado e transformador de preconceitos, habilitando para autonomia dos envolvidos (FÁVERO, 2013, p. 147).

Cuidado domiciliar é entendido como uma ação de atendimento e assistência que envolve o trinômio profissional-cliente-família, podendo ser realizado por meio de visitas e internações domiciliares com vistas a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do cliente, cujas as atuações, são de acompanhamento,

tratamento, manutenção, recuperação e reabilitação, além de, proporcionar para o trinômio, auxílio frente ao evento morte se necessário, agindo com interesse, apoio, empatia, envolvimento, respeito as crenças e valores da família. (FÁVERO, 2013, p. 147).

Cuidador é a pessoa que tem por parte do cliente à sua confiança em ajudá-lo a recuperar-se. Apresenta comportamento altruísta, responsável e dedicado, com intenção de prover o cuidado de forma solidária ou remunerada. Por sua habilidade é considerada “peça chave” no elo entre os profissionais de saúde-cliente-família (FÁVERO, 2013, p. 147-148).

Família é um ambiente social onde convivem pessoas permeadas culturalmente por valores, crenças e normas, ligadas afetivamente e efetivamente e que formam o núcleo de atenção para a atuação dos profissionais de saúde (FÁVERO, 2013, p. 148).

Ambiente é um espaço considerado social que pode ser micro, local íntimo, individual ou macro a exemplo do domicílio onde circulam as pessoas da família que interagem entre si, fisicamente, emocional, mentalmente e espiritualmente, podendo influenciar e deixar-se influenciar por eles mesmos. Constitui o núcleo de domínio do cliente (FÁVERO, 2013, p. 148).

Contexto domiciliar tem um sentido mais abrangente, vai para além do espaço físico, engloba as peculiaridades na dinâmica entre as relação do cliente-família e da família para com o cliente, capazes de influenciar as pessoas no seu entorno, por questões sociais, econômicas, culturais e relacionais fundamental para desenvolver o cuidado considerando as reais necessidade do cliente (FÁVERO, 2013, p. 148).

Ressalta-se que os elementos do Processo *Clinical Caritas* 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.

A proposta do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem ao cliente e sua família é composta por quatro fases que acontecem dinamicamente. São elas: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação que serão descritas separadamente por Fávero:

- Contato Inicial - caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira, cliente e família. A cada novo olhar ou ouvir, novas descobertas ocorrem. Neste momento, há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar. É neste momento que são consideradas a história de vida de cada um. É aquele olho no olho, querer e ao mesmo tempo temer seguindo sempre a intuição, é ser verdadeiro.
- Aproximação - nesta fase, a relação já evoluiu, "os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para a união" (LACERDA, 1996, p.33). A autora afirma ainda, que nesta fase os envolvidos caminham para que suas almas e espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados.
- Encontro Transpessoal - ocasião em que ocorre a relação transpessoal, em que enfermeira e cliente transcendem cada um, não sendo mais dois e sim apenas um. "Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar junto em harmonia e mutualidade" (LACERDA, 1996, p. 34). "A enfermeira após viver esta experiência de união dos *selves* sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal" (LACERDA, 1996, p. 35).
- Separação - esta fase conota a maturidade das partes envolvidas (enfermeira, cliente, família), em que as conotações subjetivas se modificam e partem regeneradas e enriquecidas com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida. A enfermeira e o cliente se libertam do vínculo estabelecido, pois cada um atingiu seus objetivos. Porém, a separação pode ocorrer de forma abrupta, sem que tenha ocorrido transformação, seja por recuo do cliente, ou pela necessidade de maior preparo por parte da enfermeira ou do cliente, ou também pela necessidade de suporte de outro profissional. (FAVERO, 2013, p. 72-73).

No entanto, na *práxis* nos tempos de hoje, a enfermagem apresenta-se com o seu papel relevante, corroborando em todos os espaços de produção, bens e serviços de saúde, sejam eles na assistência e ou gerenciamento do cuidado. Mesmo diante da grande e multíplice burocracia, o enfermeiro deve dotar-se de atitudes para o desenvolvimento do cuidado de modo a não prejudica-lo, não afastando-se do seu emprego humanista de agir, dentro de uma abordagem holística. Mesmo ampliando o escopo de sua responsabilidade, se concretiza em uma oportunidade de emancipação individual, social e profissional.

O Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar de Fávero e Lacerda 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 ou que a saúde ou o processo de *healing* não serão atingidos. Nesses casos, o cuidado não enfoca a recuperação, e sim, a promoção do conforto, da dignidade e de uma melhor qualidade de vida, enquanto for possível e estiver ao alcance dos envolvidos, além de uma morte digna quando esta for inevitável (FAVERO, 2013, p. 153).

4 METODOLOGIA

4.1 Aproximação com o objeto de estudo e a Pesquisa-Cuidado

O caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento da investigação foi a abordagem qualitativa com o desenho da pesquisa-cuidado apoiada no Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda (2013).

A aproximação com o objeto de estudo se deu a partir da observação das dificuldades vivenciadas pelas pessoas vítimas de acidente de trânsito e de seus familiares no processo de reabilitação e acompanhamento domiciliar. Diante do contexto de vida dessas famílias o enfermeiro busca qualificar a atenção domiciliar, bem como apreender as subjetividades que envolvem esse universo complexo, que é próprio das pesquisas qualitativas.

A pesquisa qualitativa consiste em práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, a partir das quais os pesquisadores “comprometem-se com uma investigação direcionada para a práxis e a mudança social. Consiste em explorar determinado contexto em que uma pessoa interpreta sua experiência e atendem às perguntas “como” e o “que”. São questões que se relacionam com saberes, preferências e experiências, preocupações e prioridades. Dessa forma, a pesquisa qualitativa gera conhecimento sobre importantes aspectos da experiência humana. Assim, as experiências de vida são fundamentais para compreender determinada situação e permitem aos pesquisadores analisar e revelar novos significados e entendimentos que estão enraizados nas vivências das pessoas (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016, p. 101).

Os dados qualitativos podem fornecer uma rica introspecção do comportamento humano, pois a pesquisa qualitativa prioriza dimensão subjetiva em vez de mediações objetivas cujos resultados geram conhecimento sobre importantes aspectos da experiência humana. E nesse sentido, os achados da pesquisa qualitativa podem orientar ações de cuidado, organizações da prática em saúde e enfermagem, implementar processos, recria modos de cuidado e de olhar o mundo sob uma perspectiva multifocal e complexa (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016, p. 103).

A pesquisa-cuidado como uma modalidade de pesquisa própria da enfermagem que contém em si uma dimensão humanística, se configurando como um instrumento para ajudar o ser pesquisador e o ser pesquisado a um “devir harmonioso”. Ela busca a conexão entre método e cuidado, não oferecendo ao método o foco central da interação, mas ao sujeito pesquisado em sua total essência (NEVES; ZAGONEL, 2006, p. 74).

O método da pesquisa-cuidado é uma sistematização de pesquisa, uma trajetória metodológica com o encadeamento de cada etapa, pois envolve a interação entre os participantes, a utilização de instrumentos que sejam sensíveis ao contexto cultural do estudo e a preocupação em beneficiar a comunidade estudada com os resultados. Esse método permite conhecer como o sujeito se percebe em sua relação com o mundo e com o outro, como percebe o olhar do outro sobre si mesmo e como reage a essa interação além de possibilitar formas de lidar com a nova realidade e perspectiva existencial futura (ZAGONEL; NEVES; MARQUES; IAMIN; VICTOR, 2016).

Trabalhar a pesquisa-cuidado é respeitar cada ser que está sendo pesquisado, buscando o bem-estar durante a trajetória de pesquisa-cuidado, promovendo a possibilidade de escuta do desejo do outro, que vai além da pesquisa pura, mas que por meio da escuta do desejo da pessoa se pode desenvolver um trabalho adequado a cada sujeito em particular, construindo, em cada um deles, uma relação de respeito, ajuda, compreensão e cuidado (ZAGONEL; NEVES; MARQUES; IAMIN; VICTOR, 2016).

Considerando os pressupostos da pesquisa-cuidado, este estudo envolve etapas que devem ser seguidas para alcançarmos o objeto de investigação. Para Neves e Zagonel (2006), as etapas percorridas para a efetivação da “Pesquisa-Cuidado” são estabelecidas conforme se processa o encontro e devem compreender:

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, domiciliares 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.

4.2 Cenário de encontro com o ser pesquisado

O encontro com o ser pesquisado aconteceu nos territórios de adscrição das equipes da ESF situadas na zona urbana do município de Tianguá-CE. O município situa-se no Planalto da Ibiapaba, à noroeste do Estado do Ceará, na 5ª Região Administrativa do Estado e na 13ª CRES, limitando-se ao norte com Moraújo, Viçosa do Ceará; ao sul com Ubajara; a leste com Coreaú, Frecheirinha e Moraújo e a oeste com Viçosa do Ceará e o Estado do Piauí. Tem quatro distritos: Arapá, Caruataí e Tabainha, criados pelo Decreto 1.156, em 1933, além de Pindoguaba criado pelo Decreto 448 de 1933. Além dos distritos, o município conta com diversas localidades na zona urbana e rural, tendo uma população estimada em 74.107 habitantes.(IBGE, 2016).

O município é sede administrativa das seguintes instituições: 13ª CRES, 5º CREDE, Diocese, Secretaria Regional da Fazenda Estadual, 4ª Companhia de Polícia Militar, Campus Avançado da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),

EMATERCE, IDT (Instituto de Desenvolvimento do Trabalho), SEBRAE, DETRAN, IBGE, Bancos Oficiais (Caixa Econômica Federal, Bradesco, Banco do Brasil e Banco do Nordeste do Brasil).

No âmbito da Saúde, o município é Gestão Plena do Sistema Municipal, compondo uma rede SUS de serviços, de forma a buscar atender a população e garantir o seu direito à saúde. Dessa forma, o município conta com serviços de Atenção Básica com uma Estratégia em Saúde da Família composta por 22 Equipes e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O município, também, conta com 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde que prestam serviços de Pronto Atendimento (Upinha) nos horários de 7 às 22 horas, e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em processo de construção; Policlínica, Centro de Atenção Psicossocial II, Centro Integrado de Assistência à Saúde (CIAS), Serviço de Urgência e Emergência (Resgate Móvel) e o Hospital Sociedade Beneficente São Camilo, sendo este filantrópico e prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este estabelecimento constitui-se, também, como Pólo de Referência para atenção secundária à saúde de acordo com o PDR (Plano Diretor de Regionalização), nas especialidades de: Traumatologia e Ortopedia; Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Pediátrica, Clínica Médica e Urgência e Emergência. Os serviços deste hospital atendem preferencialmente à população proveniente dos municípios da Microrregião de Saúde (Tianguá, Croatá, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, Ubajara, São Benedito, Viçosa do Ceará) nas áreas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica (partos com alojamento conjunto), Casa da Gestante Municipal; Atendimento ambulatorial e internação em Cirurgia Geral e Traumato-ortopedia (eletivos).

Em Tianguá a Secretaria de Saúde realiza um trabalho direcionado aos determinantes e condicionantes de saúde procurando desenvolver parcerias com outras secretarias, bem como ações que promovam uma melhor qualidade de vida da população e que valorizam a dimensão da Promoção da Saúde dos indivíduos.

Os serviços ofertados no domicílio são realizados pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, em especial, o técnico de enfermagem e enfermeiro, onde, muitas vezes, há a desvalorização da complexidade do cuidado e do contexto familiar no cotidiano de trabalho.

A ausência de um cuidado domiciliar que compreenda a complexidade das necessidades destes usuários, a falta de preparo e informação dos cuidadores

(tanto profissionais de saúde quanto familiares, entre outros) vem contribuindo para o agravamento da condição de saúde dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito, gerando frequente reinternação, como também, desgaste físico e emocional destes e de seus familiares.

4.3 Participantes da pesquisa-cuidado

Os participantes do estudo foram pessoas vítimas de acidente de trânsito em acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde da família dos territórios do município de Tianguá-Ceará, totalizando cinco pacientes e seus familiares, uma vez que para realização da pesquisa-cuidado necessitamos de informações que foram obtidas a partir dos cuidadores-familiares.

Como critérios de inclusão dos participantes elegemos os seguintes:

- pessoas vítimas de acidentes de trânsito restritos ao domicílio acompanhados pela equipe de saúde da família com a ocorrência do acidente seis meses antes da coleta de dados;
- pessoas vítimas de acidentes de trânsito restritos ao domicílio acompanhados pela equipe de saúde da família com capacidade de comunicação verbal;
- pessoas vítimas de acidentes de trânsito restritos ao domicílio acompanhados pela equipe de saúde da família com idade maior que 18 anos;
- pessoas vítimas de acidentes de trânsito restritos ao domicílio acompanhados pela equipe de saúde da família que consentirem juntamente com os cuidadores-familiares a participação na pesquisa.

Vale ressaltar que a anuência para participação na pesquisa se deu por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

4.4 Instrumentos para coleta das informações e estabelecimento das conexões

Para realizar o estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação participante, com diário de campo, ambos aplicados e vivenciados no período de abril a junho/2016 durante 48 encontros em domicílio, com uma média de nove por participante.

A entrevista é uma estratégia de coleta de dados frequentemente utilizada nas pesquisas da área da saúde. Sua utilização como ferramenta de coleta de

dados nas pesquisas em saúde permite conhecer o que as pessoas sentem e como imaginam os eventos relacionados à saúde e doenças e os significados que atribuem às experiências de vida e doença. A entrevista é um diálogo formal que tem uma intencionalidade, ou seja, um propósito definido pelos objetivos da pesquisa. Consiste em um processo de obtenção de informações dos pesquisados, o que pressupões a interação entre pesquisador e o(s) sujeito(s) pesquisado(s) (BONILHA; OLIVEIRA, 2016, p. 423).

Nas entrevistas semiestruturadas, o pesquisador determina previamente as perguntas que serão realizadas. As perguntas são do tipo abertas e fechadas, permitindo a possibilidade do pesquisador aprofundar as respostas obtidas às questões da pesquisa durante a entrevista, sem, contudo, perder o foco no estudo. Exige uma escuta cuidadosa do pesquisador para aprofundamento e alcance dos objetivos da pesquisa (BONILHA; OLIVEIRA, 2016, p. 423).

Na observação participante, enquanto técnica utilizada em investigação, há que realçar que os objetivos vão muito além da mera descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Face à intersubjetividade presente em cada momento, a observação em situação permite e facilita a apreensão do real, uma vez que estejam reunidos aspectos essenciais em campo (CORREIA, 2009, p. 31). A autora cita, ainda que, “é uma ferramenta que todos usamos para compreender novas situações”, quando queremos compreender o significado das ações e interações de um grupo de participantes num determinado contexto em estudo, permite-nos observar as atividades das pessoas, as características físicas da situação do ponto de vista social e o que nos faz sentir o fato de fazermos parte integrante daquela realidade.

Para que o afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado acontecesse sem prejuízo nas relações estabelecidas durante o processo investigativo da pesquisa e também durante as outras etapas que antecederam a esta, ambos os envolvidos (ser-pesquisado-cuidado, ser-pesquisador-cuidador e familiares) preparavam-se com diálogos exaustivos permeando o desligamento tão logo a finalidade da pesquisa fosse alcançada e anunciada pelo ser-pesquisador-cuidador de que o ser pesquisado-cuidado e seus cuidadores já apresentavam-se com certo grau de segurança para lutar pelo restabelecimento de sua saúde.

Durante todo o tempo disponibilizado para a pesquisa, o diário de campo serviu como um instrumento indispensável, pois nele eram anotadas rotineiramente,

durante ou após cada encontro as informações sobre o estado de saúde dos seres pesquisados-cuidados desde o primeiro encontro: os procedimentos realizados, as suas evoluções e anotações sobre as observações das condições sociais, culturais, econômicas, de organizações das relações familiares como a de organização do domicílio e também das percepções dos seres pesquisados e cuidadores domiciliares acerca de suas condições de saúde.

4.5 Procedimentos para análise e discussão do apreendido

Os resultados da pesquisa-cuidado foram tratados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), operacionalizada por meio da transcrição detalhada integralmente das informações e mensagens obtidas por meio dos discursos livres e verbalizados dos seres – pesquisados – cuidados sobre o evento ocorrido e experienciado sobre o que viveram, sentiram e pensaram e das suas percepções sobre os cuidados de saúde no domicílio. A significação dos discursos foram organizadas por categorias suscetíveis a condução de inferências sobre o alcance do objetivo central da pesquisa.

O processo de categorização, que pode ser definido como: “Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero” (BARDIN, 1977 apud CAMPOS, 2004, p. 613).

Desta forma, podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004).

Isto posto, inicialmente descrevemos os participantes e seus familiares relatando sobre o processo de cuidar no domicílio considerando as etapas propostas pelo Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda (2013). Foram atribuídos nomes às Famílias, considerando as virtudes teologais, que guardam semelhança com as situações vivenciadas durante o processo de cuidado transpessoal, assim definidas*: (1) Família Fé; (2) Família Esperança; (3) Família Caridade; (4) Família Humildade; (5) Família Temperança.*

Por conseguinte, discutimos as categorias que emergiram dos discursos dos pacientes e, por vezes, de seus familiares cuidadores, as quais citamos: *(1) Cuidando de si; (2) O cuidado desempenhado pelo outro; (3) O significado do cuidado em domicílio; (3) Crenças que apoiam nesse momento de vida; (4) Sentimentos positivos em relação à condição de vida; (5) Sentimentos negativos em relação à condição de vida; (6) Do cuidado real ao ideal: pontos e contrapontos que envolvem o cuidado domiciliar do serviço de saúde.*

É importante notar que na medida em que discorremos sobre o processo de cuidado transpessoal registramos os elementos de cuidado que foram sendo apresentados e, discutimos com a literatura pertinente.

4.6 Considerações éticas

Em atenção aos princípios da bioética, a pesquisa atendeu a Resolução nº 466/ 2012. (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovada sob o parecer Nº 1.450.402. A intencionalidade da pesquisa com suas dimensões foram submetidos à análise e consentimento dos órgãos e instituições diretamente envolvidos na pesquisa. No curso do processo com os participantes (vítimas de acidentes) os esclarecimentos éticos foram esclarecidos utilizando-se a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os autores ou órgãos dos documentos que compreendem fontes de dados para o aprofundamento do estudo foram referenciados, suas ideias e autorias respeitadas, assegurando o caráter ético da referida resolução: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e equidade.

A eticidade da pesquisa implica em:

a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

O princípio da *não-maleficência* foi seguido, ao assumirmos o compromisso de que não foi trazido nenhum constrangimento aos sujeitos da pesquisa. A fim de termos atendido a este princípio, nenhuma informação relativa aos sujeitos foi personalizada e os dados foram analisados de forma coletiva.

d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

5 O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

Neste capítulo, resgatamos o processo de cuidado transpessoal em enfermagem junto a pacientes e suas famílias no domicílio. Para tanto, os resultados estão expostos considerando as etapas do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem no Domicílio em comunhão com os princípios da Pesquisa Cuidado a partir da descrição dos casos. Por conseguinte, abordamos sobre o desenvolvimento do cuidado transpessoal em categorias.

5.1 Vivências do cuidado de enfermagem no domicílio às vítimas de acidente de trânsito e suas famílias

Para a identificação dos participantes e suas famílias utilizou-se as características das virtudes teologais, como mencionado anteriormente, uma vez que apresentam também uma aproximação com os conceitos discutidos no cuidado transpessoal.

5.1.1 Família Fé

A fé pode ser entendida como a resposta de vida, em que o ser humano é levado pela necessidade premente buscando a solução do que lhe perturba o ser. Pressionado pelas possíveis consequências, ele cegamente salta na aventura da incerteza, esperançoso da resposta certa do divino no qual crê. Isto é fé, é confiar em meio desconfiança (PEREIRA, 2003, p. 26).

Credo é um jovem de 33 anos, solteiro, nível superior e encontrava-se sob acompanhamento domiciliar há quatro meses. Residia com seus pais Fiel e Crença que eram aposentados e, seu irmão Leal que era estudante. Credo era servidor público municipal, desempenhava a função de agente administrativo.

Apresentava relatório de alta hospitalar com diagnóstico de lesão em Ligamento Cruzado Anterior (LCA) no membro inferior esquerdo (MIE), Lesão Cefalorraquidiana (LCR) e lesão de costelas.

- Contato Inicial

Fui ao primeiro encontro com Credo em seu domicílio, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) juntamente com a técnica de enfermagem que realizava os curativos em seu domicílio, uma vez que ele não se deslocava até a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Inicialmente, fui apresentada para sua mãe que nos conduziu ao cômodo da casa onde ele se encontrava instalado. Foi, então, que constatei que Credo apresentava um grau importante de dependência para realizar algumas atividades da vida diária. Chamei-o pelo o nome e me apresentei. Credo me acolheu de forma calorosa, demonstrou interesse pela minha presença, pois apresentava um semblante de quem estava ávido para entender as transformações que estava percebendo durante os cuidados prestados no tratamento. Neste momento, respondi algumas de suas dúvidas, porém, olhando os movimentos e ouvindo atentamente o que ocorria durante a realização do procedimento.

Credo observava o procedimento sendo realizado e aparentava medo quando o seu olhar se encontrava com o meu. Atentamente percebi que no domicílio, Credo tinha mais confiança nos cuidados prestados por Verdade, que era a secretária do lar de sua mãe. Percebi que Credo recebia constantemente a visita de parentes e amigos, o que lhe agradava e demonstrava o quão era querido.

- Aproximação

Retornei a casa de Credo, oito dias depois do primeiro contato, passava das 15 horas, encontrei-o deitado no seu quarto e ao lado de sua cama estava um notebook e livros,os quais utilizava para pesquisa e leitura para passar o tempo, havia também uma televisão e um criado mudo com os medicamentos e insumos para a realização dos curativos.

Acordamos que nossos encontros aconteceriam no mesmo intervalo de tempo, a cada oito dias, ou em tempos alternativos, dependendo da necessidade. Registramos os números de telefones celulares para que cada um de nós, ser pesquisado-cuidado e ser pesquisador cuidador precisasse entrar em contato.

Reportei-me ao elemento 4 do processo *clinical caritas* quando assumi uma postura que contribuísse para tocá-lo e ouvi-lo, demonstrei interesse pela sua história,olhei nos olhos dele e perguntei como ele estava se sentindo. Credo passou as mãos no cabelo como um gesto de preocupação, respondeu-me que em alguns momentos do dia sentia-se triste e agoniado pelo estado em que se encontrava,

mas, se apegava nas orações e à São Francisco, de quem era devoto e a conformidade vinha em seguida. Neste momento, senti-me tocada com suas palavras e utilizei o elemento 2, instilei fé, esperança como também o respeito a sua crença para que houvesse um aprofundamento de nossa conexão e a otimização do cuidado fosse desvelado.

Concomitantemente, posicionei-me para verificar seus sinais vitais, glicemia capilar, bem como investiguei os sintomas do funcionamento do seu corpo. Ele juntamente com suas cuidadoras Crença e Verdade ao lançarem seus olhares de encontro ao meu, perguntavam-me com um discreto sorriso se estava tudo bem.

Indaguei-lhe sobre sua higienização e a realização dos curativos. Credo disse-me que adotou a postura de fazê-lo somente em dias alternados por medo de contrair alguma infecção. Crença e Verdade sempre por perto endossaram o que foi dito por Credo. Empossei-me dos elementos 1 e 7, pratiquei a moderação, comunguei com sua vivência para o seu cuidado de modo a respeitar suas limitações, mas, entendi como um indicativo também para refinar a criatividade que deveria dispensar para a melhoria do seu cuidado.

- Cuidado Transpessoal

Retornei após seis dias para o terceiro encontro, tomei conhecimento que haviam 2 dias que Credo não fazia os curativos e não tinha se esforçado para movimentar-se conforme orientação médica. Toda essa situação deixava sua mãe preocupada e ansiosa porque não conseguia sentir o filho empenhado em sua reabilitação. Mesmo com o zelo prestado pelas cuidadoras do domicílio, percebi que Credo, ainda demonstrava insegurança, principalmente em relação aos cuidados prestados por sua mãe, enquanto que na cuidadora Verdade ele depositava mais confiança.

Após a realização dos exames de enfermagem, tentei aplicar o elemento 1 com gentileza, coloquei-me a sua disposição para a realização dos curativos, ele aceitou expressando-se com contentamento e alegria. Solicitei de suas cuidadoras que me acompanhassem e auxiliassem, apliquei o elemento 6 utilizei a criatividade para uma prática ética, estética personalizada, onde o saber acadêmico se entrelaçava com o senso comum mutuamente e, respeitosamente prevaleceu o que trouxera mais conforto para Credo e aos poucos fui percebendo que a confiança começava a se instalar na produção do cuidado.

Depois de 6 dias aconteceu nosso quarto encontro, nele percebi que sua mãe Crença se alegrava com a minha presença, já me recebia com mimos domésticos, servia-me guloseimas e se dirigia a mim como enviada por Deus, e dizia sempre que não tinha palavras para agradecer. Observei que na relação de cuidado ela tinha atitude de agendar consultas no domicilio com o fisioterapeuta e a providenciar os documentos necessários para que a ação fosse executada a contento e outras necessidades do lar e de Credo.

Aproveitei a oportunidade e utilizei o elemento 7, buscando disponibilizar com delicadeza e ponderação para as cuidadoras Crença e Verdade a aprendizagem na realização cautelosa e segura para a efetuação dos curativos das feridas cirúrgicas, quanto a Credo, voltei-me para ele e com parcimônia, fui tentando despertar a sua vontade para deambular, mesmo demonstrando tristeza no olhar, apresentava-se preocupado, pois até aquele momento o medo ainda tomava conta dele, e ele não tinha coragem para exercitá-lo.

O momento foi intenso e singular com as cuidadoras do domicílio, Credo e eu participamos atentamente, dividimos os nossos conhecimentos, compartilhamos e esclarecemos as dúvidas, senti que favoreceu um ambiente mais tranquilo e sereno. Amparei-me no elemento 1 onde nós, cliente-enfermeiro-cuidadores nos unimos numa tríade para alcançar a confiança de Credo dos cuidados prestados no entorno dele e encorajá-lo para o autocuidado, ele aceitou que o levantássemos e apoiado em nós, começou a dar seus primeiros passos.

Enquanto o seu sorriso enfeitava seu rosto por mais um avanço, o meu coração se enchia de entusiasmo, realçando o meu papel de enfermeira com um novo significado de produção do cuidado que tomava conta dos meus sentimentos como: a escuta generosa, o respeito as suas queixas e de suas cuidadoras, tornava a produção do cuidado numa relação cortês, delicada e gentil com os envolvidos.

- Separação

Encontramo-nos após 20 dias, Credo estava na companhia de seus pais, irmãos e amigos que lhe visitavam. Senti que Credo havia evoluído no tratamento, ele me relatou sorrindo, que no período de uma semana já estava se cuidando sozinho, se higienizava, trocava suas roupas, se alimentava, fazia o curativo das feridas e que havia saído de casa até para resolver algumas pendências pessoais.

Aproveitei o ensejo do contentamento familiar para explicar sobre o encerramento da relação de cuidado entre mim e eles, ouvi palavras generosas e

solidárias ao meu papel. Num impulso, Credo aproximou-se de mim e com um gesto carinhoso de um abraço, agradeceu-me pela dedicação e o ato solidário em ajudar-lhe na sua recuperação... foi aí então que nos despedimos.

5.1.2 Família esperança

A esperança conforta nossos sentimentos e faz lutar e confiar em Deus e em dias melhores.

Núcleo familiar composto por 3 pessoas, neste domicílio residem: pai, mãe e filho, Alento, Confiança e Sonho respectivamente. Alento tem 47 anos, autônomo na atividade laboral, cabia a ele a responsabilidade de prover as necessidades de sua família. Foi diagnosticado com Politraumatismo, Hemorragia, Rompimento Manual, Perda de Consciência, foi submetido a uma Laparatomia Exploradora. Cabia a sua esposa Confiança o gerenciamento dos cuidados para o restabelecimento de sua saúde como também os cuidados com o domicílio. Sonho seu filho, além de ser estudante universitário, trabalhava no comércio local como agente administrativo e passou após a condição limitante do pai a ajudar com a responsabilidade econômica do lar.

O ambiente domiciliar é harmonioso e dinâmico onde se ver constantemente a presença dos irmãos, amigos e vizinhos e o transparecer da bem querência que estes seres têm por Alento.

- Contato Inicial

Aproveitei o momento da visita domiciliária dos profissionais de enfermagem que iam diariamente realizar o curativo na lesão cirúrgica de Alento e fui ao encontro deles, era manhã de um dia ensolarado e clima afável. Sua esposa Confiança me recebeu com timidez, aparentava-se nervosa, estava agitada, preocupada com o estado de saúde de Alento.

Após a minha apresentação, optei por comportar-me de forma a não importunar o momento da prestação dos cuidados e passei a observar o ambiente familiar, meu olhar e minha escuta apurava a todo o momento o quanto o ser Alento era amado e importante para aquela esposa carinhosa que não media esforços para ajudá-lo, de modo a não sofrer nenhum estresse que pudesse levá-lo a um sofrimento maior ou até mesmo a morte, pois, temia muito em perdê-lo.

O momento foi tomado por olhares e pouquíssimos sorrisos desconcertantes entre nós. Então, resolvi me afastar um pouco, adotei uma postura somente de observar os movimentos no processo de cuidar ofertado pelos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, que procederam encaminhando-o para uma avaliação médico no hospital local.

Ao término, Confiança se dirigiu a mim e pedindo desculpas pela falta de atenção, perguntou-me se eu poderia voltar em outro dia.

- Aproximação

O segundo encontro com a Família Esperança, aconteceu após 2 dias do primeiro. Confiança foi atenciosa e acolhedora, aproveitei que o ambiente estava tranquilo, dispus-me do elemento 1 *clinical caritas* apresentei-me melhor, e na relação do cuidado para a recuperação da saúde de Alento, disponibilizei-me para auxiliá-la, tratei com ela a frequência com que os encontros iriam acontecer e trocamos os números dos telefones celulares em caso de necessidades de ambas as partes.

Para propiciar ajuda-confiança, atentei-me aos detalhes, da relação familiar, e utilizei o elemento 4, percebi que o comportamento de Confiança dava-me sinais o tempo todo de ser uma pessoa atenta e está em alerta a qualquer barulho no ambiente, Alento como apresentava ainda um déficit de consciência, se comunicava pela troca de olhares, por isso estava em um cômodo da casa, limpo e organizado, preparado cuidadosamente para o alcance da sua visão à visão de sua esposa Confiança que dividia seu tempo cuidando do esposo e dos afazeres domésticos.

Posicionei-me para ofertar os cuidados de enfermagem, verifiquei os sinais vitais, aferi a glicemia capilar e realizei o curativo, solicitei que Confiança estivesse do meu lado para auxiliar-me caso necessário.

Após 6 dias nos encontramos pela terceira vez, os cuidados de enfermagem foram realizados, momento em que captei ainda que Confiança apresentava insegurança em manipulá-lo tanto para higienizá-lo, como para realizar o curativo da ferida cirúrgica, era assustada e amedrontada com o tamanho da incisão cirúrgica, e também com a dieta alimentar que estava oferecendo, tinha dúvidas, pois queria obter informações sobre os alimentos que Alento poderia ingerir.

A união deles me transmitia uma mistura de sentimentos como compaixão, confiança, respeito e zelo, presentes no elemento 3 e que eu passaria a cultivar como profissional de saúde na prática da produção de serviços ofertados a família naquele momento esperançoso para o alcance do seu total restabelecimento para a vida.

Então, apoiei-me no elemento 4, e passei a ouvir mais do que falar, tocar com carinho e delicadeza e a observar mais o ambiente que os envolvia, pois, percebi que era um ambiente em que amor imperava.

- Cuidado Transpessoal

Retornei à casa de Alento para o nosso quarto encontro, apresentou-se consciente, verbalizando melhor, sorridente, com disposição para retomar sua vida. Confiança estava feliz com a evolução do tratamento, recebeu a visita da nutricionista que a orientou quanto a dieta alimentar de seu esposo.

Realizei os cuidados de enfermagem mas, com relação ao curativo utilizei os elementos 6 e 7, com criatividade e sutileza, pedi para que Confiança participasse do momento ativamente, construindo comigo o cuidado. Encorajei-a a olhar e tocar na ferida cirúrgica, passando-lhe informações acerca de suas dúvidas e preocupações, fornecendo-lhe orientações também sobre sinais e sintomas que pudessem indicar riscos de infecção, assegurando-lhes um cuidado responsável, ético e especializado, respeitando as suas necessidade, crenças e valores, mantendo-os firmes injetando fé, afastando o medo como forma de fortalecer a conecção da nossa relação de cuidado.

Ao realizar o quinto encontro após 6 dias, percebi que Alento só melhorava, não só no aspecto físico, mental, emocional, mas era visível a melhora espiritual. A cumplicidade, o respeito entre o casal só aumentavam e Confiança demonstrava-se segura, sua capacidade de interagir dentro da relação estava forte e menos emotiva, enfrentou o medo com maestria e sorridente me informou que neste período de afastamento entre nós, ela passou a fazer o curativo, a banhá-lo, dava sinais de prazer e superação. Neste encontro, a esperança me contagiou, fez-me refletir sobre as minhas atitudes profissionais e a acreditar que o âmbito domiciliar dotado de energias positivas é capaz de interpretar uma realidade de sofrimento em aprendizado para proteção da vida.

Voltei ao domicílio pela sexta vez, encontrei Alento realizando alguns cuidados pessoais por conta própria, realizei os cuidados de enfermagem, avaliei a

cicatrização cirúrgica que por sinal já estava totalmente fechada. Motivado para a vida, Alento aos poucos estava voltando a trabalhar sob o olhar atento de Confiança e a se desligar da dependência dos cuidados com a saúde e a vida.

- Separação

Retornei após 8 dias, em um dia atípico, era domingo ao entardecer quando fui ao encontro da Família Esperança, Alento e Confiança estavam sós em casa, a recepção foi calorosa.

Confiança com faces de tranquilidade e satisfação, disse-me que Alento estava totalmente cicatrizado que a rotina familiar tinha se recuperado, enquanto seu esposo estava trabalhando no comércio deles ela estava cuidando dos afazeres domésticos e seu filho trabalhando e estudando com mais tranquilidade.

Aproveitei o momento e mais uma vez verifiquei seus sinais vitais, inspecionei a ferida cirúrgica, coloquei-me à disposição para esclarecer algumas dúvidas, conversamos ainda, por mais ou menos 2 horas.

Finalizei a conversa do dia agradecendo a disponibilidade, colaboração e a confiança de todos para o trabalho desenvolvido por mim no domicílio. Informei-lhes que a partir daquele momento nós íamos nos separar, Confiança olhou para mim, e no gesto de carinho e emocionada pediu-me que não os abandonasse, pois eu tinha aparecido no momento muito difícil de suas vidas, mas também em um momento que lhe proporcionou esperança, coragem e confiança para cuidar de seu esposo.

5.1.3 Família caridade

A caridade é paciente, é bondosa, não se ensoberbece tudo perdoa, tudo desculpa. A caridade jamais acabará, pois ela serve, se doa, dá-se sem medida pelo bem do outro e o faz feliz.

No contexto da família Caridade, estava inserido o ser Amizade, adolescente, 18 anos, tinha chegado há 14 dias no domicílio e trouxe consigo o relatório de alta hospitalar com diagnóstico de Fratura de Fêmur Direito e Amputação Traumática do 5º pododáctilo.

Amizade tinha um comportamento flutuante no meio familiar, um dia ficava na casa da mãe em outro dia na casa de um irmão, vivia numa liberdade exacerbada a ponto de não conviver com seus familiares. Deixou de estudar,

trabalhava numa metalúrgica, emprego que o irmão conseguiu para ele. Com o salário que recebia, conseguia remediar suas necessidades pessoais, mesmo assim, ainda havia na relação familiar conflitos, não havia uma convivência harmoniosa entre irmãos. Morava com sua irmã Benevolência que assumiu a criação dos irmãos mais novos, devido o problema de saúde mental de sua mãe Ternura.

Após a alta hospitalar, Amizade foi acolhida por sua cunhada Paz que assumiu a missão de cuidar dele até o restabelecimento de sua saúde.

- Contato Inicial

O primeiro contato com a família foi feito por meio da Agente Comunitária de Saúde (ACS) Alegria.

Encontrei o ser Amizade aparentemente retraído, reservado ao seu espaço íntimo do domicílio, pequeno e aparentemente escuro, mas, limpo e organizado. Apresentei-me, contudo, sua reação foi de indiferença, confusa, olhar entristecido e monossilábico. Amizade passava por dificuldades para realizar o curativo em domicílio, porque a Unidade Básica de Saúde (UBS) era distante e pelo seu grau de dependência para as atividades diárias e em especial para mobilizar-se o deixava irritado. Não o forcei à minha presença, coloquei-me à sua disposição para ajudá-lo, trocamos os números dos celulares para que ele entrasse em contato comigo se houvesse necessidade e me retirei.

Após fazer uma reflexão do comportamento de Amizade e que forma encontraria para executar o processo de cuidado para alcançar a reconstituição de sua saúde utilizei os elemento 1 e 6, retornei por cinco dias consecutivos levando na minha bagagem não só o conteúdo acadêmico, mas, também a vontade de penetrar na vivência daquele espaço domiciliar, frio em diálogo, afetividade e mecanicista para o cuidado curativo. Amizade e Benevolência conseguiam enxergar somente a ferida cirúrgica e mal se falavam.

No segundo dia, numa manhã chuvosa, fui ao encontro da ESF, conversei com a equipe de enfermagem narrei a situação que tinha encontrado sobre Amizade e solicitei o apoio deles na operacionalização do cuidado, me coloquei a disposição para ajudá-los também, solicitei o material para o curativo em quantidades para os dias seguintes e propus a eles que após fazer um agendamento das minhas visitas no domicilio nos apoiaríamos no alternância para a realização do procedimento o que foi acordado entre nós.

Durante a terceira oportunidade de encontro, percebi que Amizade se encontrava instalado na casa de sua irmã Benevolência, casada, 4 filhos menores, o marido era etilista e na ocasião da visita se encontrava preso em regime fechado por praticar violência doméstica e ter sido enquadrado na Lei Maria da Penha, no lar, Benevolência ainda cuidava de sua mãe que sofria de esquizofrenia. Naquele momento contava financeiramente com a aposentadoria da mãe, do recurso que recebia de um programa social e das ajudas dos outros 4 irmãos que eram casados. Tratava-se de uma família que vivia de aluguel e tinha comportamento flutuante.

Sem forçar a minha convivência com eles, durante os primeiros cinco encontros que aconteceram (segunda a sexta) fui proporcionando os cuidados de enfermagem de forma especial, delicada, segura, ética, humanizada e solidária (elementos 1 e 4), levava comigo uma *nécessaire* com lanternas (manual e frontal), tensiômetro, esfignomanômetro, termômetro, glicosímetro, espátulas, toucas, máscaras e luvas.

A técnica de enfermagem me auxiliava no procedimento, na medida em que me observava ia tirando as suas dúvidas (elemento 7).

Enquanto isso continuei a observar a dinâmica familiar, o irmão o visitava com mais frequência no turno da noite, mas entre eles, percebi que existia uma responsabilidade de cuidar, mas, se aproximavam muito pouco e mal se falavam. Benevolência calada, olhar distante, sofria o afastamento do marido.

O sofrimento de Benevolência me tocou, disse-me que seu esposo o ajudava nas despesas, era um homem trabalhador e calmo quando não consumia bebida alcoólica. Perguntei-a se ela acharia bom que ele voltasse para o convívio de sua casa, ela de prontidão disse que sim, foi então, que busquei tomar conhecimento da real situação de seu esposo por meio da ajuda solidária de um amigo advogado e em três dias ele me retornou dizendo que em pouco tempo o esposo de Benevolência estaria livre da pena de reclusão.

- Aproximação

Numa noite fria de domingo, me surpreendi quando ouvi o sinal do dispositivo WhatsApp, peguei o celular fui ver, era Amizade, me adicionou, passou uma mensagem perguntando quando iríamos nos encontrar.

Senti que nossa a conexão tinha se estabelecido (elemento 7), Amizade disse-me que assim que chegasse de alta, entraria em contato comigo para informar-me o novo endereço e para marcarmos uma nova visita.

Informou-me que tinha feito o curativo no hospital e que em 2 dias iria para avaliação médica e que possivelmente passaria pelo segundo procedimento cirúrgico e, tão logo recebesse alta, retornaria para a casa de seu irmão para que fosse cuidado por sua cunhada Paz, pois seu cunhado tinha sido libertado e com sua irmã Benevolência resolveram se mudar para zona rural do município.

Depois de 5 dias, o nosso sexto encontro aconteceu no novo domicílio. Amizade foi acolhida pela família de seu irmão composta pelo casal e duas filhas menores. Quando cheguei, fui recepcionada calorosamente por Paz sua cunhada. Como já havia identificado anteriormente, seu irmão era mais um de seus outros que ficava só de longe acompanhando as nossas conversas e movimentos, não participou e esboçou nenhum comentário, enquanto que Paz se abriu para o diálogo e disse que o que dependesse dela, ela estava à disposição para ajudar Amizade a recuperar a sua saúde e que ele só iria sair de sua casa depois de curado.

Eu aproveitava a oportunidade e utilizava o elemento 3 para falar um pouco sobre o comportamento e as necessidades do adolescente, me enchia de esperança quando via em Paz uma ponte, um instrumento de fé, energia positiva para a reconstituição da relação familiar.

- Cuidado Transpessoal

Realizamos o sétimo encontro depois de 5 dias, a essa altura do tratamento, eu já sentia que havia uma relação de ajuda-confiança (elemento 4), uma vez que Amizade me relatava frequentemente sinais e sintomas pelo WhatsApp, ele se sentia aliviado quando eu esclarecia suas queixas e já estava utilizando de esclarecimentos e tendo atitudes para o autocuidado no domicílio como forma de prevenir sofrimentos (elemento 7).

Observei que sua cunhada Paz se empenhava carinhosamente para cuidar de Amizade, eles se entendiam muito bem, a relação familiar entre eles só evoluía a cada dia, a família proporcionava a Amizade saídas para o lazer, o ambiente domiciliar transmitia conforto e potencializava a dignidade (elemento 8). A cada encontro realizado, utilizava os elementos 4 e 6, já que, Paz demonstrava interesse por aprender a cuidar da melhor maneira possível, se interessava por aprender sobre alimentação, a higienização corporal e a realização do curativo, observei também que Paz se empenhava para a organização e limpeza do domicílio.

O comportamento de Amizade progredia, estava sorridente, expressão facial tranquila e fazendo planos para o futuro. Os irmão estavam encontrando-se

com suas famílias aos domingos e Amizade se alegrava também com a visita do pai foi ai que eu experienciei o elemento 3, me sensibilizei com a história solitária de Amizade e fui traçando com criatividade (elemento 6) atitudes profissionais que pudessem favorecer a evolução humana de Amizade em conexão com o universo, então, ao passo que, conversava com Amizade sobre os seus sentimentos quando o examinava e realizava o curativo fiz reuniões com os irmãos juntos e também conversava com eles de forma individual.

Floresceu-me a experiência do aprendizado mútuo de que quem cuida e é cuidado acontece um encontro de almas capaz de transformar e dar sentido as nossas vidas a prática do amor ao próximo.

- Separação

Era domingo quando retornei ao núcleo familiar de Amizade, cheguei em um momento em que seus irmãos, cunhadas e sobrinhos estavam presentes, eles se movimentavam com alegria no ambiente em torno de Amizade, seu pai tinha estado lá também e tinha saído em pouco tempo.

Fiquei muito feliz com o que vi, a relação familiar caminhava para a fraternidade, a cada dia eles se solidarizavam entre si, o contentamento tomava conta de mim também, ver a transformação de um ambiente familiar encontrado frio, sem contato, sem diálogo e torná-lo caloroso contribuiu para a recuperação da saúde de Amizade, ele mesmo, atribuiu a sua rápida recuperação ao novo ambiente familiar.

Neste momento, aproveitei a presença de todos, conversamos por 1 hora sobre a recuperação de Amizade, calei-me por um momento e passei a ouvi-los, vozes se entrelaçavam sinalizando a alegria da aproximação entre eles. Minha atitude foi de agradecer e esclarecer que a minha presença seria de amizade a partir daquele momento. Sua cunhada, Paz, cheia de alegria me agradeceu e nos despedimos em seguida.

5.1.4 Família humildade

A humildade aceita de coração o que vem do outro, sem arrogância, prepotência. Reconhece que o poder extraordinário vem de Deus e não de nós. Que somos afligidos, mas não vencidos, postos em apuros, mas não desesperançados,

derrubados, mas não aniquilados, pois a vida de Jesus se manifesta em nosso corpo mortal.

Modesto é um ser de 49 anos, reside com sua esposa Mansidão e 2 filhos em casa própria, vendia frutas de casa em casa para o sustento da família. Apresentou diagnóstico de Fratura da Diáfise da Tíbia em membro inferior direito, tendo sido submetido a procedimentos cirúrgicos. Como era o único provedor econômico do domicílio, a família passou a viver de doações de amigos e vizinhos. Mansidão assumiu a condição de cuidadora de Modesto, cabia a ela o trato com a alimentação, higiene, realização de curativo, controle da medicação e também acompanhá-lo para os retornos médicos, além, dos cuidados com a casa.

- Contato Inicial

Eu tomei conhecimento da condição de Modesto por meio da Família Fé, que me conduziu até o domicílio dele, as famílias eram vizinhas. Chegando lá, encontrei o casal, Modesto que estava sentando com sua perna apoiada em outra cadeira enquanto observava sua esposa Mansidão cuidar das obrigações domésticas. Dirigi-me até Modesto apresentei-me e ao perceber o meu contato, Mansidão se aproximou, ficou observando calada enquanto conversávamos. Modesto foi acolhedor, apresentava um olhar perdido, distante à medida que nos comunicávamos, verbalizava muito pouco, monossilábico e Mansidão com face de sofrimento e preocupação.

Modesto tinha 49 anos era casado com Mansidão e tinham 3 filhos, dos quais 2 ainda moravam com eles e eram dependentes dele economicamente. Sua atividade laboral era a venda de casa em casa de frutas e verduras. Ele sofrera um acidente de motocicleta e havia 2 meses que necessitava de cuidados em domicílio, no seu relatório de alta constava Fratura no Terço Distal da Fíbula com desvio de fragmentos no membro inferior esquerdo (mie) e já tinha passado pelas contas deles por quase 8 procedimentos cirúrgicos.

Neste momento me apropriei do elemento 4 e demonstrei o interesse por seu estado e de sua família e por meio do toque me ofereci para aferir seus sinais vitais e a realizar o curativo das suas feridas, enquanto isso, os dois permaneciam calados observando o meu movimento.

Ao término dos procedimentos, coloquei-me à disposição para ajudá-los para o restabelecimento da saúde de Modesto, foi quando Mansidão de forma muito tímida relatou a dificuldade de conseguir o material para a realização dos curativos

por consequência da dificuldade financeira e, também, do acesso ao serviço de saúde mais próximo de casa.

Então, me dispus para conseguir o material necessário, ofereci uma proposta de calendário com dias e horários para os nossos próximos encontros e com um olhar de gratidão, eles apreciaram e aceitaram, senti neste momento que ambos passaram-me um comportamento de contentamento e de motivação para colaborar.

Observando o movimento do domicílio, percebi que a todo o momento circulavam transeuntes que traziam alimentos, medicamentos, materiais de higiene pessoal, vizinhos se revezavam para compra de carnes no frigorífico localizado nas imediações de suas casas.

- Aproximação

Ao perceber o sofrimento no contexto do adoecimento de Modesto, voltei ao seu domicílio por cinco dias consecutivos levando comigo o que eu havia conseguido de materiais e insumos para a manutenção do seu plano terapêutico, em todos esses dias executava todos os procedimentos da primeira visita e de forma cautelosa apliquei os elementos 1 e 6, então, moderadamente, investi numa postura para alcançar por parte de Modesto e Mansidão, a confiança deles para promoção de uma relação de comunhão entre nós e a acreditação no meu potencial profissional, ao finalizar o ciclo de visitas, notei que Modesto e Mansidão apresentaram uma melhora significante nas suas condições patológicas e espirituais, passaram a verbalizar mais as suas dúvidas e medos, a acreditar em uma recuperação mais rápida, estavam motivados e só colaboravam para a recuperação da saúde e da vida.

- Cuidado Transpessoal

Retornei ao domicílio após 8 dias para o nosso sétimo encontro, Mansidão com satisfação já demonstrava destreza para com o cuidado com as feridas e das necessidades de saúde de Modesto, estava confiante e segura, porém, apresentou queixas relacionadas ao comportamento de Modesto. Disse-me que estavapreocupada com as teimosias de seu esposo, me relatou que ele já estava deambulando e, às vezes, exagerava ao ponto de apresentar edema no membro afetado.

Neste momento, percebi que a nossa relação já tinha evoluído para uma relação de conexão e auto-ajuda, me senti a vontade para empregar o elemento 8,

então, voltei-me para a Mansidão que detinha todo o poder de administrar a organização do domicílio e forneci orientações sobre a importância de manter o ambiente limpo e saudável para prevenir complicações e adoecimentos, como também, orientações a respeito das limitações físicas de Modesto. Para a sua compreensão, passei informações sobre o esforço físico diário que ele teria que fazer para recuperar-se e retomar sua rotina, como também, medidas domésticas para melhorar o edema e proporcionar um ambiente mais tranquilo entre eles.

Voltei-me para Modesto, realizei a aferição dos sinais vitais, em seguida, após a minha avaliação sobre a cicatrização da ferida dele, pedi para Mansidão realizar o curativo conforme eu havia lhe ensinado. Para minha surpresa e alegria ela realizou o curativo com segurança seguindo todos os passos. E como resultado, a cada dia que se passava, a cicatrização só melhorava e já era perceptível o conforto em que eles viviam em relação ao estado de saúde de Modesto. Então, eu sempre tirava proveito dos momentos de paz para explorar mais sobre o cuidado que eu estava prestando a eles, sentia-me impulsionada para ofertar o meu melhor como profissional de saúde, prestando-lhes um serviço digno, qualificado e especializado para a real necessidade de saúde da família deles e que lhes trouxesse conforto (elemento 9).

Retornei para o oitavo encontro em um dia de sábado pela manhã e Mansidão me recebeu sorrindo, me informou que Modesto tinha viajado com parentes para o interior do Piauí para visitar outros parentes e que retornaria após o final de semana. Perguntei se estava tudo bem e ela me respondeu que sim. Ao me despedir dela, informei-lhe que retornaria outro dia para conversarmos sem data agendada.

- Separação

Depois de 20 dias, numa segunda feira a noite, por voltas das 19h00min, fui ao encontro da família de Modesto, encontrei o casal com os 3 filhos, assistindo televisão, ficaram surpresos com a minha chegada devido ao longo tempo em que me afastei para dedicar-me aos outros clientes.

Em conversa, captei que Modesto já estava aos poucos voltando a sua atividade laboral utilizando o auxílio de muletas, notei que ele ainda fazia uso de atadura na lesão do membro afetado, e Mansidão ao dirigir-se a mim, perguntou-me se eu poderia ver a lesão, pois achava que a ferida estava aberta devido a presença de secreção. Logo, respondi ao seu pedido e verifiquei a situação adotando o

elemento 5, valorizei a sua preocupação que se confundia com sua emoção negativa sobre o processo do cuidado. Posicionei-me e novamente fiz uma avaliação da cicatrização da ferida e constatei que não havia nenhum risco para a saúde de Modesto, havia sim, uma exposição da ferida a uma posição ergonômica que ele tinha adotado, o membro ficava em uma posição que favorecia uma má circulação, e à medida que averiguava a situação eu ia tirando as dúvidas e tranquilizando-os quanto as suas emoções.

Senti como profissional de enfermagem, o grande potencial que existe no ambiente domiciliar, quando todos estão imbuídos para ajudarem-se uns aos outros, e como essa motivação quando potencializada por nossas atitudes e emoções positivas pode nos trazer benefícios para a nossa emancipação pessoal, profissional e social, fiquei muito satisfeita com o resultado, e sentir a satisfação da família me contagiou imensuravelmente.

Ao sentir-me confiante quanto ao bom prognóstico de Modesto, pensei comigo mesma, que aquele era o momento propício para nos despedirmos e também de agradecer a todos pela colaboração durante o tempo do nosso convívio.

5.1.5 Família temperança

A temperança nos faz moderados, sóbrios e comedidos, nos ajuda a encontrar a saúde do corpo e da alma e a vivermos uma vida moderada, alegre e feliz.

Comedido tinha 37 anos, analfabeto, trabalhava como açougueiro e desta atividade mantinha sua família constituída pela esposa e 2 filhas menores de uma união estável, e ainda dava uma pensão para outra filha fruto de seu primeiro matrimônio. Passou a viver numa casa cedida por sua irmã logo após o acidente que o vitimou. No relatório de alta hospitalar constou que Comedido sofria de Politraumatismo, Fratura de Coluna Cervical e Traumatismo Raquimedular Cervical, passou pelo procedimento cirúrgico de Artrodese Cervical. Comedido vivia cercado por seus familiares, sua mãe e seus 10 irmãos. Sua segunda união era conflituosa, o casal já dava sinais de uma relação desgastada, mesmo na presença de estranhos se desentendiam com frequência, insultavam-se com palavras desrespeitosas um para com o outro, até chegar ao ponto de Comedido mandá-la embora e com ela as crianças, também, para a cidade onde moravam seus

parentes. Por este motivo, sua mãe e seus irmãos se reversavam na prestação dos cuidados para o restabelecimento de sua saúde. Demonstrava mais confiança nos cuidados prestados por 2 irmãs, ao tempo em que destratava a ajuda de sua mãe que aparentemente tinha um comportamento destemperado e poliqueixoso.

O ambiente domiciliar era desorganizado, tumultuado com ruídos internos porque abrigava também uma fábrica de confecções em que suas irmãs e sua mãe trabalhavam em horários alternativos aos trabalhos formais delas, a relação familiar tomada de conflitos, havia influências de 2 religiões.

Para alcançar uma união entre mim e Comedido apoiei-me no elemento 6 busquei a minha intuição e comecei a operar dentro do meu conhecimento ético a formar pela qual o cuidado de saúde poderia acontecer dentro daquele espaço familiar tão complicado e que ao mesmo tempo tinha demonstrações de carinho e afeto entre Comedido e suas 2 irmãs Virtude e Sabedoria, sendo que para a Virtude ele atribuía mais confiança.

Após apresentar-me e esclarecer o objetivo da minha visita para ele e suas irmãs, pude contar com o apoio e a colaboração deles. Então, passei-lhes as informações sobre como os nossos encontros iriam acontecer e trocamos os números dos celulares para nos comunicar em situações relativas à pesquisa ou eventuais.

- Contato Inicial

Após 8 dias, entrei em contato com sua irmã Virtude e agendei nosso segundo encontro. No dia previamente agendado compareci em seu domicílio, Comedido passava-me a impressão de sofrimento e angústia com sua condição limitante para a vida. Passei a observar a atuação do cuidado para com a saúde dele ofertada pelas irmãs Virtude e Sabedoria que se revezavam. Comedido dependia delas para higienizar-se, vestir-se, alimentar-se e para administração correta da medicação. Notei que havia lesões na cabeça, tronco e membros, mas seu olhar perdido e sua voz escondida denunciavam a dor na alma.

Ofertei a aferição dos sinais vitais, verifiquei a glicemia capilar, examinei as lesões do seu corpo, investiguei a rotina diária das suas necessidades básicas e as suas principais queixas, fiz alguns esclarecimentos voltados para as dúvidas de suas cuidadoras e orientei quanto aos cuidados com as higienizações orais e corporais, alimentação, cuidados com as lesões. Senti a necessidade de permanecer com essa rotina até conseguir a conscientização de suas cuidadoras

para melhorar os cuidados ofertados por elas e ajudá-las a tomar algumas providências, pois percebi que havia um número expressivo de solicitações de exames especializados que a família tinha acumulado porque estava com dificuldades de acessar o serviço de saúde.

- Aproximação

Após estudar criteriosamente as necessidades de saúde de Comedido utilizei-me do elemento 6 e busquei providenciar alguns exames solicitados para ele, foi então, que fui ao nosso terceiro encontro e novamente verifiquei seus sinais vitais, inspecionei os curativos das lesões sob o olhar de sua irmã Virtude que passava a maior parte do tempo com ele enquanto Sabedoria trabalhava.

Percebi que seus irmãos circulavam a todo o momento no ambiente domiciliar e aos poucos sua mãe se aproximava do cômodo da casa onde nós estávamos. Mesmo tendo observado o grande amor que ela tinha pelo filho, intui que o comportamento dela o incomodava. Foi utilizando o elemento 4 que senti e visualizei que Comedido estava insatisfeito com a sua higienização corporal e preocupado com os curativos das lesões, posicionei-me para ouvir o que o incomodava, ele verbalizava com certa timidez, mas, constatei após uma inspeção, que estavam de fato, deficientes. Aproveitei o momento e com ponderação, sobrepus o elemento 7, na medida em que passava as orientações detalhadas a Virtude de como realizar a higienização corporal e o curativo das lesões, eu ia realizando esses procedimentos para que ela acompanhasse e tirasse suas dúvidas. Adotei essa postura por mais 5 dias consecutivos no horário determinado por Comedido, Virtude e Sabedoria, insisti com o objetivo de alcançar de suas cuidadoras uma atuação impulsionadora de gerir melhor o auto cuidado no domicílio.

- Cuidado Transpessoal

Posteriormente a realização diária de 6 encontros, pude perceber durante o 9º encontro a conexão da nossa relação se estabelecer numa comunhão onde a comunicação, a ajuda mútua para com os cuidados, a nossa relação só melhoravam gradativamente e a nossa ação conjunta apontavam consubstancialmente para recuperar a saúde de Comedido, esse sentimento de satisfação foi experienciado com a prática do elemento 1 que impulsionou-me a assumir uma postura generosa, permitindo-me a abertura para novos conhecimentos a partir de uma atitude paciente.

Reparei que Comedido já apresentava em sua face uma acreditação para reconstituir a sua vida e já fazia planos como: voltar a trabalhar e recuperar a relação paterna com as suas filhas. Observei que havia nesse espaço um portal aberto para que eu pudesse instilar o elemento 2, e tentar preencher mais o seu mundo de fé e esperança por dias melhores, adotando para a sua vida e seus familiares, atitudes responsáveis, solidárias e respeitosas.

De posse do elemento 4, assumi uma postura de ouvir e observar mais do que questionar, constatei que Comedido já sentia-se mais a vontade com a minha presença e num gesto de passar a mão no cabelo e com a voz embargada e olhos lacrimejantes, olhou para mim e foi relatando que reconhecia não ter cuidado de sua vida como deveria, e que aquele momento difícil tinha proporcionando-lhe aprendizados: o de valorizar a vida, a religião e a família. Falaram-me que estava frequentando a igreja com a sua irmã Sabedoria, todos os dias estava sendo visitado por sua filha mais velha, evento que não acontecia fazia algum tempo e que estava empenhado para recuperar-se o mais rápido possível.

Com o seu desabafo, senti que a confiança tinha se instalado em nossa convivência, conversamos em média por 2 horas e utilizei o elemento 7, passei a ensiná-lo e encorajá-lo para realizar alguns exercícios alternativos para aumentar a sua capacidade de gerir seu próprio cuidado, respeitando suas limitações, sorridente ele me disse que iria se esforçar. Perguntou-me se não havia a necessidade de ajuda de fisioterapia, percebi que esse profissional trar-lhe-ia conforto e segurança. Então, sai em busca de uma atuação multidisciplinar por meio do Núcleo de Apoio em Saúde da Família – NASF com os profissionais de fisioterapia e educador físico e com o psicólogo do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, em contato com esses profissionais, repassei todas as informações da realidade vivida por Comedido e negociei com eles uma visita no domicílio de Comedido.

Dei uma pausa nos nossos encontros por oito dias e quando retornei para o nosso 10º encontro, era noite e estavam presentes a mãe e alguns irmãos inclusive as cuidadoras, utilizando-se do elemento 9, constatei que Comedido tinha recebido o apoio dos profissionais do NASF e CAPS, percebi que ele tinha recebido uma carga de ânimo para a vida e realmente tinha se esforçado para o autocuidado, e com a ajuda das irmãs já estava deambulando, aceitando as suas limitações, mas, adaptando-se a nova realidade, alimentando-se, higienizando-se e vestindo-se sozinho e as lesões cicatrizadas.

No impulso de admiração pelo o que vi, interroguei-lhes se havia acontecido ali um milagre, todos estavam mais contentes com a evolução amena de Comedido, sua mãe apressou-se em comentar que todo aquele estado de sofrimento dele e da angústia para prover o cuidado com ele pelos familiares tinham melhorado consideravelmente a partir do momento em que eu enfermeira tinha passado a conviver, a prestar os cuidados e a orientá-los, mais uma vez fiz uso do elemento 2 instilando fé e esperança. Direcionei-me para Comedido e mais uma vez aferi seus sinais vitais, fui informada que ele teria que fazer suas consultas de rotina e também se deslocar a capital cearense para uma avaliação com especialistas em uma unidade de referência nacional, orientou as suas irmãs Virtude e Sabedoria que entrassem em contato pelo celular comigo em casos de necessidade e também quando eles retornassem para a casa para agendarmos nosso próximo encontro.

- Separação

Depois de 20 dias, recebi a ligação de sua irmã Sabedoria me informando de suas chegadas, fui ao encontro deles, e mais uma vez apliquei o elemento 4, demonstrei interesse pela a experiência de terem passado por uma nova avaliação, agora, dentro de uma unidade de excelência, Comedido com a ajuda de sua irmã relatou que fora informado pelos profissionais médicos que haveria a necessidade de realizar um novo procedimento cirúrgico, mas demonstravam contentamento com o atendimento atencioso que receberam do profissionais.

Apoiei-me no elemento 1 para despedir-me de Comedido e sua família. Com um olhar e gestos afetuosos, expliquei que a nossa relação enquanto ser pesquisador e ser pesquisado tinha alcançado o seu objetivo e que por esse motivo a nossa convivência produziu laços de amizade. Agradeci a colaboração de Comedido e sua família, assim como eles agradeceram o empenho dispensado por mim em ajudá-los a prover o cuidado para recuperar a saúde de Comedido e a administrar melhor as necessidades dele.

5.1.6 Os elementos do Processo *Clinical Caritas*de Watson que fundamentam o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar no cuidado às famílias: uma análise transpessoal

O Processo *Clinical Caritas*, que hoje embasa o cuidado transpessoal no momento de cuidado, representa a evolução dos fatores curativos, vem abordar o

outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial, exercitando uma atenção cuidadosa. É o quepode ser chamado de “atenção de fino trato”, que éalgo realmente precioso (WATSON apud MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 334).

A autora construiu 10 elementos que norteiam e modificam o espaço de atuação da enfermagem, e que norteiam o Modelo de Cuidado Transpessoal objetivando alcançar por meio dos profissionais de enfermagem uma concepção do cuidado que valoriza o corpo, a mente e o espírito, são eles:

Praticar valores humanistas como gentileza e equanimidade é experienciar no contexto do cuidado o sentimento do amor, que é capaz de resistir a dificuldades, fortalecendo a união entre o ser cuidador e o ser cuidado. (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 335).

Favorecer e sustentar o sistema de crenças e instilar fé e esperança, é importante para o enfermeiro respeitar as crenças da pessoa cuidada, o poder da fé e da esperança no processo de cuidar é instilar energia, força e confiança para o alcance do desejo de ficar bom, curado, presentes no íntimo dos seres.(MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 335).

Sensibilidade de si e do outro para alcançar a evolução em conexão com o universo, este elemento conduz o alcance para o cuidado transpessoal, faz-se necessário perceber que o ser traz consigo não só uma bagagem genética, mas uma bagagem também espiritual e reconhece-la é importante para a comunhão entre os envolvidos na relação do cuidado (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 335).

Desenvolver e conservar a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico por meio de gestos afetuosos e acolhedores como o sorriso, o toque, a escuta serena o enfermeiro demonstra interesse para apoiar o ser cuidado em suas necessidades, colhendo por parte do ser cuidado a confiança, o respeito e sobretudo a sua colaboração, o seu interesse de estarem juntos focados no mesmo objetivo “o de recuperar a saúde” (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 335).

Incentivar a expressão de sentimentos positivos e negativos independe de como se apresentam as emoções e os sentimentos originados da relação entre o ser cuidador e o ser cuidado, e o comportamento do enfermeiro em percebê-las e senti-las, é uma atitude positiva de valoração, configurando-se numa conexão profunda da relação (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 335).

Apoiar a resolução criativa de problemas aliando conhecimento e intuição diante de uma situação em que o conhecimento teórico/prático do enfermeiro não alcance as necessidades básicas da pessoa cuidada torna-se importante, que o enfermeiro tome decisões éticas, sempre utilizando o senso da beneficência para ajudá-lo durante o processo de cuidado (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 336).

Engajar-se na experiência genuína de ensino-aprendizagem para se autogerir e aprimorar o autoconhecimento, para tanto, o ser que cuida (enfermeiro) de posse das necessidades da pessoa cuidada, deve reconhecer e respeitar suas limitações, buscando alternativas de conhecimento de forma a conduzi-la para o autocuidado, maximizando as suas capacidades cognitivas para gerir seu próprio cuidado, minimizando a sua dependência (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 336).

Propiciar um ambiente de reconstituição – *healing* – potencializando o conforto e dignidade captar da pessoa cuidada o que a incomoda internamente e externamente, aqui compreendida como fisicamente e psicologicamente é para o enfermeiro uma percepção meticulosa e responsável capaz de modificar um ambiente de desespero em esperança; de confusão em tranquilidade; sujo em um ambiente limpo e organizado, enfim um ambiente potencializador da recuperação de sua saúde e vida (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 336).

Alinhar corpo, mente e espírito pela consciência de cuidado, neste elemento cabe ao enfermeiro ressignificar suas atitudes para o alcance do olhar holístico de cuidar, interessando-se para o cuidado na sua totalidade, ou seja, nivelando o cuidado com o ser na sua totalidade considerando as suas necessidade básicas corporal, mental e espiritual (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 336).

Para alcançar a completude do cuidado ao ser humano no domicílio, as autoras defendem o emprego do décimo elemento que trata sobre o despertar em si mesmo do enfermeiro para o **cuidado transpessoal envolvendo os mistérios e dimensões existenciais da vida-morte**, cuidando da alma do ser cuidado, respeitando a sua sacralidade. Sobre este elemento Mathias, Zagonel e Lacerda citam:

> Para viabilizar esse elemento são necessárias à abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida morte, cuidado da alma e do ser que está sendo cuidado. Reconhecer-se como um ser em

> evolução, praticar essa evolução, despertar em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender–se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, a complexidade dos seres e o insondável do universo com seus mistérios sem respostas (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 334-335).

Para discorrermos sobre a ocorrência dos elementos do Processo *Clinical Caritas* no cuidado as pessoas vítimas de acidentes de trânsito e suas famílias, optamos por retratar e discutir considerando as fases do Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar, considerando os componentes do Processo de Cuidar de Lacerda a saber: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação. (LACERDA, 1996, p. 33-35).

A ativação de cada elemento não segue necessariamente uma ordem, devido à integralidade de sua aplicabilidade, portanto os elementos foram utilizados conforme as necessidades que surgiram em respeito às individualidades de cada participante e de seu contexto familiar, independente das etapas vivenciadas.

Quando vivenciamos o **Contato Inicial** com os participantes da pesquisa, ficaram evidentes os elementos 1, 4 e 6.

Para Lacerda (1996, p. 33) o contato inicial caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira, cliente e família. A cada novo olhar ou ouvir, novas descobertas ocorrem. Neste momento, há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar. É neste momento que são consideradas a história de vida de cada um. É aquele olho no olho, querer e ao mesmo tempo temer seguindo sempre a intuição, é ser verdadeiro.

Os contatos iniciais com os participantes aconteceram por ocasião da atuação da pesquisadora como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) utilizando-se do dispositivo da visita domiciliária as vítimas de acidentes de trânsito dentro do seu território de adscrição como também em outros territórios de adscrição de outras equipes de Saúde da Família (eSF) da zona urbana do município.

O objetivo do estudo foi explicado previamente às enfermeiras das outras áreas da ESF, em respeito ao estabelecimento ético profissional como, também, a preservação do companheirismo entre nós.

Para consolidação dessa etapa, realizou-se uma média de dois encontros por família. A ocasião foi favorável para discorrer sobre a minha intenção junto aos participantes, fazer os devidos esclarecimentos sobre o processo de realização da

pesquisa, obtenção do consentimento e iniciar a pesquisa captando informações sobre a identificação dos participantes.

Os elementos 1, 4 e 6 apresentaram uma relação de cordialidade entre si, um busca o apoio do outro permitindo ao enfermeiro e aos participantes se encontrarem para uma doação mútua e de entrega que perpassa o físico, mental e o emocional, transcendendo para uma dimensão do cuidado considerando a existência da vida e morte.

Esses elementos, também, fizeram uma conexão com o primeiro, segundo e quarto pressupostos do modelo, nesse sentido, enfermeiros e participantes apropriam-se um do mundo do outro, possibilitando a criação de um elo entre o ser cuidador e o ser cuidado. Percebi que o cuidado transpessoal já começava a se delinear.

Esta etapa foi intensa, ao me deparar com cinco realidades familiares bem diferentes, exigiu-me inicialmente pensar profundamente na melhor atitude de cuidar, levando em consideração os conceitos de saúde e de ser humano do modelo, não deixando passar despercebidos os campos físico, psíquico, social, cultural e espiritual, pois eram também quadros clínicos diferenciados, associados a condições extremas de sofrimento social. Deparei-me com desabafos, lágrimas e fragilidades que se fortaleciam com as suas fé e crenças espirituais. Eu reconheci a necessidade de dispensar mais tempo e ordenar os meus pensamentos sobre o meu comportamento e as minhas práticas, como pressupõe o quinto e o sexto propósitos do modelo. Por um tempo não excedendo a oito dias, observei com delicadeza, respirei e comecei a delinear as formas de abordagens específicas para cada realidade.

A aplicação dos elementos 1, 4 e 6 constituíram-se para mim enquanto enfermeira assistencialista e pesquisadora, como um guia para experienciar uma nova oportunidade de ressignificação de todo o meu conteúdo seja ele como ser profissional, pessoal e social, buscando uma interação entre as minhas habilidades técnicas-científicas, espirituais e emocionais da profissão, além do meu interesse de realizar verdadeiramente o cuidado, primando pelo descrito no conceito de enfermagem do modelo.

Ao discorrerem sobre os elementos do Processo *Clinical Caritas*, Mathias, Zagonel e Lacerda, (2006, p. 333-336) observaram que os elementos utilizados neste momento permitem ao enfermeiro abrir-se ao outro demonstrando interesse

para ajudá-lo, adotando uma posturasolidária ao tocar e ao ouvi como também refletir sobre as suas potencialidades e limitações levando em consideração não só o seu conhecimento técnico, mas uma postura criativa, ética para realizar o cuidado expostos no terceiro e oitavo pressupostos do modelo.

Na fase **Aproximação**, registramos os elementos 1, 4 e 7, esta etapa é um momento singular que desperta no enfermeiro a necessidade de descobrir o que há por trás do estado patológico, psicológico e do ambiente domiciliar em que o ser pesquisado está inserido.

Nesta fase, a relação já evoluiu segundo Lacerda (1996, p. 34) “os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união”. A autora afirma ainda, que nesta fase os envolvidos caminham para que suas almas e espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados (LACERDA, 1996, p. 34).

A continuidade do uso dos elementos 1 e 4, foram importantes para certificar-me que o ambiente domiciliar é um forte potencializador para a recuperação da saúde de um ser, nele está a intimidade dele e ao tocar essa intimidade o enfermeiro se depara com sentimentos de insegurança e angustias quanto as habilidades dos parentes em relação ao cuidado.

Nesta etapa os conceitos de cuidado domiciliar, de cuidador e de família do modelo foram vistoriados frequentemente e serviram-me para conduzir as ações que envolvia o trinômio profissional-cliente-família de forma altruísta, responsável e dedicada, respeitando os valores, as crenças e as normas da família, aplicando de forma linear e respeitando os pressupostos sexto, sétimo e oitavo do modelo.

Durante as visitas quando os nossos olhares e vozes se entrelaçavam indicavam a decepção com os cuidados realizados pelos profissionais da saúde. Ouvi lamentos em relação à demora para o atendimento mas, rapidez na realização de procedimentos com a qualidade prejudicada em detrimento do grande número de pessoas para um número reduzido de profissionais, grosserias no atendimento e desconsideração de suas queixas. Ao perceber o desencantamento, recuava-me para pensar uma forma de conseguir a confiança dos envolvidos no cuidado e a comunhão da nossa relação.

Adotei por um intervalo de cinco dias ininterruptos, um comportamento afetuoso e altruísta, fui realizando alguns procedimentos necessários de forma

especializada para cada ser pesquisado, dentre eles: a realização do curativo das lesões, aferição dos sinais vitais e demonstrei interesse para providenciar os exames solicitados que se acumulavam em detrimento das dificuldades de acesso pelos cuidadores em acionar os serviços de saúde.

A inserção do elemento 7 nesta etapa serviu-me como um incremento das minhas práticas, conduziu-me para otimizar o tempo introduzindo no decorrer da realização dos procedimentos as orientações necessárias acerca das dúvidas dos cuidadores domiciliares, ensinando-lhes práticas seguras de cuidado em saúde.

Com o tempo dedicado a este elemento do processo *Clinical Caritas,* fui conseguindo a acreditação dos envolvidos para com o meu trabalho e fui percebendo uma conexão no processo de autoajuda entre mim e eles, adquirida por meio do ensino - aprendizado aplicado.

Os elementos de maior evidência experienciado no **Cuidado Transpessoal** foram os elementos 6, 7, 8 e 9, elementos que proporcionaram-me a imersão no cuidado de saúde e respeito ao ser humano com altos e baixos entre o amor e a raiva, com a esperança e a desilusão, a crença e a descrença.

Ocasião em que ocorre a relação transpessoal, em que enfermeira e cliente transcendem cada um, não sendo mais dois e sim apenas um. Neste instante, segundo Lacerda (1996, p. 34): “ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar juntos em harmonia e mutualidade”. Além disso, a autora acrescenta que: “a enfermeira após viver esta experiência de união dos *selves* sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal” (LACERDA, 1996, p. 35).

Nesta etapa a união já tinha se estabelecido entre o ser pesquisador e o ser pesquisado e o desvelar do cuidado acontecia em colaboração mútua numa relação de confiança, respeito e ética.

A vivência nesta etapa permitiu-me vislumbrar o quarto pressuposto, como também considerar todos os conceitos que embasam o modelo: Ser humano, Enfermagem, Cuidado domiciliar, Cuidador, Família, Ambiente e Contexto domiciliar (FÁVERO, 2013, P.147).

Uma oportunidade de entrega para um encontro mais espiritual, descortinando que para a efetivação do cuidado o único meio é pelo modo transpessoal; o cuidado consiste em fatores que resultam na satisfação de certas necessidades humanas; o cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual

ou familiar; as respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser; um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo; o cuidado é mais promotor da saúde do que curativo; o cuidado é a essência da prática de enfermagem e é fundamental à Enfermagem.

Mathias, Zagonel e Lacerda (2006, p. 336) discorreram que para a reconstituição de um ser, o enfermeiro precisa engajar-se em práticas criativas e alternativas do cuidado; preocupar-se em fornecer informações para que o ser possa autogerir o seu cuidado, reconhecendo as suas próprias necessidades e também encorajá-lo para exercer o autoconhecimento de suas capacidades; entender que o ambiente domiciliar limpo, organizado é mais confortável, seguro e saudável, para tanto, deverá captar dificuldades no seu entorno e modificá-lo, capacitando para desenvolver mecanismos de enfrentamento de situações contrárias; alinhar corpo, mente e espírito para o cuidado humano, levando em consideração a existência de necessidades básicas e espirituais que se fazem presentes.

Pude extrair em contato com as realidades distintas das famílias a experiência de cuidar numa perspectiva *selfs* de servir e sentir-se servido e o sentir-se satisfeito no cumprimento de um serviço em benefício do ser humano.

Na fase de **Separação** os elementos 1, 4, e 5 foram os mais utilizados. É uma etapa que exige do enfermeiro um amadurecimento independente do resultado que finalizou o cuidado.

Espera-se que durante a convivência entre o ser-pesquisador-cuidador, os seres-pesquisados-cuidado e suas famílias tenham trazido-lhes emancipação em conhecimentos para lidar com situações conflitantes e dolorosas, apoiando-se em práticas positivas e motivacionais para seguirem lutando cada um no seu espaço respeitando e zelando pela vida.

Para Lacerda (1996, p. 35) esta fase conota a maturidade das partes envolvidas (enfermeira, cliente, família), em que as conotações subjetivas se modificam e partem regeneradas e enriquecidas com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida. A enfermeira e o cliente se libertam do vínculo estabelecido, pois cada um atingiu seus objetivos. Porém, a separação pode ocorrer de forma abrupta, sem que tenha ocorrido transformação, seja por recuo do cliente,

ou pela necessidade de maior preparo por parte da enfermeira ou do cliente, ou também pela necessidade de suporte de outro profissional.

Eu apliquei os elementos 1, 4 e 5 nesta etapa separadamente de forma proposital e também o oitavo pressuposto do modelo, previamente estudada ao acontecimento dela, pois intentava proporcionar a nós mesmos um momento natural, reconstituidor, tranquilo, alegre e positivo na sua essência.

Para Mathias, Zagonel e Lacerda (2006, p. 335), a prática do amor dentro do contexto da consciência de cuidado é praticar valores humanísticos como a gentileza e a equanimidade. Na separação eu pude sentir a evolução da espiritualidade dos seres e suas famílias quanto a minha, saímos conscientes que o amor incondicional é o mais eficaz e eficiente medicamento, empregando esse sentimento em qualquer área de atuação teremos a certeza de estarmos preservando o nosso bem maior que é a vida.

Os pequenos detalhes expostos no elemento 4 como o sorriso, o toque carinhoso e a capacidade de ouvir, conservam a relação de ajuda confiança no cuidado autêntico (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006, p. 335). Embora, incomum nesta etapa, adotei este elemento, alinhando a minha postura aos gestos expressos por ele para comportar-me neste momento com leveza e gratidão em alusão à colaboração e a confiança nos serviços prestados por mim as famílias.

Esta etapa proporcionou-me a investigar o *modus operandi* que empreguei durante o estudo com os sujeitos e famílias. Minha intenção era captar os sentimentos positivos e negativos também da minha postura profissional por meio dos sentimentos positivos e negativos expressados por eles, para que eu sentisse a satisfação dos sentimentos positivos e fizesse uma reflexão sobre os negativos para melhorá-los. No elemento 5, Mathias, Zagonel e Lacerda (2006, p. 35), falam da importância de incentivar a expressão de sentimentos positivos e negativos, as emoções contidas nestes sentimentos, fazem parte do perceber-se, sentir-se e pensar do homem e devem ser valorizadas em cada situação que é vivenciada pelo ser.

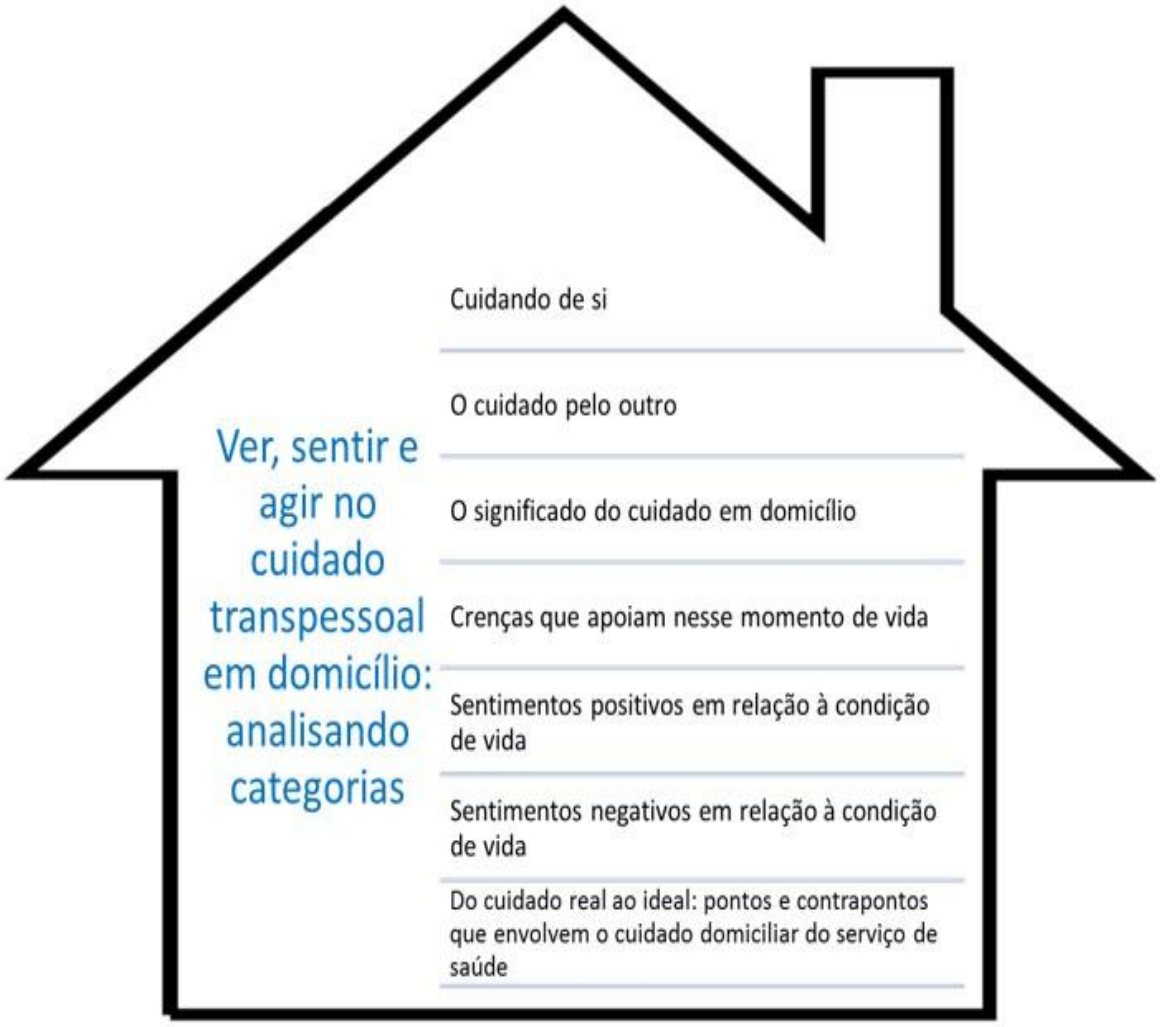
Discorro de forma especial sobre o elemento 10 separadamente por ter a sua essência circulada em todas as etapas da pesquisa e nos momentos da aplicação do modelo, tomados por intermédio da exaltação espiritual, marcante nos pressupostos quarto, sexto e oitavo. As falas na vivência evidenciavam o temor à morte na mesma proporção com a elevação de gratidão demonstrada por meio da

valorização da vida, compartilhados entre o ser-pesquisador-cuidador, o ser-pesquisado-cuidado e seus familiares na maioria dos encontros realizados.

5.2 Ver, sentir e agir no cuidado transpessoal em domicílio: analisando categorias

Neste tópico, estão expostos os olhares, os sentimentos e as ações que emergem das vivências na relação transpessoal entre a pessoa cuidada-família-enfermeira. Representamos esta vivência na figura 1 para melhor descrever as categorias.

Figura 1 – Categorias abstraídas a partir das vivências do ser pesquisador-cuidador com o ser pesquisado-cuidado com base na aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal de Enfermagem Domiciliar de Fávero e Lacerda (2013).



Fonte: Primária.

5.2.1 Cuidando de si

Quando questionamos sobre as experiências de cuidar de si mesmo, identificamos falas comuns entre as pessoas cuidadas, que traziam sentimentos de impotência e dependência e de reconhecimento de grandes desafios por conta das mudanças ocorridas no cotidiano, conforme podemos observar nas seguintes falas:

Nunca imaginei de passar por uma situação dessa natureza, ultimamente me sinto angustiado, liquidado, medo da sequela, perna torta, mancando. Ultimamente me apego à fé, rezei muito no início, sempre fui e sou otimista (CREDO).

Difícil e estranho, não acho bom, mas estou me acostumando, houve muitas mudanças no dia a dia e dependo muito dela (esposa) agora (ALENTO).

Momento muito ruim porque não posso fazer as coisas que quero como: divertir-me, trabalhar, estudar (AMIZADE).

A gente nunca espera que essas coisas possam acontecer com a gente não é? Acho ruim**,** tem horas que me bate um desespero, sinto falta do meu trabalho, de fazer os meus negócios, vejo que meus filhos não têm habilidade para isso. Incomoda-me ficar dependendo dos outros, dos meus vizinhos (MODESTO).

É tudo, se eu pudesse me cuidar seria bom demais, me higienizar bem, eu tinha tudo que necessitava para andar higienizado e arrumado, antes do acidente era fácil realizar os cuidados comigo, hoje a realidade é bem diferente, é difícil, mas tenho que me adaptar, vai levar algum tempo, até para abotoar a minha bermuda eu preciso da ajuda das pessoas. Eu sofro e as pessoas que gostam de mim sofrem também. Esse acidente me pegou de surpresa, ele veio em um momento da minha vida em que eu estava passando por dificuldades financeiras, eu não estava ajudando as pessoas que eu gostava e de repente tinha que contar com a ajuda delas que tinha uma condição financeira mais difícil do que a minha. O sujeito que disser que uma situação dessas é fácil, está mentindo. Se Deus não tivesse entrado no meu coração eu já estava com depressão (COMEDIDO).

Vimos que essa realidade está presente também nos estudos de Lacerda, que cita:

> Experienciar o cuidado domiciliar na perspectiva de compartilhar com o indivíduo e sua família a busca da autonomia é um desafio e uma meta. Desafio porque, em meio a inúmeras situações de cuidado, ter o objetivo de

> acompanha-lo no desenvolvimento de sua busca para o cuidado de si com o mínimo de dependência de outros é muitas vezes um chamamento para descobrir formas e possibilidades de vivência de uma vida digna e com saúde. É também uma meta porque um dos objetivos do cuidado da enfermeira domiciliar é que o indivíduo e sua família possam capacitar-se para seu próprio cuidado e que isso aconteça nas mais diferenciadas condições de viver. (LACERDA, 2010, p. 2622).

É importante refletir sobre a adoção de atitudes criativas por parte do enfermeiro que facilitem a transformação dos sentimentos verbalizados e silenciados de sofrimento e dificuldade para uma emancipação do autocuidado por parte das pessoas cuidadas e seus familiares.

De acordo com Lacerda (2010, p. 2622): “ser educadora no cuidado domiciliar envolve o ensino do cuidado de si do paciente, assim como o ensino do cuidado aos cuidadores familiares, sendo uma das mais significativas ações atribuídas à enfermeira no domicílio”.

5.2.2 O cuidado pelo outro

Os depoimentos demonstraram que as pessoas cuidadas “sentiam-se mais à vontade” com os cuidados prestados no domicílio, traziam-lhes “bem-estar” entendido como algo capaz de garantir a privacidade e a tranquilidade sem o estresse de dividir com outros doentes a atenção vivenciada nos hospitais.

Alguns depoimentos apontaram para a não aceitação da dependência do cuidado prestado por outros, porque lhes causavam desconforto devido a insegurança que sentiam quando os cuidadores domiciliares mesmo solidários as condições que os limitavam, não tinham o conhecimento e nem a técnica para realizar alguns procedimentos, além do aprisionamento que sentiam e que os incomodavam bastante, em se tratando de realizar seus próprios cuidados rotineiros, a exemplo da higienização, alimentação, vestir-se, trabalhar, etc., causavam-lhes tristezas, pois sentiam em certos momentos perderem o autocontrole sobre as suas vidas. Como podemos perceber nos seguintes depoimentos:

Eu me sinto bem em casa, se tivesse que dar uma nota seria boa, eu nunca gostei de depender dos outros, a independência é muito boa, porque não gosto de dar trabalho aos outros (CREDO).

Dizer que é bom, não é. Mas são experiências que a gente passa apesar de tudo não dar para reclamar. O melhor mesmo é viver sendo cuidado por você mesmo (ALENTO).

Bom, acho melhor aqui, a gente se sente mais à vontade os cuidados são melhores (AMIZADE).

Aqui em casa é melhor, a gente se sente mais à vontade, eu vi algumas coisas que eu achava errado no hospital, mas eu não me sentia à vontade para falar, existem dificuldades, primeiro é muito dispendioso em tudo, o deslocamento, o atendimento é demorado, a gente percebe que a qualidade dos curativos é melhor aqui em casa do que no hospital ou no posto de saúde, eles fazem o procedimento muito rápido, não limpam direito porque tem muita gente para atender, eles não dão muita atenção e aqui também é realizado outras coisas como, você verifica a minha pressão, faz o exame de glicemia, tira as nossas dúvidas (MODESTO).

Apesar dessa condição de dependência, não tenho do que reclamar, com a ajuda dos irmãos porque eles estão me ajudando muito, enquanto as minhas irmãs cuidam de mim, do meu corpo, os meus irmãos me dão apoio financeiro, na compra de medicamentos, se deslocam comigo para os retornos com os médicos. Quando eu os preciso estão no ponto, sinto que eles gostam de mim, porque fiz por onde, antes do acidente eu tinha uma vida financeira boa e ajudava a todos na minha família, hoje a gente não vive sem ter bondade (COMEDIDO).

Brondani *et al.,* (2010, p. 505) discorre que: "(...) existe a necessidade da família ser coparticipante do processo de cuidar, pois os profissionais da área pouco podem fazer pela saúde do doente, quando a família não assume o cuidado."

As mesmas autoras definem:

> "o cuidador familiar como aquele que assume uma atividade não remunerada, responsabilizando-se pela mesma, de forma espontânea, instintiva, por disponibilidade, ou ainda, por obrigação, solidariedade, ou como um sentimento natural de gratidão, para retribuir cuidados recebidos na infância (...) constituindo-se no elo interativo entre o doente e a equipe de saúde (...) portanto destaca-se a importância de ressignificar as atividades de cuidado desenvolvidas pela família, capacitando o cuidador para a realização desta atividade que, na maioria das vezes, é executada de forma solitária e ininterrupta. (BRONDANI *et al.,* 2010, p. 505).

Concordando com o pensamento de Brondani, Beuter, Alvim, Szareski e Rocha, captar entre os conviventes do ambiente domiciliar um cuidador e educá-lo responsavelmente para as ações de cuidado em saúde, pode constituir um

mecanismo seguro de apoio e colaboração para o enfermeiro. Diante da demanda que o sistema impõe para o profissional de enfermagem, constituir esse elo é importante pois reduz custos e estresse, para ambas as partes envolvida, como também, incrementa tempo para as demais atividades de responsabilidade do enfermeiro na ESF.

5.2.3 O significado do cuidado em domicílio

Dos pesquisados, dois relataram que o domicílio é um ambiente seguro e propício para o cuidado individualizado, humanizado e especializado, considerando as necessidades de cada pessoa e de seus familiares. Os demais seres pesquisados tiveram dificuldades de relatar sobre os cuidados no domicílio e silenciaram emocionados. Isso se evidencia a partir dos relatos:

Acho que tem vantagens porque o ambiente é mais higiênico, é mais tranquilo, no hospital e UBS a atenção fica dividida entre 1 profissional de saúde para muitos outros pacientes (CREDO).

Os cuidados em casa se tornam melhores para o paciente porque a atenção está mais voltada para a gente. Dentro do hospital ou posto de saúde essa atenção é dividida. Tem dedicação, não tem ignorância (ALENTO).

Martins e Lacerda discorrem que:

> Faz parte desse “cuidado”, não somente atender à saúde do paciente que se encontra no domicílio, mas também, exercê-lo no que diz respeito às ações desenvolvidas pela família e pelo paciente, de maneira a interagir, compreender o seu contexto, orientar, educar, apoiar, quebrar resistências, considerando os seres humanos e sua identidade, e ao mesmo tempo, conduzi-los de tal forma que reconheçam a realização de um cuidado efetivo. (MARTINS; LACERDA, 2008, p. 152).

Para o enfermeiro é uma oportunidade de crescimento intelectual, profissional e social, pois ele reconhece que além dessas caracterizações, há um esforço que é dispensado para o planejamento de um cuidado também personalizado em respeito ao ser cuidado e suas crenças, como também, planejar o cuidado de forma a favorecer a real necessidade sentida na produção do cuidado.

5.2.4 Crenças que apoiam nesse momento de vida

A fé em Deus é percebida como um suporte necessário para a reabilitação, como nos aspectos psicológicos. A crença em Deus apoia o processo de cuidado, devolvendo a esperança de viver, recuperação da integridade do corpo. A cura do corpo é experimentar a forte ajuda de Deus, e o benefício de renovar-se para um cuidado mais zeloso e protetor da própria vida. Pode-se perceber isto a partir das falas:

Tenho muita fé em Deus, sou católico, mas não vou a igreja com frequência, tenho muita fé em São Francisco, rezo antes de dormir. Para mim, Deus os santos me dão proteção, apoio, nunca rezei tanto na minha vida como agora, me ajuda psicologicamente sabe? para não entrar em desespero, quando eu senti que o desespero estava chegando eu começava a rezar e ia me acalmando (CREDO).

Algumas pessoas dizem que aconteceu porque tinha que acontecer, sou católico mas não vou a missa com frequência, o bom mesmo é Deus, com Ele a gente supera tudo. Temos alguns rituais, por exemplo, o acidente ocorreu porque fui comprar velas para aceder nos túmulos da minha mãe e do meu pai, temos o costume de fazer isso nas sextas feiras da paixão na semana santa (ALENTO).

Não acredito e não sigo nenhuma religião, acho desnecessário ler a bíblia, para que isso? Se a gente vai se acabar, morrer um dia (AMIZADE).

Às vezes é necessário que coisas dessa natureza aconteça com a gente, depois que eu me vi assim, me apeguei com Deus, procurei a igreja, tenho participado da missa, é o que me conforta, porque as vezes me dá um desespero, porque fico pensando nos meus negócios que estão largado (MODESTO).

Estou feliz porque Deus me deu novamente a minha vida, se Deus não tivesse entrado no meu coração eu já estava com depressão (COMEDIDO).

Zillmer, Schwartz e Muniz observam que:

> (...) a fé parece ser um dos fatores que contribuem para potencializar o cuidado, superar os problemas e promover forças na família. É no decorrer do processo de cuidar que as pessoas buscam suporte na fé, colaborando para um enfrentamento positivo das adversidades impostas pela doença e o tratamento. (ZILLMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2012, p. 1376).

Portanto, se torna relevante para o enfermeiro considerar as crenças e tê-las como um vínculo para as práticas do cuidado, tendo em vista, a sua força cultural

nas interações familiares como hábito e valor sociais nitidamente perpetuados para as futuras gerações e no contexto de uma família para cuidar de seus membros.

5.2.5 Sentimentos positivos em relação à condição de vida

Mesmo diante de uma situação de dependência do outro, a vida se apresenta com grande valor e é reconhecido nas falas como o bem maior capaz de transformar momentos difíceis em aprendizagem para uma condução de um desvelar no seu entorno mais responsável, prezando as relações familiares como intensificadoras do verdadeiro sentimento de amor, respeito e união que são capazes de proporcionar conforto e tranquilidade e favorecer uma recuperação mais rápida. Como está descrito nos relatos:

Lição para minha vida, eu vou recomeçar com mais responsabilidade, viver com mais responsabilidade (CREDO).

Não sei responder (silêncio), aprendi a valorizar a vida, tenho mais carinho, atenção, me fez ver muitas coisas, discussões bestas não vão acontecer mais na nossa casa. Passei a valorizar mais os conselhos da minha mulher em relação a não guiar com velocidade, com más companhias ou pessoas e ambientes desconhecidos. Não foi esse o caso, mas passei a valorizar esses conselhos (ALENTO).

Saber que os irmãos estão tendo cuidado comigo, vi que na hora de serem irmãos, eles estão tendo interesse por mim (é como se os irmãos estivessem cumprindo com o papel de irmãos), antes do acidente, nós não tínhamos uma boa relação. Antes a gente brigava muito e depois não houve nenhuma briga, só ajuda. Em relação a minha família, melhorou a união, antes nós éramos afastados, ficamos mais unidos, cuidam de mim como se eu fosse um filho (AMIZADE).

Realçou-me muito, me trouxe outro sentido para a vida, melhorou, estou mais seguro, não me deixo abater, sou otimista, passei a tomar mais cuidado no meu dia a dia, tenho mais paciência com as coisas, antes de acontecer isso comigo eu era um pouco agitado por conta da turbulência (situações precárias) nos negócios, eu era muito preocupado e eu me exaltava, não tomava precaução no que dizia, eu era um selvagem, as vezes acontece uma coisa ruim como essa com a vida da gente é para a gente melhorar (MODESTO).

Eu meu aproximei mais de Deus, sou católico, mas minha irmã que é evangélica está me levando para os cultos, estou mais cauteloso, reconheço que certas atitudes minhas me fizeram chegar numa situação muito ruim, reconheço que errei e muito com a vida e com as pessoas. Tenho que mudar para recuperar a organização da minha vida (COMEDIDO).

Klock, Heck e Casarim (2005, p. 241) explicam que: “quando falamos em cuidado domiciliar, logo pensamos nos benefícios intrínsecos de se manter o cliente em casa, junto à família, fazendo-se com que ele, em sua casa, sinta-se amparado e com que as relações tornem-se mais humanizadas, estando à família envolvida na assistência”.

Pensar o cuidado no domicílio é pensar, sobretudo, na realização de um cuidado proporcionador da integralidade, equanimidade e humanização, porém, ainda constituiu-se em um desafio para o enfermeiro e a equipe. Os profissionais de saúde que atuam na gestão e assistência necessitam compreender a finalidade benéfica desta atividade no cotidiano dos serviços de saúde, como redutor de estresse e de gastos.

5.2.6 Sentimentos negativos em relação à condição de vida

As falas refletem uma visão de preocupação voltada para a percepção da imagem física limitada a cerca de atividades rotineiras que lhes davam prazer, desvalorização da autoimagem, sentida pela não aceitação das marcas no corpo e o medo sentido por parte de outros membros da família da perda da vida. Os depoimentos apontam para sentimentos de agonia, solidão, perturbação e ansiedade, assim descritas:

As sequelas, as marcas das lesões na perna esquerda, eu tenho medo de ficar com a perna torta, mancando, isso às vezes me dá agonia (CREDO).

Senti muito medo de perder a vida. Tive muito medo de perder ele, disse a cuidadora (ALENTO).

Pessoas que eu pensava que se importavam comigo, sumiram! Nas horas mais difíceis a gente só conta com os familiares (AMIZADE).

Ficou diferente um pouco, por conta das atividades, estou sentindo muita falta do meu trabalho, fico perturbado (MODESTO).

O julgamento dos meus irmãos não me sinto bem ajudar as pessoas em troca de alguma coisa, acho que a ajuda a meu ver é doação. Gostaria de ter a família que construí ao meu lado, perto de mim, mas houve um desentendimento com a mulher que eu vivia e ai não teve jeito, nos separamos. Fico pensando besteiras, eu era cabeça quente e essa situação piorou, porque nesta condição em que me encontro não posso cumprir com algumas responsabilidades a de manter as minhas filhas. Penso em fazer até uma arte com a minha ex- mulher, mas rezo e logo passa. Voltei a fumar muito, porque sou muito ansioso (COMEDIDO).

As mudanças e as dificuldades na vida geram uma gama de sentimentos, para as vítimas de acidente de trânsito, gera modificações na imagem corporal, autoestima e relacionamento social. A doença atinge a unidade corpo-mente-espírito. No entanto essa experiência pode ser menos traumática e superada gradualmente se houver o apoio de uma equipe com atuação multiprofissional e interdisciplinar ao considerarem também o aspecto psicossocial dos envolvidos no tratamento de saúde de um ser (MOURA *et al*., 2010, p. 483).

5.2.7 Do cuidado real ao ideal: pontos e contrapontos que envolvem o cuidado domiciliar do serviço de saúde

Por meio das falas a seguir, percebe-se que o domicílio e a relação familiar se apresentam como um espaço de vulnerabilidade, entretanto com o cuidado transpessoal esse ambiente é ressignificado, ganhando características de proteção. A satisfação da pessoa cuidada e de sua família com o cuidado em domicílio está presente nas falas como uma manifestação de respeito e proteção ao ser humano.

Eu me sinto bem cuidado, sempre que eu peço sou atendido... o cuidado realizado pelo cuidador enfermeiro ampliou no quesito informação como: o cuidado com a higiene do corpo, local, alimentação, é um cuidado mais atencioso, qualificado, paciente, solidário, na UBS e no hospital é mais rápido, muitas vezes os profissionais não demonstram vontade no atendimento, correria... vejo como bom, me traz conforto, bem estar... eu estou satisfeito com os cuidados que estão sendo feitos aqui: curativos, fisioterapia (CREDO).

Estou muito satisfeito com os cuidados aqui na minha casa, os que são feitos pelos os profissionais de saúde do posto e quando você vem me sinto

contente e especial como também os da minha esposa. Não tenho do que reclamar porque estou me recuperando muito bem (ALENTO).

Estão sendo ótimos. A minha cunhada cuida de mim como se eu fosse um filho para ela, e depois, que você começou a nos visitar ficou melhor ainda, pois além de providenciar as coisas que precisam (material para os curativos, marcar exames, consulta médica, medicamentos), orienta e ensina a gente a fazer as coisas/cuidar direitinho... Estou pensando aqui, quando eu começar a andar por minha conta, quando eu melhorar, eu vou voltar a trabalhar durante o dia para ajudar também minha família e vou estudar a noite, vou terminar o ensino médio e vou fazer vestibular para a enfermagem. Porque um bom profissional faz toda a diferença na hora em que a gente precisa mais, a cada dia que passa eu só vejo melhoras no meu quadro, as feridas estão cicatrizando bem direitinho, você tem interesse por mim, corre atrás de providenciar o que eu preciso para me recuperar, se não fosse você a minha situação seria bem diferente, mesmo com a boa intenção da minha cunhada sem as suas orientações, talvez demorasse mais para me recuperar (AMIZADE).

Os cuidados prestados na minha casa são bons**,** eu estou me recuperando bem, com rapidez, porque a minha esposa que é a minha cuidadora presta os cuidados com dedicação, ela se preocupa mesmo, cuida da minha alimentação da casa, as vezes eu que sou teimoso... Com a sua presença aqui dentro da nossa casa melhorou bastante, antes eu estava fazendo os curativos das feridas sem conhecimento nenhum, a toa, por minha conta, tinha muito medo de acontecer alguma coisa e ter que voltar para o hospital, eu fiquei traumatizada com hospital, depois que você entrou foi me ensinando a fazer o curativo de forma correta, me passou segurança, e nós percebemos que tudo melhorou, a cicatrização, você facilitou a nossa vida, providenciando o material para curativo, orientando como eu deveria cuidar, desde os curativos como a alimentação, os cuidados com a casa (MODESTO).

Eu era uma pessoa vaidosa, me incomoda muito, porque hoje não tenho como me zelar, dependo das minhas irmãs para me vestir, higienizar. Necessito do apoio de outras pessoas. Para eu ser uma pessoa feliz nessa situação eu precisaria resgatar a minha família, acho que me traria mais conforto, me traria mais felicidade, mesmo que tivesse somente um caroço de feijão para dividir com a mulher e as minhas filhas, eu estaria bem, com o sorriso largo. Estou me esforçando para

conquistar novamente esse espaço, essa condição não vai me impedir, eu vou lutar (COMEDIDO).

Kerber, Kirchhof e Vaz perceberam que:

> (...) a atenção domiciliária teve o significado de facilitar o acesso dos usuários comprometidos, de alguma forma, na sua condição de locomoção, ao serviço de saúde. O melhor acesso se reverte em humanização da assistência, no entendimento de relações efetuadas com mais atenção pelo tempo disponibilizado para a assistência fora do espaço da unidade de saúde, sem a pressa que caracteriza as consultas em ambulatórios e consultórios, em que há a presença de outros clientes aguardando a atenção do trabalhador. Assim como a questão do desenvolvimento da assistência no próprio ambiente do usuário, em seu espaço de vida, faz com que se sinta mais à vontade. (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, 2010, p. 249).

Tem-se a percepção de que o cuidado no domicílio necessite ser discutido e planejado cautelosamente pelos profissionais da equipe e, em especial, pelo enfermeiro. Sua demanda no cenário atual, ainda, é incipiente e carece de um olhar dos profissionais da saúde que focalize a pessoa cuidada como um ser que compreende corpo-mente-espírito e seu contexto familiar, para atingir o conhecimento da integralidade de seus problemas de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar a aplicação do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar no contexto desta pesquisa, foi a experiência que eu necessitava para encontrar as respostas para as minhas inquietações sobre a melhor condição de prestar assistência de enfermagem das quais me causavam apreensão e ao mesmo tempo a precaução de ofertar o cuidado as vítimas de acidentes de trânsito no domicílio.

O modelo revelou-se para mim como um instrumento indutor para melhorar minha atuação como profissional de enfermagem, pois, discorre, impulsiona para o desenvolvimento do cuidar com responsabilidade e ética, além de abrir o caminho para oportuniza-lo em outros campos da atuação em enfermagem sejam eles na gestão ou assistência.

Experenciei comedidamente cada etapa proposta no modelo, alinhando-o às etapas da pesquisa cuidado. Percebi que as etapas propostas no modelo tinha uma relação intrínseca com as etapas da pesquisa-cuidado facilitando a sua aplicação na pesquisa, modificando as minhas atitudes profissionais em busca de proporcionar o cuidado na sua essência e, sobretudo, as minhas atitudes sociais no campo do respeito ao ser humano.

Os conceitos abordados e aprofundados por imposição da pesquisa consequentemente modificaram-se no meu modo de pensar e agir como enfermeira. Eles foram ampliados e aperfeiçoaram a minha *práxis*, fazendo-me reinventar com criatividade todo o meu cotidiano de produzir no âmbito da enfermagem, para a prestação de uma assistência responsável, ética e humanizada.

Os elementos do Processo *Clinical Caritas* (Watson, 2002) que fundamentam o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Fávero e Lacerda (2013) se comportaram como verdadeiros guias em que a todo o momento durante a aplicação, eram revisitados de forma a proporcionar-me segurança para adotar uma postura mais adequada e personalizada, respeitando as necessidades individuais de cada participante como, também, do seu contexto domiciliar.

Ficou evidente que o domicilio e a relação familiar era como ninhos de consolação e, portanto foi um ambiente potencializador para a recuperação das

vítimas de acidentes de trânsito. Notei durante o meu convívio que estando os mesmo passando por uma situação de adoecimento, o sofrimento era minimizado pelo apoio mútuo entre os membros.

Para mim, enquanto enfermeira foi importante e necessária à captação de pessoas do convívio familiar que apresentavam um grau de aproximação e acreditação por parte do ser cuidado para a manipulação de seu tratamento, sendo eles, apresentados tanto por meio do curativo das feridas como a importância da higienização e organização do ambiente. Constatei que estar aberto para orientá-los sobre como conduzir esse cuidado até deixá-los seguros para atuarem, tornou-se numa grande ferramenta de apoio e parceria para o enfrentamento do problema entre o trinômio: ser-cuidador-pesquisador (enfermeiro), ser-cuidado-pesquisado (pessoa cuidada) e a figura do cuidador no domicílio.

Inevitavelmente a espiritualidade permeava todos os momentos, reconheci o seu grande valor quando compartilhei com os participantes as nossas crenças durante a nossa convivência, respeitando-as como apresentavam-se, aferi, que a sua interferência, proporcionava consolo nas aflições, força para superar as dificuldades, esperança para as preocupações e inquietações e moderação para aceitar as limitações e a encontrar um meio termo para viver aquele momento de modo a colaborar para a recuperação mais rápida da saúde e uma retomada de vida com mais responsabilidade.

Extrai com a pesquisa, a ressignificação profissional, lidar com as minhas próprias emoções, aceitar que os seres humanos são diferentes, podem pensar diferente, ter objetivos diferentes, valores diferentes e mesmo assim conviverem de maneira saudável e com qualidade. Criamos soluções conjuntas, por meio de uma escuta sofisticada, porém alerta, passamos a nos expressar melhor, contudo veio o respeito, o discernimento nas horas de decisão, compreendendo a vontade de ser cuidado e que as diferenças podem conduzir a um crescimento pessoal e profissional.

O cuidado humano não seria possível acontecer sem o toque, a troca de olhares, a empatia, a entonação da voz delicada, a escuta generosa, a troca de experiências, o respeito as crenças, o despertar criativo para proceder de forma desoprimida e tranquila, enfim, sem a aproximação com o ser cuidado e seus costumes de vida.

Compreendi que para um ser humano cuidar de outro ser humano, o agir deverá compreender a pessoa como um ser social, respeitando com compromisso e responsabilidade a liberdade de escolha para viver do ser cuidado.

Então, reconheci que o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem no Domicílio corrobora para uma visão ampliada sobre a essência do cuidado, levando em consideração a valorização da vida, exigindo do enfermeiro uma postura desperta, perspicaz, cônscia e responsável frente a minha profissão que se propõe a cuidar da vida de outra pessoa em um devir harmonioso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O. M; BARRETO, I.C.H.C; PAULA, J.B. Promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, A. M. F; DIAS, S. A. D; FROTA, M. A. **Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2011. p. 23-44.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BONILHA, A.L.L; OLIVEIRA, D. L. L. C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M. R; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde**: da teoria à prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 423-432.

BRASIL. Impactos Econômicos dos Acidentes de Trânsito. **Ministério da Saúde**, Brasília, jul. 2015. Disponível em: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-a-seguranca-no-transito/noticias/impactos-economicos-dos-acidentes-de-transito>. Acesso em: 22 de ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2015.

_____.**Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011. 578 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 16 ago. 2015.

BRONDANI, C. M. *et al*. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto - enferm**., Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 504-510, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2016.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm**.,Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 7 set. 2016.

CHAPADEIRO, C. A; ANDRADE, H. Y. S. O; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 100 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>. Acesso em: 04 de nov. 2015.

CORREIA, M. C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, Lisboa (Portugal): Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, v. 13, n. 2, 2009. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

DPVAT. **Boletim Estatístico**, ano 05, v. 04. jan. a dez. 2015. Disponível em:<http://www.seguradoralider.com.br/Documents/boletim-estatistico/Boletim-Estatistico-Ano-05-Volume-04.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

DENATRAN. **Frota de veículos**, Brasília. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/frota2015.htm>. Acesso em: 22 ago. 2016.

FAVERO, L, *et al*. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.

FAVERO, L.**Construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda**. 2013. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/TeseLucianeFavero.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

FILHO, M. M. Acidentes de trânsito: as consequências visíveis e invisíveis à saúde da população. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, PR, n. 128, p. 148-157, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index. php/EspacoAcademico/article/view/13630/8521>. Acesso em: 3 mar. 2014.

GALERA, S. A. F; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 2,p. 141-147, jun. 2002.Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>. Acesso em: 23 set. 2016.

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, dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13>. Acesso em: 19 ago. 2015.

HEIDEGGER, M. **Carta sobre o Humanismo**. Tradução de Rubens Eduardo Frias. 2ª ed. São Paulo: Centauro, 2005.

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES – INSTITUIÇÃO SÃO CAMILO. **PROAMB – Programa Ambulatorial**. Tianguá-CE, 2015.

IBGE –INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Populção de Tianguá-Ce.** Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=popula%C3%A7%C3%A3o+de+tiangua+2016. Acesso em: 09 set. 2016.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 244-250, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/15.pdf>. Acesso em: 9 out. 2016.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto Contexto Enferm**.,Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 237-245, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a11v14n2>. Acesso em: 9 out. 2016.

LACERDA, M. R. **Cuidado Transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996. Disponível em: <http://docplayer.com.br/15712688-O-cuidado-transpessoal-de-enfermagem-no-contexto-domiciliar.html>. Acesso em: 23 mar. 2016.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2621-2626,aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.

LACERDA, M. R. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. **Cogitare Enferm**., Curitiba, v. 2, n. 1, p. 44-49,jan/jun. 1997. Disponível em: <https://www.pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/PT/lil-264401>. Acesso em: 19 ago. 2015.

LACERDA, M.R.; CONSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde da teoria à prática**. Editora Moriá. p. 512. 2016.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. 2000. 231 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/lacerda_tese.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.

MARQUES, J. B, *et al*. Contribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, BA, v. 31, n. 2, p. 246-255, jul./dez. 2007. ISSN 2318-2660. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index. php/rbsp/article/viewFile/1410/1046>. Acesso em: 6 out. 2016.

MARTINS, S. K; LACERDA, M. R. O Atendimento Domiciliar à Saúde e as Políticas Públicas em Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 148-156, abr./jun, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo. oa?id=324027962017>. Acesso em: 8 out. 2016.

MATHIAS, J. J. S.; ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R. Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 332-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a13v19n3.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2016.
MOURA, F. M. de J. S. de P.*et al*. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>. Acesso em: 9 out. 2016.

NASCIMENTO, K. C; ERDMANN, A.L. Cuidado Transpessoal de Enfermagem a Seres Humanos em Unidade Crítica. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 333-341, jul/set 2006. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v143/v14n3a02pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.11, n.1, p.73-79, jan/abr, 2006. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5980/4280>. Acesso em: 27 ago. 2015.

PEREIRA, J. **A fé como fenômeno psicológico**. 1ª ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2003.

SILVA, A. L. **Cuidado Transdimensional**: um novo paradigma para a saúde. 2ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

SILVA, L. W. S, *et al*. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem.**Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400018&lng=en&nrm=iso>. . Acesso em: 8 set. 2016.

SILVA, A. L, *et al*. Análise dos Fatores de Cuidado de Watson em uma Unidade de Emergência. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 27-50, jul. 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchade%20Enfermagem/article/viewFile/4446/2372>. Acesso em: 8 set. 2016.

SOUSA, F. G. M; ERDMANN, A. L; MAGALHÃES, A. L. P. Métodos de pesquisas qualitativas. In: LACERDA, M. R; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde**: da teoria à prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 99-122.

TALENTO, B. J. W. In: GEORGE, J. B, *et al*. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional; trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, 2000. p. 253-265.

TIANGUÁ. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Controle, Avaliação, Planejamento e Auditoria – CAPA. **Plano Municipal de Saúde de Tianguá**. Tianguá, 2014. 85 p.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01145.pdf>. Acesso em: 8 set. 2016.

WATSON, J. **Enfermagem Pós-moderna e Futura**: um novo paradigma da enfermagem. Trad. de João M. M. 1ª ed. Enes. Loures: Lusociência; 2002.

ZAGONEL, I. P. S; NEVES, E. P; MARQUES, K. M. A. P; IAMIN, S. R. S; VICTOR, L. S. Pesquisa-cuidado: da teoria à prática. In: LACERDA, M. R; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde**: da teoria à prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 215-250.

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1371-1378, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/13.pdf>. Acesso em: 8 out. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário a participar de uma pesquisa que tem como objetivo descrever a implementação do cuidado a pessoas vítimas de acidente de trânsito em acompanhamento domiciliar aplicando o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar proposto por Fávero e Lacerda (2013).

Você passará por intervenções de enfermagem que serão realizadas em sua casa nos dias e horários em que lhe convier. Nos encontros serão realizadas entrevistas, observações e anotações para coleta de dados, causando-lhe desconfortos mínimos, no entanto, a pesquisa proporcionará os benefícios da realização de cuidados diferenciados, personalizados e humanizados no domicílio.

Sua participação contribuirá para a produção do conhecimento em Enfermagem. Você tem a liberdade de se recusar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Seu anonimato será preservado e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Marta Célia Cunha, telefone (88) 9-9635-5653 e com os professores Drª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, telefone (88) 9- 9962-1377e Dr. Marcos Fábio Alexandre Nicolau, telefone (88) 9-9642-7672 e sobre os seus direitoscom o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral/CE, no telefone (88) 3614-2439 ou endereço: Centro de Ciências da Saúde – Av. Comte. Maurocélio Rocha Pontes, 150, Derby, Sobral/CE. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu,_____ li o termo e compreendi anatureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minhaparticipação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta meafete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante/sujeito _____Data ___ / ___/___

Assinatura do pesquisador_____Data ___/ ___/___

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: □Solteiro □Casado □Viúvo □Divorciado □Outro

Situação empregatícia e financeira: □Empregado □Desempregado □Afastado □Aposentado □Outro

Moradia: □Própria □Alugada

Considera sua renda familiar adequada para sua manutenção? □Sim □Não

Com quem vive? □Cônjuge □Filhos □Pais □Irmãos □Outros

Diagnóstico médico: _____

Quanto tempo faz que necessita de cuidados domiciliares? _____

Quem ajuda no cuidado? _____

Antecedentes pessoais e familiares:

Tem vida sexual ativa? □Não □Sim

Teve alteração da vida sexual no decorrer da doença? □Não □Sim. Qual? _____

Medicações em uso:

II HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Consciência: □Alerta □Sonolento □Letárgico □Orientado

Atenção: □Íntegra □Alterada **Memória:** □Íntegra □Alterada

Fala: □Normal □ Alterada

Comportamento: □Cooperativo □Combativo / Agressivo □Passivo

Estado emocional: □Deprimido □Triste □Irritado □Alegre □Eufórico □Ansioso □Calmo □Evasivo □Impaciente □Retraído □Tranquilo □Outro: _____

Apresenta: □Cefaleia □Enxaqueca □Tontura □Desmaios □Labirintite

Etilismo: □Não □Sim **Drogas ilícitas:** □Não □Sim Tipo: _____

Sinais Vitais: TAx ____ °C FC_____ bpm FR ____ irpm PA _____/_____ mmHg

Alteração cardíaca: □Não □Sim Qual? _____

Alteração respiratória: □Não □Sim Qual? _____

Hipertensão: □Não □Sim

Tabagismo: □Não □Sim

Audição: □Íntegra □Alterada _____ Usa aparelho auditivo? □Não □Sim

Visão: □Íntegra □Alterada _____ Usa lentes corretivas? □Não□Sim

Desconforto / Dor. Local: _____ EVA: _____

Fatores desencadeantes: _____

Formas de alívio: _____

Sintomas associados: _____

Expressãofacial no momento: □Contraída □Tranquila □Sorridente □Chorosa □Outra: _____

Alteração gastrointestinal: □Não □Sim Qual? _____

Diabetes: □Não □Sim □Tipo I □Tipo II Outros problemas endócrinos: _____

Apetite: □Preservado □Alterado _____ Nº de refeições por dia: _____Restrições alimentares / Dieta: _____

Ingesta hídrica adequada? □Sim □Não _____

Peso corporal nos últimos 6 meses: □Sem alteração □Engordou □Emagreceu Quanto? _____ kg

Medidas antropométricas: Peso: ____ kg Altura: _____cm

Prótese dentária? □Não □Sim Qual? _____

Dificuldades para mastigação? □Não □Sim _____

Pele: □Íntegra □Alterada _____

Pele seca: □Não □Sim Descrição/Localização: _____

Lesões: □Não □Sim Descrição/Localização: _____

Calosidade nos pés: □Não □Sim Descrição/Localização: _____

Dermatites: □Não □Sim Descrição/Localização: _____

Edema: □Não □Sim Descrição/Localização: _____

Outros: □Não □ Sim Descrição/Localização: _____

Unhas: □Íntegras □Onicocriptose □Onicomicose □Paroníquia □Micose interdigital Descrição/Localização: _____

Varicosidade: □Não □Sim Local: _____

Higiene corporal: □Adequada □Precária Higiene oral: □Adequada □Precária

Quantas vezes ao dia? _____

Alteração vesical: □Não □Sim Qual? _____

Possui sensação? □Sim □Não Descreva: _____

Possui controle? □Sim □Não □Urgência □Urgeincontinência

_____

Realiza manobras para esvaziamento? □Não □Sim Descreva: _____

Dispositivos: □Fralda □ Coletor □Marreco / Comadre □Outro Descreva: _____

Infecção urinária: □Não □Sim Quantas vezes _____ Último tratamento: ___/____/___

Aspecto da urina: □Normal □Alterada Descreva: _____ Odor: □Normal □Fétido

Alteração intestinal: □Não □Sim Qual? _____

Possui sensação? □Sim □Não Descreva: _____

Possui controle? □Sim □Não □Urgência □Urgeincontinência

Hábito intestinal: _____ Última evacuação: _____/_____/____

Característica: □Moldadas □Pastosas □Fecalitos □Ressecadas

Esforço ao evacuar: □Não □Sim

Sensação de esvaziamento incompleto: □Não □Sim

Estímulo: □Não □Sim □Dieta laxativa □Massagens abdominais□Dígito-anal □Extração manual

Supositório: □ Não □ Sim Laxante: □Não □Sim Qual/frequência: _____

Enema: □Não □Sim Qual/frequência: _____

Abdome: □Plano globoso □Timpânico □Flácido □Tenso □Normotenso □Dor à palpação

Complicações: □Fissura anal □Hemorróida□Outra: _____

Atividades da Vida Diária

Comer □Independente □Dependente _____

Aprontar-se □Independente □Dependente_____

Banho □Independente □Dependente _____

Vestir parte superior do corpo □Independente □Dependente _____

Vestir parte inferior do corpo □Independente □Dependente _____Toalete □Independente □Dependente _____

Mobilidade □Independente □Dependente_____

Transferência □Independente□Dependente _____

Locomoção

Escadas: □Independente □Dependente _____

Marcha: □Domiciliar □Comunitária □Sem auxílio

Auxílio-locomoção: □Andador □Bengalas □Muletas Axilares □Outros: _____

□Cadeira de rodas □Acamado Uso de órtese e palmilhas? □Não □Sim

Tipo: _____

Deformidade? □Não □Sim Descrição / Localização: _____

Presença de rigidez matinal: □Não □Sim

Tem algum problema para dormir? □Não □Sim Descreva: _____

III INQUÉRITO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO TRANSPESSOAL

1. Como é para o (a) senhor (a) ser cuidado, tanto por si como pelos outros?

2. O que significa para você este momento que está vivendo agora? **(Os participantes devem ser instigados a falar sobre suas crenças e valores)**

2.1Como está sendo para você ser cuidado em domicílio?

3. Como é a sua relação com suas crenças nesse momento de sua vida? **(Neste questionamento, se o participante já mencionou quais suas crenças, é importante já se referir a elas).**

4. Quais os seus sentimentos, positivos e negativos, diante dessa situação de sua vida?

5. Como o (a) senhor (a) se sente com relação aos cuidados realizados pelo seu cuidador? **(o entrevistador deve instigar os participantes a falarem sobre as relações com o cuidador para que possamos realizar um cuidado transpessoal entre os três – paciente, cuidador familiar e enfermeiro, gerando na etapa de separação uma melhor relação entre cuidador familiar e paciente)**

6. Como o (a) senhor (a) vê o ambiente da sua casa nesse momento da sua vida? **(Aqui precisamos saber sobre o contexto domiciliar, entendido como tudo que é capaz de envolver e influenciar o ser humano e sua família – a relação entre as pessoas; indivíduos que compõem a família (amigos, vizinhos, parentes); situações (circunstâncias do cotidiano e da vida das pessoas, como: casamentos, perdas, mortes, objetos, animais, entre outros). 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)**
OBS.: As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal.

7. Para você ser cuidado do jeito que você merece, o que acha que é necessário fazer?

NT. É importante estar atenta a realizar estratégias inovadoras de cuidado para atender as necessidades de cuidado do paciente.

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA/INTERVENÇÃO

PREFEITURA DE TIANGUÁ
GOVERNAR PARA CUIDAR

Secretaria de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA/INTERVENÇÃO

Pelo presente instrumento de autorização, em resposta a solicitação de autorização de pesquisa/intervenção, recepcionada por esta secretaria nesta data, no que tange a pesquisa intitulada CONTRIBUIÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR A PESSOAS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO PELA PESQUISA CUIDADO, de autoria da mestranda MARTA CÉLIA CUNHA, manifesto-me, DEFERIDO o pleito, desde que sejam preservados a identidade de todos os cidadãos envolvidos na pesquisa, sem prejuízo da observância de todos os preceitos legais que digam respeito à pesquisa mencionada.

Assim, solicito, ao final da pesquisa, que seja encaminhada para a Atenção Básica, ligada a esta secretaria, cópias da pesquisa.

Tianguá-CE, 1º de dezembro de 2015.

VALDENE VASCONCELOS CUNHA
SEC. DE SAÚDE
MUNICÍPIO TIANGUÁ
CPF 220.191.973-91

Valdene Vasconcelos Cunha
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECR CONSUBSTANCIADO DOCOMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR A PESSOAS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO PELO MÉTODO DA PESQUISA CUIDADO

Pesquisador: Marta Célia Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54091416.2.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.450.402

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação referente ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob orientação à Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a contribuição do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a pessoas vítimas de acidentes de trânsito pela pesquisa cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O desenvolvimento da pesquisa apresenta riscos mínimos, uma vez que que envolve intervenções de enfermagem,realizadas a partir de entrevistas, podendo causar desconforto e/ou constrangimentos junto aos participantes.No entanto,a pesquisa apresenta como benefícios a realização do cuidado em domicílio como uma modalidade personalizada, humanizada e diferenciada do cuidado, contribuindo para a produção do conhecimento em Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa-cuidado a ser realizada com pacientes restritos ao domicílio com

Endereço: Av Comandante Maurocélio Rocha Ponta, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

incapacidade para deambular, acompanhados pela equipe de saúde da família da Unidade de Saúde Pe. Francisco Evaldo Carneiro Carvalho, que está situada na zona urbana do município de Tianguá-CE, no bairro Governador Ferraz, onde é popularmente conhecida por esse nome "equipe de Saúde da Família do Governador Ferraz". Serão selecionados os usuários vitimas de acidentes de trânsito ou motocicleta nos últimos seis meses que antecederem o período de coleta de dados, sob o critério de inclusão maior de 18 anos e serem vítimas de acidentes de trânsito e submetidos a tratamentos cirúrgicos ou os que se submeteram a apenas procedimentos de urgências e emergência no âmbito ambulatorial do hospital local e nos hospitais de referências.Os participantes serão abordados em seus domicílios e estes serão ofertados os serviços de consulta médica e de assistência de enfermagem pelos profissionais da ESF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentados encontram-se adequados. No entanto, o TCLE não aborda os possíveis riscos que o desenvolvimento da pesquisa pode acarretar, bem como as formas de minimiza-los. O Termo também não explicita como se darão os procedimentos para coleta de dados.

Recomendações:

No TCLE destacar os possíveis riscos que o desenvolvimento da pesquisa pode acarretar, bem como as formas de minimiza-los.Também é necessário esclarecer no TCLE os procedimentos para coleta de dados aos participantes da pesquisa.Recomendamos ainda a devolutiva ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se o projeto aprovado, devendo-se atender as recomendações ora registradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise do projeto, o Colegiado do CEP considerou APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673464.pdf	13/03/2016 09:23:13		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	13/03/2016	Marta Célia Cunha	Aceito

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.450.402

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08:50:53	Marta Célia Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	13/03/2016 08:50:13	Marta Célia Cunha	Aceito
Outros	ENTREVISTA.docx	13/03/2016 08:46:31	Marta Célia Cunha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO.pdf	13/03/2016 08:41:09	Marta Célia Cunha	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	13/03/2016 08:34:46	Marta Célia Cunha	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SOBRAL, 14 de Março de 2016

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que foi realizada a revisão textual da dissertação de mestrado: "CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO" de Marta Célia Cunha.

Sobral, 11 de abril de 2017.

Antonio Ronyere Gomes Lima

(Revisor Textual)

Formação: Letras -Registrado sob o nº 1.191