



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
SUA PRÁTICA DE CUIDADO**

MARINGÁ

2017

JOSANE ROSENILDA DA COSTA

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
SUA PRÁTICA DE CUIDADO**

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

Área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof^a.Dr^a.Sonia Silva
Marcon

MARINGÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

C837c Costa, Josane Rosenilda da
Concepções de profissionais de enfermagem sobre a
prática de cuidado / Josane Rosenilda da Costa. --
Maringá, 2017.
132 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Silva Marcon.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Teoria de enfermagem. 2. Humanização da
assistência. 3. Cuidados de enfermagem. 4.
Enfermagem. I. Marcon, Sonia Silva, orient. II.
Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências
da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

CDD 21.ed.610.7301

ECSL

JOSANE ROSENILDA DA COSTA

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
SUA PRÁTICA DE CUIDADO**

Aprovado em ____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^ª. Dr^ª. Mara Lucia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Prof^ª. Dr^ª. Deise Serafim
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^ª. Dr^ª. (suplente) Elisabeta Albertina Nietsche
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Prof^ª. Dr^ª. (suplente) Cremilde Trindade Radonovick
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

COSTA, Josane Rosenilda. **Concepções de profissionais de enfermagem sobre sua prática de cuidado**, 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Sonia Silva Marcon. Maringá, 2017.

RESUMO

Cuidar, na atualidade, remete para muitos, ao domínio de tecnologias e de procedimentos cada vez mais complexos. E desse modo, aproximamos-nos das tecnologias e nos distanciamos do ser humano. Assim, o profissional inserido neste contexto acaba por adotar uma concepção de cuidado fortemente atrelada a estes recursos, de modo que alarga o distanciamento do ser humano. Sendo assim, justificamos esta escolha por aprofundar o conhecimento e compreender como chefias e equipes assistenciais de enfermagem ressignificam o cuidado em seu cotidiano de cuidar. Objetivou-se neste estudo, compreender como profissionais de enfermagem (re) significam o cuidado humano no cotidiano do cuidar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa da qual participaram 38 profissionais de enfermagem atuantes em um Hospital Ensino do Noroeste do Paraná. Estes foram entrevistados entre os meses de fevereiro a julho de 2016. Foram realizadas questões norteadoras que possibilitaram aos profissionais refletir e repensar acerca do seu cotidiano e de sua prática de cuidado. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo modalidade Temática, elaborada à luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, em consonância com os elementos do Processo *Clinical Caritas* (PCC). A realização do estudo foi previamente aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o parecer nº 1.375.358. Os resultados evidenciaram características e elementos de cuidado importantes e levados em consideração quando o profissional dirige-se ao paciente para prestar o cuidado, revelaram fragilidades e potencialidades para a prática do cuidar e ainda, as possibilidades de cuidado/cuidado humano que coadunam-se com a Teoria do Cuidado Humano, Cuidado Transpessoal de Jean Watson, e suas implicações para o cotidiano do cuidar, apresentados por meio dos elementos do Processo *Clinical Caritas*. Concluímos ao conhecer e compreender os modos de cuidar destes profissionais, que é possível avançar na qualificação das práticas de cuidado no cotidiano profissional, de modo a favorecer um cuidado transpessoal. Sob esta perspectiva, faz-se necessário propor a reflexão acerca das concepções e da materialidade em que se dá o cuidado pelos profissionais de enfermagem, de forma a gerar subsídios para a efetivação de estratégias

que possam contribuir para uma atuação mais humanizada aos pacientes e suas famílias, que avance para além do concreto e do palpável em que esteja imergido o cuidado físico cotidiano. Demonstra igualmente a importância de olhar para o profissional de enfermagem como um ser que necessita também de cuidado.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem; Humanização da Assistência; Cuidados de enfermagem; Enfermagem.

COSTA, Josane Rosenilda. **Conceptions of nursing professionals about their caring practice**, 132 p. Dissertation (Master degree in Nursing) - State University of Maringá. Advisor: Sonia Silva Marcon. Maringá, 2017.

ABSTRACT

To care, nowadays, may be the domination of technologies and increasingly complex procedures. And in this way, we approach the technologies and distance ourselves from the human being. This way, the professional placed in this context ends up adopting a conception of care strongly tied to these resources, making it greater the distance between the human being. Therefore, the choice to deepen the knowledge and understanding as nursing leaders and nursing staff resignifies the care in their caring routine. The objective of this study was to understand how nursing professionals (re) signify human care in the caring routine. This is a qualitative research involving 38 nursing professionals working in a Teaching Hospital in the Northwest of Paraná. Participants were interviewed between February and July 2016. Guiding questions were made that enabled professionals to reflect and rethink about their daily life and their practice of care. The data were submitted to the Thematic Modality Content Analysis, elaborated in the light of Jean Watson's Human Care Theory, in consonance with the elements of the Caritas Clinical Process. The study was previously approved by the Standing Committee on Ethics in Research on Human Beings, under the opinion 1,375,358. The results showed important characteristics and elements of care taken into consideration when the professional provides care to the patient, showed fragilities and potentialities for the practice of care and also the possibilities of care/human care that are in line with The Human Care Theory, Jean Watson's Transpersonal Care, and its implications for the daily care, presented through the elements of the Clinical Caritas Process. It is concluded, by knowing and understanding the ways of caring of these professionals, that it is possible to advance in the qualification of care practices in the professional daily life, in order to favor transpersonal care. From this perspective, it is necessary to propose the reflection about the conceptions and materiality in which care is given by nursing professionals, in order to generate subsidies for the execution of strategies that can contribute to a more humanized activity to patients and their families, that goes beyond the factual and touchable in which is immersed the daily physical care. It also demonstrates as much, the urgency of looking at the nursing professional as a being who needs care

Keywords: Nursing theory, Humanization of Assistance, Nursing care, Nursing.

COSTA, Josane Rosenilda. **Concepciones de los profesionales de enfermería acerca de sus prácticas de atención.** 132 hojas. La Tesis (Maestría en Enfermería) - Universidad Estadual de Maringá. Directriz: Sonia Silva Marcon. Maringá, 2017.

RESUMEN

La atención, en realidad, se refiere a muchos, en el campo de las tecnologías y procedimientos cada vez más complejos. Y así, nos acercamos a la tecnología y alejarnos del ser humano. Por lo tanto, el profesional se inserta en este contexto acaba de adoptar una concepción de la atención fuertemente vinculado a estos recursos de manera que amplía la distancia del ser humano. Por lo tanto, la posibilidad de profundizar en el conocimiento y entender cómo los directores y equipos asistenciales de enfermería renuevan el cuidado en la atención diaria. El objetivo de este estudio era entender cómo los profesionales de enfermería (re) significan derechos cuidados. Esta es una investigación cualitativa que asistieron 38 profesionales de enfermería que trabajan en un Hospital de Enseñanza del Noroeste del Estado de Paraná. Estas entrevistas se realizaron entre los meses de febrero a julio de 2016. Se realizaron preguntas orientadoras que permitieron a los profesionales, reflexionar y repensar acerca de su vida cotidiana y su práctica de la atención. Los datos fueron sometidos a Análisis de Contenido de modo temático, preparado a la luz de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, en consonancia con los elementos del Proceso Clínico Caritas (PCC). La realización del estudio fue aprobada previamente por el Comité Permanente de Ética en la investigación humana, en el párrafo de opinión 1.375.358. Los resultados mostraron importantes características y elementos de cuidado y tener en cuenta el título profesional al paciente a la proporcionar atención, reveladas debilidades y potencial para el cuidado y las posibilidades del ser humano/cuidado que están en consonancia con la teoría del cuidado humano Transpersonal de Jean Watson y sus implicaciones para la vida diaria del cuidado en la vida profesional, a través de los elementos de la de Proceso Clínico Caritas. Bajo esta perspectiva, es necesario proponer una reflexión acerca de los conceptos y materialidad en la que da el cuidado para los profesionales de enfermería, con el fin de generar apoyo para la implementación de estrategias que pueden contribuir a una más humana a los pacientes y sus familias, ir más allá de concreto y palpable cuando sumergen cuidado físico diario. También muestra la necesidad urgente de buscar para el profesional de enfermería como un ser que necesita cuidados.

Palabras clave: Teoría de enfermería, cuidado, cuidado humano, cuidado, enfermería.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, pelo apoio incondicional e incentivo nesta caminhada de crescimento rumo ao desvelar do quase incompreensível; pelo ombro, ouvidos e argumentos amigos nos momentos de necessidades, exemplo de persistência e amor.

Ao meu filho Enzo, fonte inesgotável de questionamentos e fonte imensurável de incentivo, a razão de buscar melhorar-me a cada dia, exemplo de ser humano admirável.

À minha filha Rafaela, pela sensibilidade em me compreender e oferecer-se a mim, como rocha firme, exemplo de fortaleza e doçura nos momentos difíceis, de vivacidade, sabedoria e alegria.

À minha mãe, modelo de persistência, luta e coragem, pelo exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas possibilidades de erros e acertos proporcionados durante a caminhada da vida, pelos encontros e desencontros, términos e recomeços.

Pelas oportunidades de conhecer os amigos do Mestrado, por compartilharmos, no primeiro ano, nossas maiores aflições e, no segundo, estarem presente mesmo que distantes.

À minha família, por ser minha base.

À minha orientadora, pela paciência, pelas demonstrações de “eu me importo” e pelo apoio científico, pela escuta sensível; pela fala, algumas vezes rigorosa e pela possibilidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e intelectual ao seu lado.

Aos irmãos científicos que me adotaram e me oportunizaram caminhar e crescer na nova família, principalmente à Júlia, ao Eleandro, à Ana Patrícia, à Aline, e à Mislaine, pelo exemplo e por tornar esta caminhada mais leve, presentes de Deus na jornada do crescimento e desenvolvimento.

Aos participantes do meu estudo, profissionais de enfermagem, pela disposição em se abrirem para minha pesquisa, pelo tempo em que se dedicaram e se entregaram às minhas perguntas, por compartilharem suas experiências de cuidado e sentimentos em relação ao cuidar. Obrigada pela oportunidade de conhecer cada um de vocês, de crescer com suas experiências e por me ajudarem a concluir esta pesquisa. Meu mais profundo agradecimento e admiração.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, representado pela Prof.^a Dr.^a Ieda Harumi Higarashi pela acolhida nos tempos de tribulação.

À secretária Cristiane pelas orientações, palavras de incentivo e disponibilidade em ajudar.

Às técnicas de enfermagem, Rosangela Arzao, Laur Solange, Cleuza Baessa, Sonia Terezinha, pelas conversas nas madrugadas, pelo exemplo de pessoas e profissionais, musas que me serviram de inspiração para a realização deste trabalho, anos antes de ingressar no processo seletivo para o Mestrado.

APRESENTAÇÃO

Para situar o leitor acerca desta dissertação, clarifico que esta pesquisa objetivou compreender como profissionais de enfermagem e o *enfermeiro* ressignificam o cuidado em seu cotidiano de cuidar; teve como papel também conhecer as percepções acerca do cuidado/cuidado humano e identificar aspectos da teoria do Cuidado Humano de Jean Watson na prática diária de cuidado. Participaram da pesquisa 38 profissionais de enfermagem. O trabalho foi organizado em sessões para maior clareza e entendimento, sendo intituladas: “Introdução”, “Quadro teórico”, “Aproximação com o referencial teórico”, “Descrivendo o caminho metodológico”, “Resultados e Discussão”, “Considerações acerca do estudo”, “Implicações para o Ensino, a Pesquisa e a Prática da enfermagem” e “Referências”. Ressalta-se que os resultados foram apresentados sob a forma de dois manuscritos, a saber:

Estudo 1 – “Percepções de profissionais de enfermagem sobre o cuidado” - a partir do qual apresenta-se as características de cuidado mediante às observações das chefias de enfermagem e as expressões de cuidado frente à prática do cuidar de profissionais de enfermagem;

Estudo 2- “O cuidar no cotidiano dos profissionais de enfermagem: elementos do Processo *Clinical Caritas* de Jean Watson”, no qual são apresentadas as experiências de cuidado transpessoal no cotidiano da prática do cuidado.

LISTA DE SIGLAS

CCO- Centro Cirúrgico

CC- Clínica Cirúrgica

CM- Clínica Médica

COREA- Comissão de Regulamentação de Atividades Acadêmicas

COPEP- Comitê Permanente de Ética e Pesquisa

GO- Ginecologia e Obstetrícia

PA- Pronto Atendimento

PNH- Política Nacional de Humanização

PERC- Profissional Enfermeiro Referência de Cuidado

PERCS- Profissional Referência de Cuidado do setor

PTERC- Profissional Técnico de enfermagem Referência de cuidado

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEM- Universidade Estadual de Maringá

UTI-A- Unidade de Terapia Intensiva Adulto

UTI-Ped- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTI-Neo- Unidade de Terapia Intensiva Neo-natal

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA	14
1.2 DA JUSTIFICATIVA DO ESTUDO, OBJETO DA PESQUISA E A IMPORTÂNCIA PARA ENFERMAGEM.	19
2.OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. QUADRO TEÓRICO	25
3.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICO-CULTURAL-SOCIAL DA PRÁTICA DO CUIDADO AO SER HUMANO	25
3.1.2. COMPREENSÃO DO CUIDADO HUMANO E DO CUIDADO HUMANIZADO: TRAÇANDO ELOS ENTRE A ESSÊNCIA HUMANA E AS DEMANDAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	29
3.2. A ENFERMAGEM E O CUIDADO/CUIDADO HUMANO NA ERA PÓS MODERNA: RECONHECENDO NA LITERATURA AS CONCEPÇÕES E O CAMPO DE PRÁTICA DO CUIDADO	34
4. REFERENCIAL TEÓRICO	37
4.1 BUSCANDO MEU REFERENCIAL TEÓRICO	37
4.1.1 APRESENTANDO A TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL	39
4.1.2 DEFININDO OS PRINCIPAIS CONCEITOS	41
4.1.3 O PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i>	42
4.1.4 O CUIDADO TRANSPESSOAL E O CAMPO ENERGÉTICO	48
4.1.5 O MOMENTO DO CUIDADO	50
5. O CAMINHO METODOLÓGICO	51
5.1 A NATUREZA DA PESQUISA	51
5.2. ANÁLISE DOS DADOS	52
5.3. LOCAL DE PESQUISA	53
5.4. A COLETA DOS DADOS	54
5.6. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	57
5.7. ASPECTOS ÉTICOS	66
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
ESTUDO 1- PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO	67
ESTUDO 2- O CUIDAR NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ELEMENTOS DO PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i> DE JEAN WATSON	87
7. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO	106
8. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E PRÁTICA DA ENFERMAGEM	110
REFERENCIAS	112
APENDICES	122
ANEXOS	126

1. INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Neste tópico, apresentarei algumas das inúmeras inquietações vividas durante minha jornada de cuidado, e que, com o tempo, impulsionaram-me a pensar esta pesquisa. Organizado em ordem cronológica, apresento situações, desde meus primeiros meses como estagiária de auxiliar de enfermagem, até poucos meses antes da conclusão deste trabalho.

A experiência não é o que nos acontece, é o que fazemos com o que nos acontece” Aldous Huxley

Sem dúvida, posso dizer que minha experiência com o cuidar celebra “bodas de louça”, são mais de duas décadas dedicadas à enfermagem. Quase que por acaso, empolgada pelos contos de minha irmã mais velha e, certamente, por uma necessidade que ultrapassava minha própria vontade, esbarrei-me na Enfermagem e dela não mais me separei, pois vislumbrei, no dedicar-me a esta profissão, a possibilidade de ajudar o outro, a transcender a dor e a visualizar novos horizontes ao seu redor.

Estas possibilidades foram-me desveladas em alguns momentos da minha vida profissional e foram cruciais para voltar o meu olhar e o meu pensamento ao “Cuidado” enquanto a essência de Enfermagem. Isso foi crucial, entre tantas angústias e momentos de descuidados que presenciei enquanto estagiária, estudante e profissional. Permito-me relatar a primeira passagem que, tamanho choque me proporcionou à época, que até hoje permanece viva em minhas lembranças, mesmo tendo decorrido mais de vinte anos.

Durante meus primeiros meses como estagiária do curso de Auxiliar de Enfermagem em meados de 1996, em Toledo (minha cidade natal), protagonizei uma situação tão intensa de (des) cuidado que, em mim, deixou suas marcas para o resto da vida.

Como parte deste cenário, uma enfermaria masculina, de dez leitos e apenas um banheiro, para a utilização do qual, exigia dos pacientes um revezamento matinal, o que causava certo alvoroço logo nas primeiras horas da manhã. Em meio a esta desordem matutina, ocorria a passagem de plantão ao pé do leito, às vezes, outras, à porta da enfermaria.

Durante uma destas passagens de plantão, ouço e posso sentir ecoar as palavras a seguir: “O Seu João resolveu urinar na cama, várias vezes durante a noite!”. Estas poucas palavras, ditas talvez em um momento inoportuno, para um paciente que, provavelmente, não estava em seu perfeito equilíbrio e que, aparentemente, nem havia sido levado em consideração pelo cansaço de quem às pronunciou ou pela indiferença de quem as ouviu, mudou para sempre o destino do doente e meu modo de pensar-fazer o cuidado.

Nesta mesma manhã, o referido paciente é agraciado com a notícia da alta. Feliz, conto-lhe sobre a boa nova (acredito que como forma até mesmo de me redimir pelo ocorrido no início da manhã); ele olha para mim e diz com voz mansa e afetiva: “Minha filha, homem que não consegue controlar nem isso (e olha para baixo, com raiva de pronunciar a vergonha que lhe ocorrera mais cedo), esse homem não merece nem sobreviver.”

Sinceramente, não lembro quais foram minhas palavras para tirar-lhe estes pensamentos, mas, no intuito de ajudar, retomo o fato de ele estar de alta hospitalar, como uma demonstração de que ele estaria sim, bem de saúde. Saio, e após algumas horas, ele vai para casa. Mas lembro bem que um misto de tristeza e pesar me invadiram e me encheram de um vazio indescritível.

Na manhã seguinte, a funcionária do raio-X vem ao setor da Clínica Médica solicitar ajuda para retirar um paciente da maca, dizendo que o mesmo: - “É muito grande, e morto então...”. À época, seria o meu primeiro atendimento em óbito, fiquei ansiosa com a experiência e ofereci-me para prestar-lhe ajuda, mas não podia acreditar no que meus olhos visualizavam naquele momento: era o mesmo paciente do dia anterior, que me dissera que não merecia sobreviver. Lá estava ele, pálido, com um tiro na cabeça.

Mesmo depois de duas décadas, quando me recordo desta história, não me lembro desta injúria de cuidado como um fato isolado, minha mente faz questão de recordar dos seus familiares, dos pensamentos que lhe atormentaram e das redes que foram cortadas por apenas algumas palavras.

Obviamente, acredito que a culpa do suicídio não foram algumas poucas palavras proferidas por uma profissional no decorrer de uma rápida troca de plantão. Profissional esta, muito admirada por mim e por muitos, por ser uma excelente cuidadora.

No entanto, a correria do plantão (lembrando que trabalhávamos, com uma equipe de 4 auxiliares de enfermagem em um setor de internação com mais de 80 pacientes e uma enfermeira que supervisionava todo o hospital), a grande demanda aliada à complexidade dos pacientes e dos cuidados, impediram a todos de perceberem que este paciente especificamente não estava preparado para a alta hospitalar.

Mas a vida continuou e, por um acaso ou destino, após concluir meu curso de auxiliar de enfermagem, mudei-me para Villa Rica Del Espiritu Santo, uma cidadezinha no interior do Paraguai que, na época, sequer possuía rede de esgoto e água encanada para a totalidade dos seus habitantes. Por necessidades extremas, em duas semanas eu falava e escrevia espanhol, língua oficial da cidadela e entendia algo de Guarani.

Convivi com um dualismo constante, contrastando com o quadro de miséria da cidade, convivía também com a formalidade das licenciadas na sala de aula, trajadas com ternos e salto alto, mesmo rigor exigido de nós alunas ao nos apresentarmos em dias de avaliação e apresentação de seminários.

Contudo, observava neste cenário de opulência que o cuidado humanizado não era praticado aos doentes atendidos, ora por falta de recursos ora de sensibilidade. Por motivos pessoais, não pude concluir minha *Licenciatura en Enfermeria* naquele país.

Todavia, acredito que caminhar em busca do conhecimento é algo inerente ao ser humano, desta forma, concisa de meus sonhos, em 2000, quando me mudei para Maringá, realizei o vestibular e fui aprovada para o curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Foram anos de muita dedicação e esforço igualmente intensos, uma vez que revezava os estudos com o trabalho noturno de auxiliar de enfermagem em um Hospital Universitário no Noroeste do Paraná.

Concluída a graduação, trabalhei como enfermeira supervisora de uma Equipe de Saúde da Família em uma cidade do interior do Paraná. Na qual, desassossegada com a situação de saúde das pessoas portadoras de Doenças Crônicas não Transmissíveis e da relação destes com suas famílias, criei, juntamente com o Departamento de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá, um projeto de extensão intitulado: “O Cuidado aos portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus familiares”. Experiência insubstituível, conhecer a realidade das famílias e poder atuar na transformação destes, de expectadores a atores principais de sua própria saúde e vida.

Com intuito de aperfeiçoar-me como forma de melhor prestar o cuidado, cerca de um ano depois, reformulei o projeto de pesquisa e com esta proposta, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível de Mestrado em 2009. No entanto, minha proposta de pesquisa original foi mudada e acabei iniciando uma pesquisa quantitativa que, resumidamente estudava a relação entre variáveis maternas e a mortalidade infantil.

Neste ínterim, já de volta à Maringá, passei a trabalhar como enfermeira na UTI Adulto do hospital supracitado. Foram meses de convívio com profissionais extremamente capacitados e engajados técnica e cientificamente; no entanto, muito me espantava a fragilidade das relações profissional-profissional, profissional-paciente, pois, na minha interpretação, entendiam o processo de trabalho e o cuidado, como uma ferramenta de manutenção da vida independente de sua qualidade. Percebi que, naquele setor, o cuidado era visto como uma grandeza diretamente proporcional ao domínio e destreza das inúmeras tecnologias duras disponíveis abundantemente naquele ambiente.

Infelizmente, por motivos e problemas pessoais mais intensos do que a minha vontade de seguir me aperfeiçoando na arte do cuidar, tive que abrir mão do Mestrado.

Posteriormente, já como docente da Graduação em Enfermagem no Centro de Ensino Superior de Maringá (CESUMAR), fui Supervisora de Estágio no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Ao ensinar o cuidar e as relações existentes entre ensinar e cuidar, deparei-me com novas mazelas e questões. Diferentes inquietações me impulsionaram a buscar distintos parâmetros, saberes e olhares para o ensino do cuidado humano.

Ao realizar uma Especialização em Docência no Ensino Superior, pude evidenciar como o saber ensinar, o saber fazer e o saber ser influenciam e interferem diretamente na formação de enfermeiros e de pessoas mais “humanas”. A partir desta experiência, abri possibilidades permitindo-me envolver não só com o cuidado e com o ser-cuidado, mas também com aqueles para quem eu ensinava o cuidado.

No ano seguinte, voltei à área hospitalar e fui lotada como enfermeira no setor de Pediatria do Hospital Universitário Regional de Maringá, no qual decidi extrapolar as regras e protocolos no intuito de fazer valer os direitos mínimos de uma mãe ao acompanhar seu bebê de sete dias, mesmo sabendo que eu seria mal interpretada por meus pares no setor. Ao iniciar empreitada, vislumbrava o medo por parte dos funcionários e a reprovação por parte das colegas de trabalho. Ao final, com o apoio do

médico responsável pelo setor, instituiu-se como protocolo a disponibilização de cama para mães de bebês com menos de 40 dias.

Profundas meditações emergiram dos momentos descritos, o fenômeno do cuidado desvelou algumas de suas faces, que fez aflorar inquietações que até hoje me seguem. Por que a humanização, apesar de tão discutida ainda não é praticada em sua totalidade? Será que o praticado, de fato, não está sendo percebido? Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado/cuidado humano? Como resgatar a humanização da assistência perante o assenhoramento/empoderamento das pessoas tidas como experientes? Por que escolheram esta profissão?

Desta forma, refletir acerca do cuidado é primordial para elucidar muito além de minhas reticências profissionais e pessoais. Pois o cuidado constitui-se em um desafio diário e constante para estudantes, professores e para os gestores de saúde, é uma incógnita no cotidiano dos profissionais, afinal, qual é a melhor forma de cuidar?

Durante estas décadas, aprendi e apreendi que o cuidado/cuidado humano está envolto de sensações, sentimentos, valores, infinitas possibilidades e subjetividades. Não há forma de cuidar quando não há interesse e preocupação pelo ser-que-é-cuidado sendo esta, uma questão crucial.

Assim, no decorrer das minhas experiências profissionais, quase 21 anos se passaram e a mesma inquietude me aflige quanto ao ato de cuidar. Neste íterim e para melhor me preparar para as questões que envolvem o cuidado, iniciei em meados do ano passado o projeto de extensão: “Cuidados paliativos ao doente com câncer e seus familiares”, experiência esta que me ampliou possibilidades com relação à nova tentativa de realização de Mestrado em Enfermagem, mas agora, com um olhar amplo e aberto sobre a vida e sobre o cuidado, na tentativa de transcender minhas limitações e buscar transmitir a outros profissionais de saúde o desejo pelo cuidado autêntico e humanizado.

Enfim, seguindo minha trajetória, meu foco não se desviou, a busca pelo cuidado humano e autêntico caminha comigo. No transcorrer do meu tempo de cuidado, sempre pensei na reflexividade das minhas ações e das atitudes ao cuidar, da mesma forma que a mãe, ao amamentar seu filho, já é consciente que lhe faz o bem, sem mesmo ter a certeza que irá contemplar os benefícios lhe faz e sente. A certeza de fazer o certo já atinge um “status” de satisfação que alegra e engrandece o ser que o executa.

Percebo que vivemos em uma sociedade onde a falsa ilusão de apoderamento do conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao fenômeno doença/morte os torna alienados das experiências existenciais da pessoa doente e das suas necessidades fisiológicas, sociais, psicológicas ou mesmo espirituais. Desta forma, cresce o sofrimento dessas pessoas marcado por ansiedade, depressão, medo e, principalmente, ira em relação aos que a circundam.

No intuito de manter minha proposta de investigação, precisei mudar de metodologia, que até o início do ano de 2016 era referenciada pela fenomenologia existencialista de Martin Heidegger, trocar de orientadora não foi tarefa fácil, mas acredito que tenha sido o necessário e, por fim, o melhor para esta pesquisa.

Firme no meu propósito de desvelar algumas questões acerca do cuidado/cuidado humano optei por utilizar como meu novo referencial teórico a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, além de incluir novos participantes na pesquisa, que me trouxeram novas oportunidades e possibilidades para refletir o cuidado/cuidado humano.

1.2 DA JUSTIFICATIVA DO ESTUDO, OBJETO DA PESQUISA E A IMPORTÂNCIA PARA ENFERMAGEM.

Por necessitarmos e estarmos sujeitos ao cuidado durante toda a vida: recebendo-o ou realizando-o desde antes do nascimento até a morte (WALDOW, BORGES, 2011; DUARTE, ROCHA, 2011), podemos trazer a este tema, uma conotação de obviedade para alguns, e de complexidade e importância para outros. O desafio então, desta construção, será o de estruturá-la de tal forma que torne este trabalho uma importante ferramenta reflexiva para a formação de profissionais, além de relacioná-la com a produção de cuidado/cuidado humano de qualidade.

Frente a isto, a fim de disparar a argumentação acerca da importância da realização do presente estudo, lança-se mão do seguinte pressuposto, “o profissional de enfermagem tem acesso e interpreta os significados e preocupações do paciente, sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado...” (RAMALHO, 2011 pg. 25). Tal envolvimento representa o quão complexo é o ato de cuidar, pois alude que, para que o cuidado ocorra, é necessário que quem esteja cuidando faça um movimento de imersão no universo de

quem é cuidado, com o intuito de envolver-se com o outro, a ponto de realizar um cuidado de qualidade.

Evidencia-se este movimento, ao refletir e pensar no cotidiano e nos contextos de cuidado. Sendo assim, pode-se acreditar que o curar está ao alcance dos que estudam para isso, mas que o cuidar transcende a ciência, a tecnologia e a técnica, ultrapassando as barreiras de sistematizações e protocolos, alcançando um estágio quase sublime entre quem cuida e quem é cuidado que conforta e alivia, aconchega e aquece, não somente corpos, mas também almas.

Razão pela qual, o cuidado constitui-se a função final e fundamental dos serviços de enfermagem, configurando-se na essência e na razão última que justifica todas as ações dos profissionais de enfermagem (OGUIZO, FREITAS, CARE, 2016).

Destarte, os profissionais de enfermagem configuram-se nos melhores participantes desta pesquisa, visto que conhecem as realidades e contextos de cuidado no qual estão inseridos os protagonistas do processo de cuidar, sendo os responsáveis por oferecerem um cuidado de qualidade, com vistas à satisfação dos pacientes (FREITAS, SILVA, MINAMISAVA, BEZERRA, SOUSA, 2014). Sobretudo por conhecerem /reconhecerem as necessidades, potencialidades e fragilidades para o cuidado em seu próprio ambiente de cuidar (FERNANDES, EVANGELISTA, PLATEL, AGRA, LOPES, RODRIGUES, 2013).

Além disso, estes profissionais estão inseridos diariamente em um cotidiano de cuidado, no qual permanecem 24 horas (PREARO, GONÇALVES, VINHANDO, MENEZES, 2011) fazendo uso das tecnologias (MARTINS, DAL SASSO, 2008, PEREIRA, PINTO, TOURINHO, SANTOS, 2012) e de conhecimento técnico e científico com intuito de cada vez mais melhorarem os cuidados prestados aos pacientes (MEIRELES, VIEIRA, 2015).

É possível evidenciar que algumas fragilidades e dificuldades relacionadas ao cuidar/cuidado são próprias da sociedade atual, da estrutura das instituições cuidadoras, além da individualidade dos envolvidos no processo.

Muitas vezes, estas características ganham um “status” no contexto do cuidado que vai além da própria vontade de quem cuida, como é o caso da necessidade do uso de tecnologias cada vez mais complexas no ambiente hospitalar, podendo ocorrer falhas no uso destas tecnologias por imperícia ou imprudência do profissional, ou mesmo, o uso inadequado destas tecnologias (RIBEIRO, SILVA, FERREIRA, 2016).

Somadas a esta realidade estão as dificuldades enfrentadas por profissionais e pacientes em setores superlotados com estruturas inadequadas (JORGE, BARRETO, FERRER, SANTOS, RICKLI, MARCON, 2012), a violência sofrida por eles no cotidiano do cuidado (SILVA, SILVA, WALL, LACERDA, MAFTUM, 2015), a falta de tempo para prestar o cuidado conforme gostariam (BALBINO, MESCHINI, BALIERO, MANDETTA, 2016) aliados às experiências do envelhecer e do adoecer no trabalho (RIBEIRO, MARTINS, MARZIALE, ROBAZZI, 2012) que se sobrepõem, refletindo em dificuldades de comunicação que culminam problemas concernentes às relações interpessoais entre os envolvidos no processo de cuidar (SILVA, TERRA, FREITAS, ELY, MOSTARDEIRO, 2013).

O contrário disto é o que aponta um estudo realizado no interior do Rio de Janeiro, abordando profissionais e pacientes, que demonstrou a importância da comunicação mediante a escuta qualificada para o estabelecimento de vínculo e fortalecimento das relações interpessoais no cuidado a pacientes da pediatria, além da valorização do familiar, do trabalho em equipe, da empatia, da espiritualidade como fatores facilitadores para o cuidado às crianças em condições crônicas (SILVA, SILVA, ALCANTARA, SILVA, LEITE 2015). Estudo realizado em Portugal, alude ao cuidado como sendo a expressão de afeto às crianças internadas (DIOGO, BALTAR, PRUDENCIO, 2016).

Desta forma, percebemos que “o cuidar de enfermagem se faz com arte e com ciência” e é imperativo para a Enfermagem, trabalhar com arte, porque lidamos com seres humanos, envoltos em seus contextos, particularidades, complexidades e formas de ser (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

Para garantir e dar continuidade à proposta de refletir sobre o cuidado, e outras questões relacionadas ao cotidiano do cuidar, lançamos mão da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (2009), na qual a autora postula que o cuidado é o cerne de toda atividade dos profissionais de enfermagem, além de convidar os profissionais à constante reflexão acerca do cuidar/cuidado e suas implicações à vida de quem cuida e de quem é cuidado (WATSON, 2012).

Observamos que muitas são as pesquisas relacionadas às subjetividades, aos modos de fazer e ao cotidiano do cuidado (BAGGIO, 2006), aos significados atribuídos ao cuidado (SILVA, TERRA, FREITAS, MOSTARDEIRO, 2013, QUEIROS, 2015), no entanto, percebe-se que estão voltados para setores específicos como Unidade de

Terapia Intensiva de Adulto ou Pediátrica (FAVERO, PAGLIUCA, LACERDA, 2013) e com grupos específicos, como pacientes oncológicos em unidades de internação ou em cuidados paliativos (TEIXEIRA, 2016), ressaltam também os significados do cuidado em Saúde Mental (FONSECA, LACERDA, MAFTUM, 2016).

Merece destaque ainda, a menção de que, para a realização destes estudos, foram participantes uma categoria de profissional - geralmente, os enfermeiros do setor-, pacientes internados nos setores pesquisados, familiares ou acompanhantes.

Para a realização desta pesquisa, serão entrevistados profissionais de todos os setores do hospital. As chefias, por considerar que possuem uma percepção geral do setor com um olhar voltado mais intensamente para a gerencia e estarem ligados direta e indiretamente ao cuidado. Além de procedemos com interrogações aos profissionais ligados diretamente ao cuidado (enfermeiros e técnicos de enfermagem dos setores).

Outro fator importante a pontuar relacionado a esta pesquisa é o de que o marco de partida para a interrogação é o próprio cotidiano do cuidado e teve como fonte de dados, as memórias e experiências da equipe de enfermagem de situações marcantes de cuidado.

Nesse sentido, buscamos, por meio desta pesquisa, a erudição dos sentidos e os significados do cuidado no âmbito hospitalar mediante reflexões sobre a própria prática de cuidar, o que provavelmente, suscita um (re) fazer o cuidado. Essa erudição torna-se significativa, no que concerne ao desenvolvimento de ações mais humanizadoras, apropriadas e individualizadas em todos os setores da saúde hospitalar, voltadas para pacientes e também para os profissionais.

Destarte, ao buscar conhecimentos teóricos-filosóficos acerca deste tema, o movimento próprio da reflexão inserido na interrogação sobre o conceito de e sobre as ações de cuidado fortifica os saberes e enriquece o corpo teórico específico da área da Enfermagem e, conseqüentemente, o seu objeto de trabalho: o ato de cuidar (SEBOLD, CARRARO, 2013).

Mediante este contexto, surgiram inúmeros questionamentos relacionados ao processo de cuidar/ cuidado/cuidado humano, que entre outros estão: Como desenvolver o cuidado? Quais são as prioridades de cada profissional no momento do cuidado? Como é o cuidado realizado? O que é efetivo no momento do cuidado? Conseqüentemente, surgiu o interessa em conhecer o cotidiano de quem cuida.

Assim, ao abordar este tema com os profissionais de enfermagem, chefias, enfermeiros assistencialistas e técnicos de todos os setores do hospital, possivelmente serão levantados pontos de grande importância ao que concerne às características comuns de fragilidades, potencialidades ou mesmo de melhorias para o cuidado que, ao assemelharem-se entre os setores, poderão se configurar em alvos de intervenção de acordo com as possibilidades da instituição pesquisada. Além disso, abordar os diversos setores e as diferentes categorias de profissionais de enfermagem poderá ser uma ferramenta de escuta qualificada que possivelmente diminuirá a distância comunicativa entre os profissionais, entre chefias e funcionários e entre setores.

Acredita-se ainda, que, com a realização desta pesquisa, seja possível inculcar aos profissionais assistencialistas e aos técnicos de enfermagem a importância que lhes é devida à pesquisa científica, à profissão e ao ensino.

Finalmente, quando se busca clarificar o que ocorre quanto às ações de enfermagem, percebemos que, de maneira geral, estão inclinadas para um teor tarefairo e repetidor de procedimentos e práticas (SOUZA, PAULA, 2016), além das atividades de cunho burocrático e administrativo, o que, ao longo do tempo, afasta, desta forma, os enfermeiros da assistência direta (GEOVANINI, 2005).

Esse fato ocorre por conta de no cotidiano do trabalho a que os profissionais estão rotineiramente inseridos, repetem-se práticas e procedimentos instrumentais (POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013). Assim, permanece adormecido o sentimento de que as próprias habilidades são e podem ser promotoras da reconstituição do ser cuidado, e de que o cuidado vai além de procedimentos e técnicas (OLIVEIRA, CARRARO, 2011).

Pressupomos que as considerações, por fim, elaboradas mediante esta investigação, permitirão uma melhor abordagem no ensino, pesquisa e prática clínica de enfermagem, ao subsidiar novos olhares e formas de fazer cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os significados atribuídos ao cuidado por profissionais de enfermagem atuantes no contexto hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Conhecer os sentidos/significados do cuidado para os profissionais de enfermagem nos relatos do cotidiano do cuidar;

b) Identificar a forma como o cuidado é realizado no cotidiano e se há relação com a teoria, sob a ótica da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (2008).

3. QUADRO TEÓRICO

O quadro teórico desta dissertação está subdividido em três tópicos relacionados entre si e que tratam de aspectos elementares para a compreensão do objeto de estudo. O primeiro tópico, intitulado “Trajetória histórico-cultural-social da prática do cuidado ao ser humano” se reporta ao tema “cuidado/ cuidado humano” como uma construção fundada nas necessidades humanas apresentadas no decorrer da história que, posteriormente, adquire o “status” de institucionalizado a partir da profissionalização do cuidar e da construção da identidade da Enfermagem, com a consequente formulação das teorias de Enfermagem. Nesta linha, o segundo tópico, intitulado “Compreendendo a dimensão do cuidado humano x cuidado humanizado na enfermagem pós-moderna”, aborda características da Enfermagem pós-moderna e os sentidos do cuidado humano e do cuidado humanizado, clarificando estes conceitos e culminando com uma reflexão acerca dos sentidos filosóficos do cuidar, mediante a abordagem da Fábula/Mito do cuidado. Já no terceiro tópico “Compreensão do cuidado humano e do cuidado humanizado: traçando elos entre a essência humana e as demandas da prática profissional de enfermagem”, apontamos o estado da arte sobre o cuidado.

3.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICO-CULTURAL-SOCIAL DA PRÁTICA DO CUIDADO AO SER HUMANO

Nesta seção, abordamos brevemente a sofisticação dos modos de cuidar que, ao longo da história, formaram parte do constructo do que entendemos e fazemos hoje acerca do cuidado/cuidado humano. Será explorada, desde suas origens à sua evolução até os dias atuais.

Afirmar que o cuidado revela a própria existência do ser (SEBOLDO, CARRARO, 2013), visto que o homem é um ser de cuidado, e que o cuidado é um modo de ser do homem (GRAÇAS, SANTOS, 2009), é um imperativo para permitir a essência e a conexão entre a história do cuidado e a história da humanidade. Os

primeiros vestígios humanos datados de 120 mil anos a.C demonstram a existência de formas de cuidar que estavam relacionadas à satisfação de umas poucas necessidades humanas básicas como a busca por água e a proteção contra intempéries da natureza e contra inimigos (ARANHA, 2012).

Com a sofisticação dos modos de cuidar durante a história das civilizações, o cuidado deixa de permear o corpo físico somente; essas formas de cuidar eram moldadas segundo o contexto no qual cada grupo humano estava inserido, sendo diversificado e único de acordo com a localidade e cultura local. Os egípcios conservavam seus mortos, sendo esta, a principal expressão de cuidado à alma (BAINES, 2008).

Na Grécia Antiga, o cuidar era e continua sendo refletido na busca pela felicidade. Na Índia e China, os modos de cuidar buscam a harmonia e equilíbrio do corpo, mente e universo. Para a cultura hebraica, as principais formas de cuidar relacionavam ações preventivas contra infecções, mediante hábitos de higiene (WALDOW, 2012).

Na Idade Média, a Peste Bubônica marca a história humana e a do cuidar, pois a partir dela, o cuidado à saúde e as prioridades sociais foram redefinidas, como, por exemplo, a construção das universidades, cursos para as áreas da saúde, a institucionalização dos doentes e a criação dos hospitais (MORAES, 2013).

Para a humanidade, a Modernidade foi um período de grandes conquistas, iniciada por volta de 1453. Por meio das instituições religiosas, desde o século XIII, a Enfermagem começa a ser introduzida nos hospitais, cujo trabalho se caracterizava pelo culto do amor ao próximo (CARVALHO, 2013) o que, historicamente, reforçou concepções equivocadas de que o trabalho da enfermagem seria pouco importante e indigno perante a sociedade (CARVALHO, 2013; PEREIRA, OLIVEIRA, 2013).

Somente alguns séculos depois, mais ao final do século XVIII (1780), é que as instituições hospitalares assumem a política de curar, visto que, até então, era um local para exclusão de indivíduos pobres e, supostamente, perigosos (FOUCAULT, 1992).

Quase um século após e em um cenário conflituoso e de mudanças na história da humanidade, surge, durante a Guerra da Criméia (1854-56), o primeiro e o maior nome da história da Enfermagem. Neste panorama, os primórdios da Enfermagem moderna surgem pautados nos pressupostos instituídos por Florence Nightingale (1820-1910), que, além da inteligência, perspicácia, criticidade de pensamento e da sua vocação para

cuidar dos doentes, destaca-se pelo apoderamento e aplicação de conhecimento teórico às práticas de cuidado (NIGHTINGALE, 1989).

Mas, apesar das descobertas científicas, tanto no campo anatômico, quanto de diagnóstico de doenças e seus tratamentos, a população ainda estava resistente em aderir a eles e os métodos tradicionais de tratamentos, como a sangria, ainda eram os mais procurados. Somente no final do século XVIII e início do XIX é que as práticas médica e de cuidado finalmente começaram a mudar, sobretudo no contexto dos campos de batalha, que se configuravam no espaço de cuidado mais comum à época (MORAES, 2013).

É possível afirmar que o cuidado é anterior à Enfermagem. Em um sentido geral, a profissão enfermeiro “nasce” de uma necessidade histórica de ordenação e sistematização de cuidados, primeiro, como forma de garantia de sobrevivência da espécie humana, posteriormente, atuando empiricamente em epidemias e em campos de batalha, para então, auxiliar na organização dos serviços e práticas de saúde e nas prescrições médicas, sempre em consonância com as mudanças ocorridas no panorama social e cultural das sociedades.

Em âmbito nacional, a enfermeira norte-americana Ethel Parsons foi quem chefiou a implementação da Enfermagem moderna no Brasil na década de 1920, à “lady nurses” (BARREIRA, 1999, KRUSE, 2006).

Poucas décadas depois, no período entre e do pós-guerras (1930-1945), a profissão enfermagem passa a ser valorizada no Brasil, por conta da participação das enfermeiras nos campos de batalha. As profissionais tornaram-se ícones de força e perseverança, e esta estratégia foi utilizada para fortalecer a enfermagem e demarcar as características da profissão e o seu lugar social no contexto nacional (BARREIRA, 2005).

A prática de enfermagem até então constituída de procedimentos simples e delegações de funções, vai se ampliando e se tornando complexa à medida que incorpora novos conhecimentos, técnicas e tecnologias (ROCHA; BARREIRA, 2002).

No final da década de 40, há o declínio do primeiro modelo de enfermagem de saúde pública implantado pelas “lady nurses”. A partir deste momento, a crescente complexidade e a modernização dos hospitais passaram a solicitar a admissão da “enfermeira ananeri” (SILVA, 1995, 2000).

Na década de 1950, a enfermagem brasileira adquire o “status” de bacharelado, o que desencadeou simultaneamente as primeiras teorias de Enfermagem passando a configurar uma nova estratégia de estruturação e fortalecimento dos conhecimentos da profissão, um corpo de conhecimento próprio da Enfermagem (SANTOS, PORTO, 2006).

Nos anos de 1960, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) foi proposta por Wanda Horta Aguiar, sendo a primeira enfermeira brasileira a preconizar a Teoria como campo de atuação profissional (SILVA; FREIBERGER; SILVA; VALE; GONÇALVES, 2011). Estas descobertas e conquistas nas áreas da saúde e, sobretudo na Enfermagem, abrem caminhos para um novo olhar ao cuidado/cuidado humano, vislumbram-se novas necessidades e apontam assim, os primeiros raios do alvorecer da enfermagem atual, a pós-moderna.

Seguindo este pensamento cronológico, nasce a ideia de “pós-modernismo” que surgiu pela primeira vez no mundo hispânico, na década de 1930. Em contradição ao “modernismo” que era tomado por imagens de máquinas [as indústrias] o “pós-modernismo” é, usualmente, tomado por “máquinas de imagens” da televisão, do computador, da Internet e dos “shopping centers” (ANDERSON, p. 105).

A pós modernidade é descrita como um mal estar da humanidade, sobretudo pelas atrocidades relacionadas à modernidade: duas guerras mundiais, Aushwitz, Hiroshima, fanatismo político e religioso, degradação do ecossistema, entre outros (ROUANET, 1987).

No que diz respeito à saúde, ao corpo e ao bem estar, a pós-modernidade atribui a estes conceitos, a noção de bens de consumo, havendo uma exacerbação dos desejos, dos consumos, quando as necessidades são criadas e recriadas (MODARDO, 2009).

Na disciplina da Enfermagem, percebemos uma nova construção, voltada para a formação profissional mais crítica e reflexiva, de compromisso com o conhecimento, com a vida e com a sociedade. Na perspectiva da Enfermagem pós-moderna, há uma necessidade de se caminhar à humanidade, posto que o dualismo “saúde e doença” são realidades do processo de vida das pessoas (SILVA, REGIS, SIQUEIRA, 2013).

Nesta nova era, temos uma visão otimista a cerca do crescente reconhecimento e da valorização da profissão, da ampliação dos conhecimentos científicos e da consolidação da humanização da Enfermagem, tendo grande responsabilidade na melhoria das condições de saúde da população, no direcionamento contínuo da

produção de conhecimento e na promoção de situações de mudança de forma crítica-reflexiva junto às comunidades assistidas (SILVA, REGIS, SIQUEIRA, 2013).

Este novo cenário é o palco do surgimento de um termo na área da saúde de maneira geral, a destacar, “o cuidado humanizado”, juntamente com todas as suas vertentes taxionômicas. Desta forma, julgamos ser necessário a clarificação deste conceito, para minimizar quaisquer possibilidades de confusão em relação ao objeto do presente estudo. Assim, no tópico seguinte, especificamente, serão ponderadas questões acerca do cuidado/ cuidado humano e do cuidado humanizado, no intuito de clarificar o nosso objeto de estudo: “cuidado/ cuidado humano no contexto da enfermagem hospitalar”, nesta perspectiva da pós-modernidade.

3.1.2. Compreensão do cuidado humano e do cuidado humanizado: traçando elos entre a essência humana e as demandas da prática profissional de enfermagem

Ao estabelecer um elo com a saúde e, em especial com a Enfermagem, a filosofia permitirá a possibilidade de indagação sobre os diversos momentos e situações acerca do cuidado em diferentes cenários (CARRARO, KEMPFLER, SEBOLD, OLIVEIRA, ZEFERINO, 2011).

Portanto, este tópico destina-se a abordar o cuidado como um constructo filosófico, desvinculado da noção que temos do cuidado como sendo relacionado a um conjunto de técnicas e procedimentos, mas, sob a forma de uma categoria que designa uma compreensão filosófica e uma atitude frente a ações de saúde, uma interação entre os sujeitos, visando o alívio da dor, do sofrimento ou a busca pelo bem estar.

Para iniciar este constructo conceitual, inicio explorando a categoria do cuidado conforme abordado por Heidegger (1889-1976) em “Ser e Tempo”, (2012), no qual, o autor se utiliza da antiga fábula “O mito do cuidado”, para argumentar acerca do cuidado enquanto condição essencial do ser humano:

"Certo dia, Cuidado tomou um pedaço de barro e moldou-o na forma do ser humano. Nisso apareceu Júpiter e, a pedido de Cuidado, insuflou-lhe espírito. Cuidado quis dar-lhe um nome, mas Júpiter lho proibiu, querendo ele impor o nome. Começou uma discussão entre ambos. Nisso apareceu a Terra alegando que o barro é parte de seu corpo e, que por isso, tinha o direito de

escolher um nome. Gerou-se uma discussão generalizada e sem solução. Então todos aceitaram chamar Saturno, o velho deus ancestral, para ser o árbitro. Este tomou a seguinte sentença, considerada justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito, receberá o espírito de volta quando essa criatura morrer. Você, Terra, que lhe forneceu o corpo, receberá o corpo de volta, quando esta criatura morrer. E você, Cuidado, que foi o primeiro a moldar a criatura, acompanhá-la-á, por todo o tempo em que viver. E, como vocês não chegaram a nenhum consenso sobre o nome, decido eu: chamar-se-á homem que vem de húmus que significa terra fértil" (HEIDEGGER, 2012,pg. 324).

Uma interpretação mitológica deste manuscrito nos permite refletir acerca da magnitude e magnanimidade do Cuidado, quando Saturno (autoridade suprema do deus céu e terra e fundador da Idade de Ouro e da utopia absoluta do ser humano), ao moldar o homem a partir da argila (barro), conversa com Júpiter (autoridade celeste) e com Tellus (autoridade terrena), convocando-os para auxiliá-lo (BOFF, 2014; Ribeiro, 2001).

Esta fábula está cheia de lições, dentre elas, a de que o cuidado revela-se anterior ao espírito e ao próprio corpo, ou seja, é o que faz o homem existir verdadeiramente. Sem cuidado, o homem perde a sua humanidade. O Cuidado fez o homem com “cuidado”, com carinho, com zelo, portanto, com atitude de amor e o acompanhará enquanto o homem viver (BOFF, 2014).

A interpretação filosófica do cuidar tem uma fundamentação em Martin Heidegger, para o filósofo, esta fábula é um “testemunho pré-ontológico” da filosofia do cuidado (BOFF, 2014), ou seja, é um testamento sobre a essência do cuidado e do homem, cujo cuidado é o fator indispensável para manter a própria vida do homem, por meio do qual o homem vive o significado de sua vida, é o que possibilita a existência do ser (WALDOW, BORGES, 2011).

O cuidado é uma dimensão ontológica, um modo de ser, visto que o cuidado é a essência do ser humano, o ser humano é um ser que deve cuidar de si e dos outros e que somente está no mundo pelo cuidado e, na saúde, é a essência da enfermagem (WALDOW, 2004. WALDOW, 2011. PAULINA, 2012).

Acerca desta aproximação, uma explanação pertinente é de que a essência humana reside exatamente no cuidado, de que o cuidado realiza-se, principalmente, em

função do outro, mas também por coisas e ideias. Cuidar do outro é ajudá-lo a crescer e se realizar. Este verbo, portanto (cuidar), não pode ser confundido com desejar o bem, gostar, confortar e manter ou ter um interesse pelo o que acontece com outra pessoa. Nem tampouco é um sentimento isolado, um relacionamento temporário (MAYEROFF, 1971).

Seguindo esta mesma linha de pensamento, Noddings (1984) destaca que o cuidado é uma maneira de engajar-se em certos comportamentos éticos, enfocando o relacionamento como princípio ontológico e ético fundamental para o cuidado. Enfoca o comportamento de cuidar baseado nas relações humanas e suas interações, e aponta como elementos constituintes das relações de cuidado como sendo: receptividade, reciprocidade e conectividade :“Devemos encontrar o/a outro/a no cuidado. A partir dessa exigência não há escapatória para alguém que queira ter um comportamento ético” (NODDINGS, 1984).

Pela ótica do contexto profissional, o conceito de cuidado humano é uma característica essencial da Enfermagem. No exercício deste profissional, cada parte da dicotomia enfermeiro-paciente tem um componente fenomenológico, referido da relação interpessoal, que nasce entre eles, em um contexto que não é baseado no outro, mas no cuidado humano, tal qual como proposto pela Teoria do Cuidado Humano (WATSON, 2009; ÖZKAN, OKUMUŞ, BULDUKOĞLU, WATSON 2013).

Fica claro, mediante a leitura destas ponderações, que os profissionais da enfermagem somos seres de cuidado, da importância do cuidado para a profissão, uma vez que é por e pelo cuidado que os profissionais se humanizam e humanizam o ser que estão cuidando, além de elucidar o porquê de o cuidado ser o cerne da profissão enfermagem.

No tocante ao cuidado/cuidado humano, acreditamos que estas discussões auxiliaram na compreensão deste termo e sua significância para a enfermagem.

Desta forma, seguimos com a proposta do tópico e iremos expor sobre o termo “cuidado humanizado” tão discutido e ainda pouco experienciado na realidade da saúde (VILLA, ROSSI, 2002), visto que o cuidado de enfermagem mantém uma ordem cartesiana, fragmentada, reducionista, que acaba privilegiando a atenção e o cuidado ao corpo físico (WALDOW, BORGES, 2011).

Em consonância a estas definições, o cuidado humanizado/humanização do cuidado envolve respeito, compaixão, tolerância (PESSINI, 2004), sendo que a

enfermagem tem a possibilidade de proporcionar um determinado tipo de ajuda ao paciente, capaz de minimizar seu sofrimento (PATERSON e ZDERAD, 1979); ainda, o cuidado afirma a humanidade de enfermeira e paciente (BISHOP; SCULDDER, 1996).

Na Filosofia, o termo “Humanização”, encontra suas raízes no Humanismo e retoma ao conhecimento do homem e sua compreensão de si na sociedade. Na vertente da moral, significa “evocar valores humanitários seja eles: respeito, empatia, solidariedade, compaixão entre outros” (ABBAGNANO, 2007, p 529; CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Porquanto, no sentido literal da palavra, “humanidade”, “humanizar” quer dizer: “complacência, clemência, compaixão, tornar humano; dar feição ou condição humana a alguém ou alguma coisa” (AMORA, 2014 p. 218); tornar benévolo, afável; mostrar-se benévolo, compassivo, caridoso. Em diversas instâncias, este sentido torna-se amplo e complexo.

Já na área da saúde, de maneira geral, o termo adquire corpo, mais precisamente nas décadas de 1950 e 1960 na Europa e de 1980 no Brasil, inicialmente, pelos engajados na luta antimanicomial e nos processos de desinstitucionalização, no âmbito da Saúde Mental (ALVES, 2012). E é reforçado nos movimentos em favor da Saúde da Mulher, robustecendo as necessidades de políticas e ações de parto e nascimento humanizados, sendo estes, os movimentos considerados marcos históricos das discussões acerca da humanização (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

No Brasil, os termos “cuidado humanizado/ humanização do cuidado” somente adquiriram certo “status” social no início do século XXI, como uma resposta às constantes reclamações e reivindicações da população, o Ministério da Saúde propôs a formulação da Política Nacional de Humanização (PNH), apresentando a vertente de que o cuidado humanizado é fruto da oposição à violência (maus tratos físicos, psicológicos bem como a violência simbólica), do bom relacionamento entre os cuidadores, dos cuidados, dos gestores e dos processos de comunicação entre estes (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006).

Desta forma, em se tratando de processos de criação e implantação de políticas públicas de saúde, definiu-se por “humanização e cuidado humanizado”; a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, destarte, a Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), é visto como um processo subjetivo, efetivado,

sobretudo pelas alterações dos modelos de atenção e de gestão em saúde, ou seja, novos sujeitos implicados em novas práticas de fazer saúde (PEREIRA, BARROS, 2009).

Sendo assim, humanizar o cuidado trata-se de um processo de alta complexidade que permeia todas as atividades realizadas que convergem ao cuidado e envolvendo todos os que dele fazem parte. Constituindo-se então, no panorama atual, a necessidade de repensar a forma como tem sido empregado esse processo e refletir, sobretudo e principalmente sobre o que/quem é o ser humano (SANTANA, CAMPOS, DUTRA, BORGES, BATISTA, SANTOS, 2012), uma vez que o ser humano é por natureza, um ser de cuidado.

Para finalizar este tópico, acreditamos que seja possível concluir que os termos “cuidado”, “cuidado humano”, “cuidado humanizado/ humanização do cuidado”, possuem alguns significados e características em comum, embora sejam derivados de diferentes raízes epistemológicas e, mesmo assim, não podem se dissociar, atualmente, na prática do cuidado e da prática da enfermagem.

Esta premissa é válida, pois, atualmente, na enfermagem pós-moderna, o cuidado/cuidado humano apresenta-se como a resposta a uma desumanização do cuidado presente nas sociedades (WALDOW, 2011; WALDOW, BORGES, 2011). Evidenciamos que algo relacionado com a experiência humana parece ter rompido com o relacionamento harmonioso entre homem e Deus, com o seu *self* e com os outros, predominando desta forma a desarmonia, a doença e a desintegração. O cuidado, todavia, pode ser nutrido, desenvolvido e, por meio dele, seres humanos podem resgatar a sua humanidade perdida (WALDOW, 2011; WALDOW, BORGES, 2011).

Concluimos que uma das variações possíveis para o cuidado é a de que, para humanizar a saúde, é necessário respeito às particularidades de cada pessoa, está relacionado com a estrutura e a função da instituição no sentido de oferecer conforto, equidade, acessibilidade, conforto, mas se relaciona também com a competência profissional.

Sendo assim, com base na aproximação dos termos cuidado/cuidado humanizado, podemos aludir que o cuidado pode ser problematizado como uma ação que deve ser realizada de forma humanizada: o “cuidado humanizado”; vários textos atuais buscam a reflexão acerca de humanizar o cuidado e a assistência à saúde, há um apelo em prol da humanização.

Percebemos que muitas são as vertentes das pesquisas em busca da humanização, desde alocar o paciente como centro do cuidado, buscar atingir as dimensões bio-psico-espirituais do paciente, a tentativa de atingir e cuidar da totalidade do ser, a busca pelo cuidado holístico, buscar estabelecer relações mais amistosas nos campos da saúde, o aperfeiçoamento e o uso das tecnologias para a melhoria do cuidado, entre outras.

A partir da confecção deste quadro teórico, foi possível perceber que há algo mais nos seres humanos, que evolui com ele há milhões de anos: o sentimento, a capacidade de envolver-se, de afetar-se e de afetar os que com ele se relacionam, ou seja, o cuidado humano (BOFF, 2014, p. 38).

Ao voltar o pensamento para a atualidade e todos os avanços tecnológicos embutidos nele, é possível concluir que o cuidado, neste tempo pós-moderno, deve ser pautado nas atitudes de comprometimento com o outro, no entanto, este cuidado está se diluindo em meio aos modos das ciências e das tecnologias (CARRARO, KEMPFLER, SEBOLD, OLIVEIRA, ZEFERINO, RAMOS, FRELLO, 2011). No entanto, parece que as pesquisas em Enfermagem buscam privilegiar o conceito de humanização, ao invés do próprio cuidado (WALDOW, 2011).

Com base na afirmação anterior, tecemos o tópico a seguir, no intuito de apontar o estado da arte relacionado ao cuidado/ cuidado humano na atualidade para a profissão enfermagem.

3.2. A ENFERMAGEM E O CUIDADO/CUIDADO HUMANO NA ERA PÓS-MODERNA: RECONHECENDO NA LITERATURA AS CONCEPÇÕES E O CAMPO DE PRÁTICA DO CUIDADO

Percebemos que os estudos que relacionam a enfermagem pós-moderna ao cuidado/cuidado humano demonstram uma nova vertente do cuidar, que busca suprir algumas dicotomias das ações da enfermagem, como: a divisão de tarefas e a caminhada pela integralidade do cuidado (FRACOLLI, ZOBOLI, GRANJA, ERMEL, 2011, SILVA, SILVA, SOUZA, MOREIRA, 2013); a necessidade de constante conhecimento e aperfeiçoamento por parte dos profissionais e as dificuldades deles em conhecer o outro e si mesmo e a reconhecer ambos como seres de cuidado; a crescente necessidade do uso e domínio das tecnologias e os cuidados básicos ao ser humano no intuito de alcançar o cuidado holístico, humano e humanizado, conforme segue.

Os recursos humanos da enfermagem, na sua produção de bens imateriais e nos seus relacionamentos, têm sentido a necessidade de maior conexão e reintegração pessoal no cuidado ao cliente, isso porque a implementação de inovações tecnológicas na área da saúde tem implicado o afastamento nas relações entre profissionais e pacientes. Desta forma, urge a necessidade de se refletir acerca da valorização da eterna questão do valor humano (MENDES, TREVIZAN, FERRAZ, HAYASHIDA, 2000). Ou seja, ao longo dos anos, observamos a necessidade do resgate de valores que estavam adormecidos, estes são então descritos como valores da pós-modernidade que é um alicerce compatível com a necessidade sentida (MENDES, TREVIZAN, FERRAZ, HAYASHIDA, 2000), ainda, depois de décadas, buscamos a recuperação de valores humanos esquecidos devido ao capitalismo globalizado, mediante a discussão de questões relacionadas aos direitos humanos, ética, bioética, no intuito de propor uma reconstrução de uma realidade mais humana (CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2014).

Na Enfermagem, o objetivo maior é o cuidado direto às pessoas e às comunidades, trabalhando em colaboração com outros membros da equipe de saúde, baseando-se em valores humanos, os quais objetivam o estar bem de sua população atendida (ÓLIVE FERRER, ISLA PERA, 2015).

Sendo assim, da mesma forma que o mundo experimenta as consequências da era pós-moderna, a Enfermagem, enquanto ciência e arte do cuidado, que privilegia o contato com o outro, também sente os efeitos deste momento histórico (COELHO, FONSECA, 2005).

As formas de cuidar moldaram-se às necessidades humanas apresentadas ao longo da história, sendo assim, a atualidade exige dos profissionais de enfermagem, uma nova postura, para além do profissional, mas, associada a uma linha filosófica, de pensar, de viver e de fazer a enfermagem e o cuidado (ÓLIVE FERRER, ISLA PERA, 2015).

Na Enfermagem, a forma encontrada de estruturar e fortalecer a ciência e a arte do cuidado foi mediante o uso de teorias de Enfermagem, cuja pesquisa alicerça um corpo de conhecimento singular, organizado e estruturado para o cotidiano do fazer, no entanto, há ainda hoje, uma barreira entre a teoria e a prática, dificultando que modelos teóricos sejam utilizados para pesquisa (TONGES, RAY, 2011).

Ainda assim, o uso das teorias, na prática, evidencia melhorias entre custo-efetividade do cuidado do paciente, também na comunicação, educação em saúde e, principalmente, no reconhecimento e na valorização do profissional (DIESS, BOYKIN, RIG, 2010; RYAN, 2005).

E é a busca pela reflexão da prática e do cotidiano deste cuidar/cuidado que me move durante anos, antes mesmo de pensar ingressar no Mestrado. Assim, resgatar, cientificamente, este modo de cuidar, ontológico, humanista/existencial tem sido minha meta ao longo destes meses de pesquisa. E, para a concretização deste projeto, valho-me da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, apresentada no tópico a seguir, para servir de substrato teórico nesta empreitada.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 BUSCANDO MEU REFERENCIAL TEÓRICO

“a vida não é um problema para ser resolvido, mas um mistério para ser vivido” Anônimo.

Por acreditar que o cuidado é o produto da interação de vários fatores, elementos, comportamentos, crenças, valores e sujeitos, e que os resultados dele são percebidos, sentidos e usufruídos não somente pelos envolvidos diretamente no processo do cuidado, mas que geram uma “onda” refletida em várias direções, inclusive nos envolvidos indiretamente no cuidar, acreditamos que este momento de aproximação com a Teoria é crucial para a realização desta pesquisa.

É possível perceber que não é somente nas ciências filosóficas que o cuidado adquire este sentido ontológico existencial/humanista, pois, ao longo da história da Enfermagem, sua base vem sendo depositada em valores de fundamento humanista de atenção à saúde (FAVERO, MAZZA, LACERDA, 2012).

Esta perspectiva filosófica, do cuidado existencial/humanista, encontra-se enraizada em algumas teorias com enfoque humanista, como a de Paterson e Zderad, na qual a enfermagem é considerada como um encontro muito especial entre pessoas humanas. Neste encontro, enfermeiros e clientes respondem a um chamado intencional, quando ocorre um partilhar, em que a relação do EU com o outro TU cria um compromisso autêntico (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Indo para além das abordagens existenciais-fenomenológicas que emergiram na enfermagem (Paterson, Zderad, Parse), para um sentido de maior abstração e um sentido mais elevado de ser pessoa, que incorpora o conceito de alma e transcendência (WATSON, 2002), a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, centrada nos conceitos de cuidado e transcendência e em pressupostos da fenomenologia existencialista, traz um olhar de cuidado para além do físico, mas uma abertura para os mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e morte (WATSON, 2012).

Percebemos que o cuidado é o objeto de trabalho e de pesquisas para múltiplos autores, desde sua conceituação filosófica (HEIDEGGER, 2012; BOFF, 2014), significados (SILVA, CHERNICHARO, FERREIRA, 2011; QUEIRÓS, 2014) e arte

(GARCIA, MOYA, 2014). Denotam, portanto, que a relação entre o cuidado humano e a ciência da Enfermagem se constituiu um alvo de investigação nas últimas décadas em todo o mundo (WATSON, 2015).

Atualmente, o uso da Teoria do Cuidado de Jean Watson, por parte dos profissionais está em destaque, (URRA; JANA; GARCIA, 2011, OZKAN; OKUMUS; BULDUKOGLU; WATSON, 2015, OZAN; OKUMUS; LASH, 2015). Estes estudos apontam algumas características importantes para o cuidado e envolvem questões onde o cuidado é realizado mediante algumas características específicas, como a das relações, do sensível, do cuidado afetivo e amoroso, entre outras vertentes subjetivas.

Nesta teoria, o cuidado é o eixo central de toda a atividade da enfermagem (WATSON, 2007), e auxilia esta, na sua busca e compreensão das formas de cuidar que ultrapassem os limites do modelo biomédico, de forma que alcance a valorização das condições pessoais, culturais e subjetivas dos envolvidos no processo do cuidar (FAVERO, PAGLIUCA, LACERDA, 2013).

A escolha da Teoria do Cuidado Humano para compor o referencial teórico desta pesquisa deu-se devido a uma inquietação pessoal em conhecer mais profundamente acerca deste referencial. Agregada a uma familiaridade, uma pessoalidade e uma autoidentificação da teoria com a minha forma de cuidar. Empiricamente, ao longo de mais de 20 anos atuando no contexto do cuidar, observei inúmeras situações de cuidado e também de descuidado.

Após participar, em outubro de 2016, na Universidade Federal do Paraná, de um seminário sobre “A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson”, pude fazer uma breve e simplista conclusão: cuidar de maneira transpessoal é factível e transforma a vida dos envolvidos, é uma experiência humana atemporal, e que resulta de um “encontro de alma-espírito”.

Os seus pressupostos, os elementos do Processo *Clinical Caritas* bem como o resultado da aplicação deles, o Cuidado Transpessoal, levou-me a firmar minha escolha, mesmo certa de sua complexidade, e da corrida contra o tempo que me seria requerida para apropriar-me de uma teoria pós-moderna de cuidar, pautada em preceitos filosóficos, existenciais, humanistas e humanitários.

A seguir, apresentamos resumidamente a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, que seguindo uma perspectiva filosófica, de um cuidado existencial/humanista, e que, influenciada pela fenomenologia, pelo existencialismo, é aplicada na

Enfermagem em um modelo holístico de saúde devido à sua ênfase sobre a autodeterminação, livre escolha e a autorresponsabilidade (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2014).

4.1.1 Apresentando a Teoria do Cuidado Transpessoal

“As feridas invisíveis são as mais difíceis de serem curadas, pois dependem do amor e compaixão dos outros e da atitude do tempo.” Anônimo.

Esta teoria foi desenvolvida por Jean Watson entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade do Colorado. Emergiu da visão teórica sobre a Enfermagem, resultado dos estudos realizados no decorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006; WATSON, 2008).

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte e busca, na interrelação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da relação enfermeira (o) e cliente visando o cuidado terapêutico capaz de transcender o físico-material.

Ao buscar a compreensão acerca do cuidado Transpessoal em uma perspectiva teórica da Enfermagem, vários pesquisadores são, evidentemente, contribuintes neste desenvolvimento teórico, ; dentre esses entendimentos e aplicação de constructos citam-se Florence Nightingale, Callista Roy, Hildegard Peplau, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad e Jean Watson. Watson conduz o cuidado em uma perspectiva fenomenológica existencial dos cuidadores e dos seres cuidados, o que permite um contato subjetivo nas relações de cuidado, avançando sobre o conhecimento do mundo e da experiência humana (WATSON, 1985).

Para esta orientação fenomenológica, existencial e espiritual, as teoristas que embasam a evolução de Watson são, na área da Enfermagem: Nightingale, Henderson, Leininger e Peplau entre outras. Para o conhecimento humanístico existencial, apoia-se em estudiosos como Maslow, Heidegger, Rogers, Erikson, Sartre e outros autores e, para o conhecimento de forma a definir as características necessárias à relação de ajuda, inspira-se em Rogers e Levinas (FERREIRA, 2010).

Para que o enfermeiro logre desenvolver o modelo de cuidado-restauração transpessoal, algumas premissas básicas são descritas pela autora:

- 1) É preciso haver uma visão expandida da pessoa e do que significa ser humano, ser totalmente incorporado, mais do que corpo físico e espírito, envolve uma consciência transpessoal, transcendente, uma unidade mente-corpo-espírito, pessoa-natureza-universo como unidade, conectados entre si;
- 2) Reconhecer o campo de energia vital do homem ambiente e o campo universal da consciência há uma mente universal;
- 3) Entender a consciência como energia, sendo essa consciência do cuidado-restauração primordial para os cuidadores;
- 4) O cuidado potencializa a restauração, a totalidade do ser;
- 5) Os processos de relações de cuidado-restauração são considerados sagrados;
- 6) Ter a consciência unitária como visão de mundo e cosmologia, isto é, ver a conexão do todo; e
- 7) Compreender o cuidado como uma função global convergente para enfermagem e a sociedade de forma mútua (WATSON, 2004).

Portanto a relação transpessoal é:

[...] um cuidado atencioso-reconstituidor, que contém reverência, se realiza num espaço sagrado considerado não uma técnica ou algo que a pessoa faz pelo outro. É um processo que relaciona a filosofia moral à fundação espiritual; uma ontologia relacional: que é vida em relação sendo uma troca que enriquece ambos – enfermeira e cliente. Watson, 2003.p5.

Desta forma, o cuidado transpessoal é uma configuração especial da relação de cuidar- uma união com a outra pessoa- elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo. Sendo assim, este cuidar é visionado como o moral ideal da Enfermagem, no qual há a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade.

O cuidar pode desta forma, começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida e no campo fenomenológico da outra pessoa, podendo então, detectar a condição de ser da outra pessoa (espírito, alma), sente estas condições em seu íntimo e responde de maneira tal, que o receptor libera sentimentos subjetivos e pensamentos que ele ou ela querem liberar há muito tempo. Desta maneira, existe um fluxo intersubjetivo entre o enfermeiro e o paciente (WATSON, 2002).

Para Watson (2009), existe uma dimensão “sagrada” no Cuidado e que buscamos uma fonte espiritual quando estamos vulneráveis, suscetíveis, temerosos ou mesmo doentes. Assim, o enfermeiro, ao assumir a Ciência do Cuidado, deve compreender que:

- a) o Cuidado não pode ser assumido como verdadeiro e único;
- b) há envolvimento entre as Artes, as Ciências Humanas e as Ciências da Saúde na Ciência do Cuidado;
- c) o conhecimento envolve ética, intuição, experiências pessoais, empíricas, estéticas e espirituais e;
- d) o Cuidado existe em toda e qualquer sociedade, onde cada pessoa tem cuidado umas com as outras. As influências culturais são responsáveis pela transmissão da Relação do Cuidado, sendo que a cultura da Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tem papel científico e social vital na preservação e avanço do cuidado humano.

O cuidado transpessoal tem sua estrutura no Processo *Clinical Caritas* e concretiza-se no momento do cuidado e, para a autora, relaciona-se com altruísmo, amor e serviço humano compassivo (WATSON, 2003).

A partir da publicação da sua obra em 2005, Jean Watson evoluiu na construção de sua teoria. Ocorreu a substituição dos fatores de cuidado, inicialmente, utilizados pelos elementos do processo *clinical caritas* e, ao expô-los, amplia seus conceitos (FAVERO, 2009).

Essa perspectiva integrativa expandida é pós-moderna, no sentido que transcende os modelos industriais convencionais, modelos estatísticos de Enfermagem, quando, simultaneamente, evoca ambos passado e futuro (WATSON, 2004).

4.1.2 Definindo os principais conceitos

Os quatro metaparadigmas que norteiam a elaboração de uma teoria no campo da Ciência da Enfermagem são: ser humano, ambiente, saúde e enfermagem. Watson (2002) adicionou outros conceitos que fazem parte do entendimento da ciência do cuidado humano, como enfermeiro, doença, dimensão espiritual, harmonia/desarmonia,

empenhamento, necessidades humanas, a ocasião real do atendimento, o cuidado transpessoal, o campo fenomenal, o eu e o tempo.

A teoria explicita alguns conceitos necessários para a sua compreensão, sendo assim, **ser humano** é uma pessoa valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada. Watson acredita que, na **Saúde**, haja a necessidade da inclusão de outros fatores, como alto nível de funcionamento geral, físico, mental e social; nível geral de adaptação-manutenção do funcionamento diário; ausência da doença ou presença de esforços que levam a sua ausência. O **Eu** é a “Gestalt” conceitual organizada, composta de percepções de características do “eu” e percepções do relacionamento do “eu” com os outros e com vários aspectos da vida.

Já o **Tempo** é a ocasião real do cuidar num momento presente, tem o potencial de influenciar no futuro, tanto o enfermeiro quanto o usuário. A **Enfermagem** é a ciência humana das pessoas e das experiências de saúde/doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas do atendimento humano. Caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral de relação transpessoal, dentre outros conceitos (WATSON, 2008).

4.1.3 O Processo *Clinical Caritas*

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

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

O amor é uma maneira de a enfermeira abrir-se ao outro e com ele estabelecer uma convivência e uma comunhão. Através do amor, o momento de cuidado acontece de forma a ser reconstituidor (healing). Neste momento, deve estar presente uma

genuína intenção de cuidado e esse cuidado deverá se desenvolver de forma amorosa e gentil (WATSON, 2008).

Watson (2008) afirma que a enfermeira não pode sustentar práticas de cuidado e de reconstituição (healing) sem estar pessoalmente preparada. Afirma que é irônico a educação e a prática de Enfermagem exigirem tanto conhecimento e habilidade para se fazer o trabalho, mas um esforço muito pequeno é dirigido para desenvolver como “Ser” (FAVERO, 2009).

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

A enfermeira, ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o. A enfermeira deve então, buscar um sentido existencial e de transcendência nesta conexão, onde alma e espírito estão envolvidos. Faz-se necessário ir além da ciência moderna, sem se contrapor a ela, mas lhe acrescentando fé e esperança para fortalecer ainda mais a pessoa cuidada diante das diversidades da vida (WATSON, 2008). Este elemento homenageia o sistema de crenças da enfermeira, convidando-a a se conectar quando há necessidade de fé e de esperança para inspirar-se. “Todos nós precisamos de fé e de esperança para nos conduzir através das vicissitudes (metamorfoses), idas e voltas da existência humana no plano terrestre” (WATSON, 2008, p. 62).

Elemento 3 - Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e iralém do próprio ego.

Watson (2008) enfatiza este elemento como sendo a ordem maior da prática profissional, apontando a necessidade constante do aprendizado e afirma a necessidade de, continuamente, aprender e ensinar esse princípio aos outros. Neste elemento do processo, ela retorna ao primeiro elemento, levando então, naturalmente, a uma prática espiritual que se torna transpessoal. Um processo como este nos conecta a uma fonte que é superior ao ego.

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

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

Desenvolver uma relação autêntica de cuidado requer, além de um momento de cuidado capaz de contemplar a unidade total da pessoa (mente-corpo-espírito), competências para um cuidado humano ontológico e não técnico por si só (FAVERO, 2009).

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

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

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

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

É importante para a enfermeira, em seu cuidado, lançar mão não só do conhecimento científico apreendido no mundo acadêmico, mas também de sua intuição, senso comum, conhecimento estético, ético, pessoal, religioso e de suas experiências de vida. Algumas outras modalidades de cuidado podem ser acionadas, como, por

exemplo, o toque terapêutico, que utilizado como um estímulo na pele pode ter um efeito altamente renovador e benéfico (MATHIAS, 2007).

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

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

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

Watson (2008, p. 125) afirma que aprender é mais do que receber informações, fatos ou dados, envolve um significado, que está confiado na relação intersubjetiva; a natureza da relação, bem como a forma e o contexto do ensino afetam o processo. Destaca ainda que tanto o conteúdo como a disponibilidade do cliente para receber as informações são variáveis críticas. O significado que cada conteúdo tem para a pessoa, afeta sua capacidade de receber e processar as informações. O processo de ensino torna-se genuinamente transpessoal, em que a experiência, a relação, o significado e a importância da experiência afetam ambas as partes dentro do encontro do ensino.

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

A enfermeira deve entender que os fatores externos do ambiente são capazes de proporcionar um clima de envolvimento e intimidade necessários para o desenvolvimento do cuidado, como: conforto, segurança, comodidade, além de ser limpo e saudável. Deve atentar também para o fato de que o ser humano está em

constante conexão com o cosmos e as leis da natureza, portanto, conforme afirma Mathias (2007), energias que trazem sensação de leveza fazem bem, e o ambiente e as energias que dele emanam são importantes coadjuvantes na reconstituição.

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

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

Watson (2005) diz que, no modelo da ciência do cuidado, é preciso lembrarmos de que somos todos feitos de espírito, ligados a, e pertencentes ao infinito do cosmos e ao universo, antes de separarmos-nos como indivíduos. Conseqüentemente, declara que um dos privilégios da Enfermagem e seu papel na interação com a humanidade é a de que os enfermeiros têm acesso ao corpo humano. Os enfermeiros têm a honra de ajudar outras pessoas a gratificar as suas mais básicas necessidades humanas, especialmente quando se encontram vulneráveis. Parece que em algum lugar ao longo do caminho, a Enfermagem desviou este contexto e se esqueceu de que uma das maiores honras que podemos ter é a de cuidar de outra pessoa quando em necessidade. É a derradeira contribuição à sociedade e às necessidades das populações humanas - um dom para a civilização.

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

Mathias (2007, p. 55) descreve este elemento da seguinte maneira, reconhecer-se como um ser em evolução, praticar essa evolução, despertando em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser

e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, a complexidade dos seres e o insondável do universo com seus mistérios sem respostas.

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

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

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

A seguir, apresenta-se de forma resumida os elementos do Processo *Clinical Caritas*: Os 10 Elementos do Processo *Clinical Caritas* da Teoria do Cuidado Humano de Watson, resumido e adaptado de Watson, 2008.

1. Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado.
2. Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado.
3. Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego.
5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada.
6. Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição (*healing*).
7. Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.
8. Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto,

dignidade e paz sejam potencializados

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

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

4.1.4 O Cuidado Transpessoal e o Campo Energético

“Eis o meu segredo: só se vê bem com o coração o essencial é invisível aos olhos. Os homens esquecem esta verdade, mas tu não deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.” Antoine de Saint-Exupéry

A relação de transpessoal de cuidado é descrito como sendo a base da teoria/filosofia de Watson. Transpessoal quer dizer uma preocupação com o mundo interno e subjetivo do outro, vai além do ego e da relação que ocorre em um dado momento, por isso, alcança conexões profundas com o espírito e com um universo mais amplo, facilitando o processo de reconstituição (healing) (WATSON, 2007).

A autora afirma que a relação de cuidado transpessoal requer a autenticidade em ser e torna-se a habilidade de estar presente para si e para o outro, de forma reflexiva, a habilidade de centrar a consciência e a intencionalidade no cuidado- reconstituição e na totalidade, ao invés de investir esforços para sanar a doença, ou a patologia (WATSON, 2007).

O cuidar transpessoal é científico, profissional, ético, estético e criativo. O contato entre duas pessoas (enfermeiro e o outro) permite entrar em contato com o mundo subjetivo das pessoas que o experienciam, por meio de rotas físicas, mentais, espirituais ou alguma combinação dessas.

Os dois indivíduos (enfermeiro e o outro) estão num processo de serem e de se tornarem. Ambos os indivíduos trazem consigo para a relação uma história de vida única e um campo fenomenológico, estando ambos influenciados e afetados pela natureza da transação, que, por sua vez, torna-se parte da história e da vida de cada pessoa.

No cuidar transpessoal, o enfermeiro pode entrar na experiência da outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro. O ideal do cuidar transpessoal é um ideal de intersubjetividade, no qual ambas as pessoas estão envolvidas. Isto significa que os valores e perspectivas do enfermeiro, embora não decisivas, são potencialmente tão relevantes como a do paciente. Não permitir que a subjetividade do enfermeiro seja apreendida pelo usuário é, como efeito, não reconhecer a validade da subjetividade do usuário. A alternativa ao cuidar com intersubjetividade não é simplesmente a redução do doente a um objeto, mas a redução do enfermeiro a esse nível também.

Algumas teóricas de enfermagem como Newman (1992), Parse (1981) e Rogers (1970) definiram os seres humanos como campos de energia, propondo que somos sistemas abertos envolvidos em trocas contínuas de energia; e essa abordagem de campos de energia é importante para o entendimento do cuidado transpessoal, proposto por Jean Watson.

Assim, o cuidado de enfermagem está envolvido num campo energético motivado por uma disponibilidade interna genuína do enfermeiro. Essa disponibilidade cria condições favoráveis ao restabelecimento de saúde, enquanto a indisponibilidade interna para o ato de cuidar desfavorece a recuperação de pacientes (BORGES, SANTOS, 2013).

As emoções são correntes de energia com frequências diferentes. Emoções consideradas negativas, como o ódio, a inveja, o desdém e o medo, têm uma frequência mais baixa e menos energia do que as emoções consideradas positivas, como o afeto, a alegria, o amor, a compaixão e o cuidar. Quando se decide substituir a corrente de baixa frequência, como a ira, por uma corrente de frequência mais elevada, como o perdão (cuidar, amor) aumenta-se a frequência de energia (WATSON, 2002a).

Pela seleção dos nossos pensamentos e selecionando que correntes emocionais vamos libertar e que reforçaremos, determinamos a qualidade da nossa luz. Determinamos os efeitos que iremos exercer nos outros e a natureza das nossas experiências de vida (WATSON, 2002, p.94).

Logo, se o enfermeiro estiver atento à luz da própria consciência e da consciência do seu paciente, ele será capaz de expandir a atenção e alcançar um nível de cuidado mais elevado. Neste momento, encontra-se o que se chama de cuidado transpessoal (WATSON, 2002).

Para a autora da teoria, esta consciência de cuidar, de energia e de conexão, de um para o outro, tem um potencial de cura. O enfermeiro adepto ao cuidado transpessoal entende que o cuidar é, sobretudo, um modo de ser; aquele que cuida tem pensamentos de alta frequência e a consciência de cuidar; esta frequência mais elevada da consciência de cuidar, por sua vez, ajuda a tranquilizar, a acalmar ou a potenciar o todo de uma pessoa com um sistema de baixa frequência - o que frequentemente é o caso se alguém está doente ou em sofrimento (WATSON, 2002a).

O profissional de saúde envolvendo-se nesta perspectiva detém uma consciência e intencionalidade de cuidar no sentido do todo como um ideal moral, e não uma técnica interpessoal. Neste modelo, olhamos para além da doença externa per si. O cuidar transpessoal procura fontes mais profundas de cura interior, definida mais em termos espirituais do que em eliminação da doença (WATSON, 2002a, p. 117).

4.1.5 O Momento do Cuidado

Este evento submerge as ações do enfermeiro e do indivíduo. O momento do atendimento proporciona a ambos a oportunidade de decidir como será o relacionamento e o que fazer com o momento. As duas pessoas (enfermeiro e o outro) juntas, com as suas histórias de vida únicas e o campo fenomenológico numa transação de cuidar, abrangem um evento. Um evento, como uma ocasião real de cuidar, é um ponto focal no tempo e no espaço, no qual a experiência e a percepção estão a tomar lugar. Porém a ocasião real do cuidar tem um campo próprio, que é maior do que a própria ocasião. Deste modo, o processo pode ir além dele próprio, e ainda salientar-se de aspectos seus que se tornam parte da história de vida de cada pessoa, assim como parte de um padrão de vida mais amplo, mais profundo e mais complexo.

Percebemos que o momento da ocasião do cuidar torna-se parte da história de vida passada de ambas as pessoas (enfermeiro e o outro) e dá a ambas novas oportunidades. Tal ideal de intersubjetividade entre o enfermeiro e o usuário é baseado na crença de que aprendemos uns com os outros como seres humanos, identificando-nos com os outros ou encontrando os dilemas em nós próprios. O que todos ganham com isso é o autoconhecimento.

A partir deste ponto, seguimos com a apresentação do caminho metodológico necessário à clarificação do objeto proposto.

5. O CAMINHO METODOLÓGICO

Segundo Minayo (2012), “a metodologia é o caminho do pensamento, uma prática teórica pensada”, ou seja, é uma apresentação didática do tratamento dos dados que acontece perante o uso de um processo contínuo e simultâneo, com passos articulados e complementares entre si, visando apreender a realidade tal como ela se apresenta aos olhos do observador, levando à reflexão com suporte do Referencial Teórico. Teoria e método devem andar juntos, pois neste espaço, a criatividade do pesquisador está livre para ser estimulada. A metodologia é a previsão dos recursos necessários e procedimentos para atingir os objetivos propostos e responder às questões de pesquisa estabelecidas.

O surgimento de linhas holísticas na concepção de saúde e da doença deu abertura para discutir questões como: (a) a saúde tem de ser pensada como um bem-estar integral: físico, mental, social e espiritual; (b) os indivíduos devem assumir sua responsabilidade inalienável diante das questões de sua saúde; (c) as práticas da medicina holística devem ajudar as pessoas a desenvolver atitudes, disposições, hábitos e práticas que promovam seu bem-estar integral; (d) necessidade de se desenvolver uma filosofia no âmbito da saúde que formule uma concepção de saúde e de doença com relevância antropológica, levando em conta, também, fenômenos como religião e crenças de sociedades em grupos específicos (MINAYO, 2012).

5.1 A NATUREZA DA PESQUISA

Para alcançar o objetivo proposto, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, embasada no referencial teórico da Teoria do Cuidado de Jean Watson.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Este tipo de estudo busca a apreensão profunda dos significados e das relações sociais, focalizando o indivíduo e a sociedade (MINAYO, 2012).

A abordagem qualitativa permite apreender o significado das mensagens expressas pelos indivíduos, suas motivações, “aspirações, crenças e valores”, por meio da observação da realidade. Todos estes fenômenos fazem parte da realidade social, uma vez que não é somente pelo agir que o ser humano se diferencia, mas por pensar

suas ações e por interpretá-las no contexto da realidade vivida e dividida com seus semelhantes. Corresponde a um procedimento intuitivo, maleável e adaptável a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses em relação à abordagem quantitativa (MINAYO, 2012).

O presente estudo além de possuir caráter descritivo, também é exploratório uma vez que não se limita apenas ao levantamento de determinadas questões ou assuntos, mas busca por meio de observações, análises e pela literatura conduzir a conclusões sobre o objeto de estudo. A abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório proporciona a renovação do olhar sobre os sujeitos, os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais, visando à modificação da percepção dos problemas e também da avaliação dos serviços (GIL, 2008).

Inserida na abordagem qualitativa há uma série de pesquisas que se aprofundam no universo das ações de pessoas e dos significados destas relações, que são detentores de crenças, valores, atitudes e hábitos (MYNAIO, 2012, ALVES, 2012).

Situando a problemática investigativa, esta metodologia justifica-se como um caminho a ser percorrido para a busca e a obtenção de conhecimentos acerca do cotidiano do cuidar/cuidado humano, permitindo a obtenção dos dados mediante o uso da entrevista.

5.2. ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa também se encaixa para alcance dos objetivos propostos, visto que é válida na elaboração de deduções específicas de situações ou variáveis de inferência precisa, funcionando para um corpus reduzido, gerando categorias mais discriminantes, levantando problemas ao nível de pertinência dos índices retidos (BARDIN, 2011).

Três etapas básicas são consideradas para o desenvolvimento desta técnica: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. A primeira etapa equivale à organização do material de pesquisa. Tem início na própria elaboração do projeto, desde o levantamento bibliográfico sobre o objeto de estudo até a determinação do conjunto de dados – corpus – a ser analisado. É definida como uma leitura geral, denominada de “leitura flutuante”, de todo o material, que permite aos pesquisadores, em princípio, três tarefas fundamentais: formular os objetivos da pesquisa, suas

hipóteses amplas e a determinação do corpus da investigação (TRIVIÑOS, 2009; BARDIN, 2011).

Nesse sentido, Bardin (2011) refere, também, o emprego de dois processos inversos: o primeiro é o procedimento por “caixas” (analogia de que o analista já tenha, de antemão, as caixas nas quais deverá colocar as informações), aplicável no caso de a organização do material decorrer diretamente do modelo teórico presumido; enquanto no segundo, o sistema de categorias não é fornecido e seu procedimento é definido por “milha” - o analista identifica as categorias percorrendo a milha em que consiste o corpus, isto é, durante a trajetória da análise. A categoria, nesse último procedimento, é nomeada no final da operação.

A conclusão desta pré-análise coincide com o início da descrição analítica, que começa nessa mesma etapa. Nela, o material de documentos que constitui o “corpus” é submetido a um estudo aprofundado, incluindo os procedimentos de codificação, classificação e categorização (TRIVIÑOS, 2009; BARDIN, 2011).

A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, segundo regras precisas, que permitem atingir uma representação do seu conteúdo. Essa transformação compreende três regras: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem e da classificação) e a agregação (escolha das categorias) (BARDIN, 2011).

A interpretação inferencial desenvolvida desde a etapa da pré-análise, alcança agora sua maior intensidade. A reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelece relações, aprofundamento das ideias, chegando, se possível, às propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais (TRIVIÑOS, 2009; BARDIN, 2011).

5.3. LOCAL DE PESQUISA

O local da pesquisa foi um Hospital Regional de Ensino do Noroeste do Paraná, inaugurado em 28 de outubro de 1988 e iniciou suas atividades em 20 de janeiro de 1989. Possui 123 leitos de internação, e no momento da coleta de dados, possuía um quadro de funcionários da enfermagem composto por 109 enfermeiros (78 estatutários, 30 credenciados e um celetista). Os técnicos de enfermagem eram em número de 186

(22 credenciados, um celetista, 152 estatutários) e 11 o de auxiliares de enfermagem, todos estatutários.

5.4. A COLETA DOS DADOS

Para a realização das entrevistas, primeiramente, efetivamos o contato pessoal com os participantes em seus respectivos setores de trabalho. Neste primeiro contato, expomos sobre a pesquisa, seus objetivos e o porquê da participação do profissional. As entrevistas foram então agendadas conforme a preferência de cada profissional, em data, hora e local por eles indicados.

No entanto, algumas visitas aos setores foram necessárias até que eles estivessem preparados para estar comigo verdadeiramente. Este processo deu-se de maneira natural, marcávamos data e horário, assim quando fosse possível (devido às intercorrências que frequentemente ocorriam nos setores), o enfermeiro ou o técnico de enfermagem me atendia, e podíamos proceder com a entrevista.

As entrevistas efetivaram-se mediante a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), indicando que contribuiriam, então, com a pesquisa e ocorreram em média, no terceiro encontro com o profissional, visto que muitas foram as intercorrências nos setores. Durante estes desencontros, procuramos manter e respeitar as especificidades de cada setor e tentar normalizar a impossibilidade do profissional em não proceder com a entrevista, mantendo um ambiente agradável e clima descontraído.

Graças a estes “desencontros” e neste movimento, apreendi um pouco de cada setor, e um pouco de cada profissional, alguns mais, outros menos, da rotina, das intercorrências, ao passar algumas horas na espera pelo momento oportuno da entrevista. Mas estar com a mente aberta e despida de teorias até então pré-estabelecidas, foi a etapa mais significativa para mim, pois estas atitudes me impediriam de sentir e compreender o fenômeno ao qual me propus a desvelar. Desta forma, valorizei cada gesto, cada palavra, cada momento de silêncio e os guardei originalmente tal qual me foram apresentados.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras (APÊNDICE B) e um breve instrumento de caracterização do setor elaborado pela pesquisadora, que conta com uma breve caracterização sociodemográfica e dados sobre

profissão, sendo finalizado com as questões norteadoras supracitadas. Estas foram registradas com o auxílio de dois gravadores digitais e, em seguida, transcritas na íntegra para posterior análise. Para registro da linguagem não verbal expressas pelos entrevistados, choro, silêncio, gestos, utilizei-me do diário de campo, para que, juntamente com as falas, fizessem parte da minha análise.

Dois foram os grupos de participantes da pesquisa. O primeiro apresentava como critério de inclusão, ser enfermeiro e estar no cargo de chefia de enfermagem (diretora, chefe de divisão de atendimento e de internamento além dos enfermeiros encarregados de setor). A divisão de internamento se compõe dos seguintes setores: Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI A), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI P), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neo), Clínica médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC), Pediatria (PED), Ginecologia e Obstetrícia (GO), Banco de Leite Humano (BLH). Além disso, a divisão de atendimento estava composta no momento da pesquisa pelos setores de: Pronto Socorro (PS), Centro Cirúrgico (CCO), Ambulatório de Especialidades (AMB). Nesta primeira etapa, foram identificados 15 enfermeiros, uma vez que o PS possuía dois encarregados de setor. Todos participaram da pesquisa.

Já o segundo grupo de participantes foi composto pelos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que foram indicados pelas chefias por serem referência de cuidado, da seguinte forma; solicitou-se às chefias que indicassem três profissionais de enfermagem, sendo que deveriam cumprir os seguintes critérios: indicar um técnico de enfermagem e um enfermeiro do setor que, para elas (chefias), fossem considerados como um profissional referência de cuidado, ou seja, que se destacavam ao realizar o cuidado. E, ainda, que indicassem um profissional enfermeiro, independente do setor, que para eles um exemplo de cuidador. Isso ocorreu mediante a seguinte questão: “**(Nome do participante), gostaria que você me indicasse um profissional que, para você, é uma referência, um exemplo de cuidador**”.

Nesta etapa, todos os indicados aceitaram participar da pesquisa, as questões norteadoras foram as seguintes: “**(Nome do participante), conte-me como você cuida**”. Os participantes são então, solicitados a falarem livremente acerca do seu cotidiano e sua prática de cuidar, suas experiências marcantes positiva e negativamente.

As entrevistas ocorreram em locais distintos em cada setor, geralmente, uma sala que mantivesse a privacidade do entrevistado. Ao término de cada entrevista, que teve duração média de 35 minutos, procedemos com a sua transcrição na íntegra. Esta etapa

de transcrição literal e textualização das conversas é uma tarefa trabalhosa, mas, enormemente rica, a qual permite um estudo preliminar de cada relato e um vislumbre dos resultados parciais até ali encontrados (RICHARDSON, 2012). E é a partir das expressões e manifestações, ditas ou silenciadas, que buscamos apreender significados e “modos de pensar, sentir e ver” (MELO; SOUZA, 2012, p.43).

Mediante a linguagem é que os significados se revelam, permeados pela intersubjetividade do falar e do ouvir atentamente e sem imposição, assim, poderemos compreender a experiência do indivíduo na maneira em que é vivenciada, relatada e estaremos dividindo com ele, “o direito de participar” (GRAÇAS; SANTOS, 2009, p.204).

5.6. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Após as indicações realizadas pelos primeiros 15 participantes, o conjunto de sujeitos entrevistados totalizou ao final, 38 profissionais de enfermagem e 41 entrevistas, visto que três enfermeiros chefes de setor foram indicados como referências de cuidado. Assim, a seguir apresenta-se a distribuição dos participantes, composto dos 15 enfermeiros chefes de setor que foram primeiramente abordados e entrevistados, seguindo-se dos indicados, nove enfermeiros referencia de cuidado, 11 técnicos de enfermagem referencia de cuidado, além de três enfermeiros chefes de setor que foram entrevistados novamente como enfermeiros referencia de cuidado, conforme cargo ocupado e categoria profissional.

Para garantir o anonimato e não os denominar de forma genérica, os participantes desta pesquisa receberam nomes de valores humanos, (ABAGNANO, 2007), de acordo com as principais características apresentadas por eles no momento das entrevistas.

ENFERMEIROS CHEFES DE SETOR.

1) Devção: enfermeira, casada, com 47 anos de idade, tem 2 filhos, graduada há 24 anos, desde que graduou-se, iniciou seus trabalhos na área da saúde, fez Especialização e Mestrado. Foi assim denominada pois em sua entrevista apresentou como principal característica o apego ao cuidado.

2) Carinho: enfermeira, com 45 anos de idade, casada, com 2 filhos, trabalha na enfermagem há 24 anos, fez Especialização e Mestrado. Recebeu este pseudônimo por ao demonstrar durante a entrevista, expressões de meiguice, apreço e delicadeza.

3) Gratidão: enfermeira, com 42 anos, casada, trabalha na Enfermagem há 22 anos, fez Especialização e Mestrado. Gratidão apresenta esta característica marcante em sua entrevista, visto que durante alguns anos indagou-se sobre a certeza da escolha da enfermagem como sua profissão. No entanto, alguns anos depois de formada, percebeu a grandeza de ser enfermeira, sendo grata por sua escolha.

4) Integridade: enfermeira, casada, 43 anos, com dois filhos, trabalha na enfermagem há 23 anos, fez Especialização e Mestrado.

5) Liberdade: enfermeira, casada, 49 anos, com um filho, trabalha há 22 anos na enfermagem. Fez Especialização em Saúde Mental. Liberdade acredita que as pessoas são livres, desde para escolher o que querem comer, até como querem ser tratadas, preza por um trabalho em equipe onde ninguém seja forçado a fazer o que não queira.

6) Razão: e enfermeira, casada, 41 anos, com 3 filhos, fez Especialização e trabalha na enfermagem há 21 anos. Razão é organizada, quase perfeccionista, acredita que esta seja sua principal qualidade, e o motivo pelo qual realiza seu trabalho da melhor forma possível, busca explicações lógicas e racionais para suas atitudes. Em seu relato é possível observar que sempre relaciona sua gerencia à uma consequência, demonstrando a sua importância para o setor.

7) Ética: enfermeira, 41 anos, casada, com 2 filhos, fez Especialização e Mestrado com ênfase em UTI A, trabalha há 17 anos na enfermagem. Ética preconiza esta qualidade em seu trabalho, relata trabalhar corretamente, eticamente, por acreditar que os profissionais devem ter em mente os princípios que regem os serviços de enfermagem.

8) Responsabilidade: enfermeiro, 38 anos, divorciado, um filho, fez Especialização em Saúde do Trabalhador, trabalha há 11 anos na enfermagem. Desde criança, Responsabilidade acompanhava sua mãe em trabalhos religiosos, acredita que o profissional de enfermagem é o responsável pelo cuidado que ultrapassa o corpo físico.

9) Dever: enfermeira, casada, 41 anos, com dois filhos, fez Especialização, trabalha há 21 anos na enfermagem. Acredita que o profissional precisa resgatar a essência do cuidado. Em seus relatos, aponta a falta do senso de dever dos novos profissionais. Discorda acerca de o profissional adotar uma postura de descomprometimento perante o cuidado.

10) Justiça: enfermeira, 52 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização em UTI-Pediátrica, trabalha há 26 anos na enfermagem. Em seu cotidiano de trabalho, Justiça acredita que o cuidado além de ser uma responsabilidade do profissional, o considera um direito dos pacientes e familiares, como sendo uma forma de garantir o cuidado justo, específico para a individualidade de cada paciente.

11) Discernimento: enfermeira, 48 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização, Mestrado e, no momento da pesquisa, havia passado no processo seletivo do doutorado. Trabalha há 22 anos na enfermagem. Discernimento conhece as potencialidades de cada profissional que está sob sua supervisão, no intuito de integrá-los no gerenciamento e melhoria do setor.

12) Otimismo: enfermeira, 42 anos, divorciada, com um filho. Fez Especialização em saúde da Mulher e Mestrado em Enfermagem com ênfase em saúde da mulher, trabalha há 17 anos na enfermagem. Otimismo, apesar de trabalhar em um setor hostil, superlotado de pacientes e de problemas relacionados à infraestrutura, é otimista e aposta que muitas melhorias estão por vir, desde que haja comprometimento de todos.

13) Honra: enfermeira, 37 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização e Mestrado, trabalha há 13 anos na enfermagem. Foi assim denominada por demonstrar constantemente em sua entrevista, ser dotada de condutas repletas de virtude de coragem a por acreditar que a melhoria das condições de trabalho para a enfermagem será conseguida mediante a união dos profissionais. Demonstra imperativamente a necessidade de se resgatar a identidade do profissional enfermeiro, para assim, garantir o cuidado ao paciente. No momento da entrevista, estava há alguns dias de parir, sendo que uma semana depois, estaria defendendo sua dissertação de mestrado.

14) Compaixão: enfermeira, 49 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização e Mestrado, trabalha na enfermagem há 29 anos. Demonstrou-se piedosa para com o sofrimento do outro. Em seus relatos, foi percebido, uma necessidade de ajudar de forma altruísta a pessoa com o desejo de usar-se de maneira a minimizar o sofrimento alheio.

15) Compreensão: enfermeira, 36 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização pelo PROENF, trabalha há 14 anos. Compreensão é uma pessoa sorridente e positiva, apresentou, durante as entrevistas, uma característica marcante, na qual, acredita que todos os problemas podem e devem ser resolvidos mediante a conversa, baseada na comunicação efetiva. Assim, profissional e paciente buscam e chegam a um ponto de equilíbrio entre o que precisa ser mudado e o que pode ser mantido durante as fases do tratamento.

ENFERMEIROS REFERÊNCIA DE CUIDADO

16) Prudência: enfermeira, 37 anos, casada, com um filho, fez Especialização, trabalha há 18 anos na enfermagem. Foi assim denominada, pois em sua entrevista, demonstrou-se preocupada em prevenir e evitar inconveniências e perigos. Seu relato mais marcante, relaciona-se aos familiares de potenciais doadores de órgãos, com os quais, Prudência preocupa-se, e quando percebe que não está conseguindo ajudá-los, reúne-se com os demais profissionais da equipe para poder alcançar um consenso de cuidado para estes familiares enlutados.

17) Compromisso: enfermeira, 39 anos, casada, com um filho, fez especialização, trabalha há 19 anos na enfermagem. Foi assim denominada por assumir uma postura de comprometimento perante o cuidado, pacientes e seus familiares. Responsável pela comissão de curativos da instituição, não raramente trabalha fora do seu horário, para realizar curativos extensos, dentro e fora do seu setor.

18) Liderança: enfermeira, 51 anos, solteira, sem filhos, fez Especialização, Mestrado e Doutorado, trabalha há 28 anos na enfermagem. Liderança trava lutas constantes para a adequação do quadro de funcionários noturnos, além apontar as fragilidades, potencialidades a traçar sugestões para a melhoria das condições de trabalho noturno.

19) Fortaleza: enfermeira, 29 anos, casada, com dois filhos, fez Mestrado em Enfermagem com ênfase em saúde da mulher, doutoranda do segundo ano, trabalha há 11 anos na enfermagem. Fortaleza acredita na importância de o profissional de

enfermagem cuidar de forma individualizada ponderando as especificidades de cada paciente. Não raramente, relata a importância de se “quebrar regras” desde que seja para o bem do paciente, mesmo que isto lhe custe algum mal estar entre os colegas de trabalho.

20) **Envolvimento:** enfermeira, 44 anos, solteira, sem filhos, fez Especialização, trabalha há 26 anos na enfermagem. Envolvimento, em seu processo de cuidar, tenta priorizar que a visão da dor que a criança tem, não seja sentida pela mãe, prioriza desta forma, a comunicação efetiva, a escuta efetiva para o cuidado de mãe e filho. Acredita que o profissional está sendo constantemente observado e avaliado, assim, busca se policiar, adotar uma postura profissional e exemplar.

21) **Altruísmo:** enfermeiro, 41 anos, solteiro, sem filhos, fez Especialização, trabalha há 21 anos na enfermagem. Chama a atenção nos relatos de Altruísmo, uma preocupação constante com o bem estar alheio.

22) **Honra:** enfermeira, 37 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização e Mestrado, trabalha há 13 anos na enfermagem.

23) **Gratidão:** enfermeira, com 42 anos, casada, trabalha na Enfermagem há 22 anos, fez Especialização e Mestrado.

24) **Compaixão:** enfermeira, 49 anos, casada, com dois filhos, fez Especialização e Mestrado, trabalha na enfermagem há 29 anos.

ENFERMEIROS GERAL REFERENCIA DE CUIDADO

25) **Amabilidade:** enfermeira, 39 anos, casada, com três filhos, fez Especialização em Urgência e Emergência, trabalha na enfermagem há 19 anos. Apresentou uma característica durante sua entrevista, que a definiu, ao colocar-se no lugar do paciente em todos os seus relatos. O que suscitou na pesquisadora, uma memória afetiva que retomou o mandamento: “amar ao próximo como a ti mesmo”.

26) Alegria: 41 anos, solteira, fez especialização, mestrado, doutoranda, trabalha na enfermagem há 23 anos. Assim como denominada, Alegria apresentou-se sempre muito alegre durante as entrevistas. Uma de suas maiores preocupações ao realizar o cuidado, primeiramente é o conhecimento, a destreza para a realização dos procedimentos, simultaneamente a isto, aponta que para cada paciente há uma melhor forma de realizar o cuidado. Assim, ao aproximar-se do paciente, aponta que, com simpatia, educação e sorriso no rosto, consegue “descobrir” qual a melhor forma de cuidar.

27) Entusiasmo: 43 anos, casada, 2 filhos, fez especialização e mestrado, trabalha há 20 anos na enfermagem. Entusiasmo possui uma característica bem marcante, que é a de empolgar-se com a complexidade da simplicidade de seu setor. Encanta-se com a necessidade de se ter um conhecimento tão vasto para poder “ensinar a amamentar”, isto a move a buscar conhecimento a cada dia.

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM REFERENCIA DE CUIDADO

28) Trabalho em equipe: 42 anos, casada, Técnica de enfermagem, 14 anos de trabalho na enfermagem. Nos relatos de Trabalho em Equipe, ela, mesmo em meio aos conflitos existentes no setor, apresenta uma característica de agrupar o coletiva, em prol do bem do paciente, como em um relato, no qual, reuniu 12 funcionários do setor, para realizar um banho de leito, em um paciente obeso.

29) Confiabilidade: 47 anos, solteira, Técnica de enfermagem, 22 anos de trabalho na enfermagem. Confiabilidade faz jus a esta denominação, ao relatar sobre casos simples, (como uma passagem de sonda), que se tornam complexos quando não há confiança em si ou no serviço. E ainda, aponta que possui esta característica, pois ao cuidar do paciente, pensa nele como seu pai ou sua mãe, desta forma, acredita que fará o seu melhor.

30) Caráter: 36 anos, casada, com dois filhos, Técnica de enfermagem especialista, 17 de anos trabalho na enfermagem. Por demonstrar em seus relatos, que acredita que as falhas relacionadas ao processo do cuidar não resumem-se apenas ao

“não querer fazer”, foi assim denominada. Além disso, acredita que, conhecer o outro, o setor alheio ao seu, faz compreender algumas situações negativas de cuidado (como quando o paciente chega ao Centro Cirúrgico sem punção, atribui a este fato, a correria do setor, e tenta compreender os de mais colegas).

31) Busca: 56 anos, casada, com 2 filhos, especialista, mestre, doutoranda, trabalha na enfermagem há 33 anos. Busca foi assim denominada por suas características marcantes durante a entrevista, de busca pelo conhecimento. Busca esta lotada como auxiliar de enfermagem na instituição, porém, fez graduação, especialização, mestrado e é doutoranda.

32) Gentileza: 38 anos, solteiro, sem filhos, especialista, trabalha há 17 anos na enfermagem. Gentileza é um profissional gentil e dedicado. Em seus relatos, o que mais marcou foi a sua capacidade de, mesmo com pacientes agressivos, “difíceis” e com passado duvidoso, permanecer ao lado deles, envolvendo-os de forma agradável e amável, no intuito de adquirir a confiança e cuidá-los de forma integral.

33) Serenidade: 42 anos, casada, com três filhos, especialista, trabalha na enfermagem há 33 anos. Serenidade foi assim denominada por sua característica própria, de fala mansa, suave, serena, com atitudes que apaziguam e acalentam o coração das mães das crianças que estão sob seus cuidados. Serenidade afirma que consegue “conquistar” as mães, cuidado com carinho, gentileza e amor.

34) Afetividade: 43 anos, casada, com dois filhos, especialista, trabalha na enfermagem há 22 anos. Voz baixa, tom suave e tranquilo, compromete-se com o cuidado integral ao bebê. Um relato marcante de Afetividade, está relacionado à sensações de peso, cansaço, corpo dolorido, nestes casos, percebe que houve intercorrências graves no setor, ou mesmo óbito de bebê. Aponta então que, nestes casos, pára e faz uma oração para “melhorar a energia do setor”.

35) Perdão: 44 anos, solteira, sem filhos, especialista, trabalha na enfermagem há 13 anos. Perdão traz como relato principal, o caso de uma acompanhante de paciente

que “discutiu” com ela ao tentar ensinar-lhe a cuidar do esposo. Passados os dias, com paciência e dedicação as duas se entenderam, e a esposa lhe pediu desculpas.

36) Generosidade: 46 anos, casada, com um filho, especialista, trabalha na enfermagem há 25 anos. Disposta a ajudar, Generosidade não mede esforços quando se trata de beneficiar os pacientes. Chateia-se quando o colega de trabalho não cuida dos pacientes a ele designados. Quando isso acontece, coloca-se a disposição do paciente, orientando-o e ajudando-o mesmo sobrecarregada.

37) Tranquilidade: 49 anos, casada, com um filho, graduada, com 21 anos de trabalho na enfermagem. Voz suave e sorriso estampado no rosto, tranquilidade busca fazer o seu melhor, para tanto, procura cuidar de si, de seu corpo e mente, pois acredita que não há como oferecer cuidado ao paciente se não há cuidado consigo. Acredita que grande parte da melhora dos pacientes se deve à como são tratados, principalmente pela equipe de enfermagem, que é quem passa todo tempo com eles.

38) Fraternidade: 39 anos, com companheiro, dois filhos, possui 18 anos de trabalho na enfermagem. Fraternidade demonstrou-se sempre disposta ajudar ao próximo, independente se seja paciente, acompanhante, colega de trabalho, todos ao seu redor. Aponta como características importantes para o cuidado: olhar no olho, segurar na mão, o toque terapêutico, coisas simples que um irmão poderia fazer, mesmo não sendo profissional.

5.7. ASPECTOS ÉTICOS

Para cumprimento integral das questões éticas, estabelecidas pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas (COREA), sob a solicitação nº. 111/15 (ANEXO A) e pelo do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer nº 1.375.358 / 2015(ANEXO B).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A) o qual foi posteriormente digitalizado e enviado via e-mail para todos. O descarte das entrevistas será realizado no prazo de cinco anos conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO 1- PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO

RESUMO: O objetivo do estudo foi conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado. **Métodos:** Estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, que utilizou a Teoria do Cuidado Humano como referencial teórico. A coleta dos dados deu-se no período de dezembro de 2015 a junho de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizada no próprio setor de trabalho, em ambiente reservado, as quais foram gravadas em mídia digital, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática. Participaram da pesquisa, 38 profissionais, enfermeiros chefes de setor e enfermeiros assistencialistas e técnicos de enfermagem, indicados por suas chefias como referência de cuidado. **Resultados:** Emergiram três categorias as quais apontaram as fragilidades e as potencialidades relacionadas ao cuidado, desde questões institucionais às pessoais. Para as chefias, o cuidado está atrelado ao conhecimento técnico, científico, enquanto que, para os profissionais referência de cuidado, está relacionado com atitudes e valores humanos. **Conclusão:** Concluiu-se que chefias e profissionais envolvidos direta e exclusivamente na assistência apresentam percepções distintas sobre o cuidado e seus determinantes, no entanto, ambas se completam, sendo necessário haver congruência entre elas.

Palavras-chave: Cuidado, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem, Equipe de enfermagem.

ABSTRACT: The objective of the study was to know the perceptions about care by nursing professionals in managerial positions and in the hospital unit. **Methods:** An exploratory-descriptive study of a qualitative nature, which used the Human Care Theory as a theoretical reference. The data were collected through semi-structured interviews, performed in the participants' own work area, in a reserved environment, from December 2015 to June 2016. Participated in the research, 38 professionals (nurses sector heads, nurses assistencialistas and Nursing technicians), in a total of 41

interviews (three nurses were interviewed twice) that were recorded in digital media, transcribed in full and analyzed through the thematic content analysis of Bardin.

Results: Three categories emerged which pointed out the weaknesses and potentialities related to care, from institutional to personal issues. For managers, care is tied to technical and scientific knowledge, while for care professionals, it is related to human attitudes and values. **Conclusion:** It was concluded that managers and professionals directly and exclusively involved in care present different perceptions about care and its determinants; however, both are complete, and there is a need for congruence between them.

Keywords: Care, Nursing Care, Nursing Theory.

RESUMEN: El objetivo del estudio era comprender las percepciones de la atención de enfermería en los puestos directivos y activo en el hospital. **Métodos:** estudio cualitativo exploratorio descriptivo, que utilizó la teoría del cuidado humano como teóricos. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en el sector del trabajo de los participantes en un ambiente privado, a partir de diciembre de 2015 a junio de 2016. Los participantes fueron 38 profesionales del sector (jefes de enfermería, enfermeras y bienestar técnicos de enfermería), un total de 41 entrevistas (tres enfermeras fueron entrevistados dos veces) que se registraron en los medios digitales, completamente transcritas y analizadas utilizando el análisis de contenido temático Bardin. **Resultados:** surgieron tres categorías que mostró las deficiencias y las posibilidades relacionadas con la atención a las cuestiones institucionales personales. Para los gerentes, la atención está vinculada al conocimiento técnico, científico, mientras que para el cuidado profesional de referencia, se relaciona con las actitudes y los valores humanos. **Conclusión:** Se concluyó que los gerentes y los profesionales que intervienen directa y exclusivamente de la ayuda tienen diferentes percepciones sobre el cuidado y sus determinantes, sin embargo, ambas son complementarias, y debe haber congruencia entre ellos.

Palabras clave: Atención, atención de enfermería, enfermería, equipo de enfermería.

INTRODUÇÃO

De um ponto de vista legal, o enfermeiro é o responsável pelas melhorias relacionadas ao cuidado, desde a atividade gerencial, o que inclui a coordenação da

equipe de enfermagem e a viabilização do processo cuidativo (CHAVES; TANAKA, 2012). Assim, os enfermeiros em cargos de gerência têm assumido importantes papéis nos serviços de saúde, visando o atendimento de qualidade, além de contribuírem para o sucesso da instituição (FURUKAWA, CUNHA, 2011, FELLI, PEDUZZI KURCGANT, CIAMPONE, 2011), já os encarregados ou responsáveis por unidades de serviços atuam, concomitantemente, na assistência direta e na administração do setor, sendo que ambos são considerados como referência para os serviços de enfermagem, podendo influenciar os integrantes de sua equipe na forma como realizam o cuidado (SANTOS, PROCHNOW, SILVA, SILVA, LEITE, ERDMANN, 2013).

Para a enfermagem, o cuidado é o tema central e a essência da profissão, representa o que faz com o conhecimento que utiliza, o que cria e o que se apropria enquanto disciplina (QUEIRÓS, 2015). Configura-se na identidade do profissional, constituindo-se na função essencial, que justifica todas as atividades dos profissionais de enfermagem (OGUISSO, FREITAS, 2016).

Diferentes pontos de vista sobre o cuidado já foram investigados. Para os familiares de pacientes internados em um serviço de saúde mental em Porto Alegre- RS, o cuidado durante a internação, guarda relação com a segurança, a escuta qualificada e ao diálogo (DUARTE, THOMAS, OLSCHOWSKY, 2014).

Enquanto que para os profissionais de enfermagem que assistem crianças internadas, em uma instituição em Portugal, o cuidado foi traduzido como sendo a expressão de afeto a estas crianças (DIOGO, BALTAR, PRUDENCIO, 2016), ou ainda, a arte de promover um ambiente seguro e afetuoso a elas (DIOGO, 2015).

Não encontramos, na literatura, estudos que investigam a percepção do cuidado na perspectiva de diferentes categorias de profissionais, o que justifica a realização desta pesquisa, a qual se propôs a investigar se existe diferença na percepção da enfermagem que ocupam cargos de chefia e os que prestam o cuidado direto ao paciente. Assim, definiu-se como objetivo deste estudo, conhecer os significados do cuidado para os profissionais da enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa, realizada com 35 profissionais de enfermagem de um Hospital Geral de Ensino do

Noroeste do Paraná. O hospital cenário do estudo é público, possui 123 leitos, distribuídos nos oito setores da divisão de internamento: Banco de Leite Humano, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Unidade de Terapia Intensiva Adulta, Pediátrica, Neonatal; além dos setores da divisão de atendimento: Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades, e Centro Cirúrgico. É referência para a cidade de Maringá e toda a região de abrangência da 15^a Regional de Saúde, principalmente nas áreas de urgência, emergência, gestação de alto risco, cirurgia ortopédica e geral.

O quadro de funcionários de enfermagem por ocasião da coleta de dados era composto por 109 enfermeiros, sendo 78 estatutários, 30 credenciados e um celetista. Os técnicos de enfermagem eram 186, sendo 163 estatutários, 22 credenciados e um celetista.

Os participantes da pesquisa foram 15 enfermeiros que ocupavam cargo de chefia de enfermagem (diretoria de enfermagem, chefe de divisão de internamento e de atendimento e os enfermeiros encarregados de setor, sendo que o Pronto Atendimento contava com dois encarregados), e mais 23 profissionais indicados por elas como sendo referência de cuidado, sendo nove indicações de enfermeiros de setor, 11 técnicos de enfermagem e três enfermeiros com indicação geral, (foram considerados os que receberam duas ou mais indicações). As indicações ocorreram mediante a seguinte solicitação: “Indique um enfermeiro e um técnico de enfermagem do seu setor e um enfermeiro do hospital que você considera uma referência de cuidado”. Destaca-se que três enfermeiros encarregados de setor atenderam a este critério e foram entrevistados novamente. Deste modo, foram 38 participantes e 41 entrevistas.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2016, por meio de entrevistas, que tiveram duração média de 40 minutos e ocorreram em uma sala privativa, no próprio setor de trabalho. Somente uma participante foi entrevistada em casa, pois se encontrava em licença maternidade.

Embora previamente agendadas, por terem sido realizadas no ambiente e no horário de trabalho, várias visitas aos setores foram necessárias até que fosse possível realizar/completar as entrevistas, por muitas vezes, elas tiveram que ser canceladas de última hora ou interrompidas por motivo de intercorrências no setor.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, gravadas em mídia digital, após o consentimento dos participantes. Durante as mesmas foi utilizado, um

instrumento semiestruturado para a obtenção de dados sócio demográficos e uma questão norteadora: **“Como você percebe o cuidado oferecido em seu setor de trabalho/ hospital?”** para as chefias e **“Estou fazendo uma pesquisa sobre o cuidado e como você foi indicada por sua chefia por ser uma referência de cuidado, gostaria que você me contasse: Como você cuida”**. Para o tratamento, as entrevistas foram transcritas na íntegra e após, submetidas à Análise de Conteúdo modalidade temática (BARDIN, 2011). Essa técnica é composta por três etapas: na pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante de todo o material, com a finalidade de aproximação com o seu conteúdo. Após, procedeu-se uma segunda leitura norteada pelo objetivo da pesquisa, pela formulação de hipóteses e identificação de similaridades.

Na fase de exploração do material, realizou-se nova leitura das transcrições levando em consideração as similaridades entre os discursos para estabelecimento dos núcleos temáticos e, conseqüente, recorte de todo o material, visando à categorização. Para a fase de tratamento dos resultados, foram propostas inferências e interpretações que foram embasadas por pressupostos teóricos.

O desenvolvimento do estudo considerou os preceitos éticos e legais regulamentados pela Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizado pela Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas do HUM (COREIA), e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (CAEE N. 513295 15.0.0 000.0104).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias e, para garantir o anonimato de suas identidades, os participantes foram nomeados genericamente com letras indicativas de sua condição (EC: enfermeiro chefe; ERC: enfermeiro referência de cuidado e TRC: técnico referência de cuidado) seguido pelos anos de trabalho na área da enfermagem.

RESULTADOS

Dos 38 profissionais de enfermagem, 15 eram chefes de enfermagem, nove eram enfermeiros do setor, três enfermeiros gerais e 11 técnicos de enfermagem. Totalizando 41 entrevistas, uma vez que três enfermeiros chefes foram indicados e entrevistados também como enfermeiros referência de cuidado.

A idade dos participantes variou de 28 a 56 anos, sendo a maioria do sexo feminino e somente três do sexo masculino (dois enfermeiros e um técnico de

enfermagem). Apenas um enfermeiro possuía menos de dez anos de trabalho na área da saúde, os demais trabalham na área entre 10 e 33 anos. Com relação à escolaridade, os onze técnicos de enfermagem possuem alguma graduação, sete em enfermagem, nove já eram especialistas e uma estava cursando doutorado. Dos quinze enfermeiros chefes, seis eram especialistas e nove mestres. Dos doze enfermeiros indicados, oito eram mestres, duas doutorandas, uma doutora e uma especialista.

Da análise dos relatos, emergiram três categorias as quais serão descritas a seguir.

Fatores determinantes para o cuidado sob a ótica gerencial e assistencial da enfermagem

Esta categoria aponta os aspectos valorizados pelos profissionais de enfermagem acerca do cotidiano de sua prática, com destaque, por exemplo, às fragilidades que interferem na realização do cuidado. Dentre estas, os enfermeiros chefes destacaram, questões relacionadas ao quadro de funcionários que, no momento da coleta de dados, estava com número considerável de efetivos em fase de pré-aposentadoria. Outra realidade presente foi a existência de três diferentes modos de contratação além do desfalque no número de funcionários.

Em se tratando da pré-aposentadoria, apontam dificuldades experienciadas no dia a dia em decorrência de problemas pessoais de ordem física, fisiológica e até psicológica.

Aqui a gente tem um quadro de funcionários já bem envelhecido, eles já se dedicaram muito, estão cansados, e a grande maioria faz um trabalho que é bem pesado para a idade, muitos estão trabalhando à noite, exercem um bom cuidado, mas estão muito cansados, e sobrecarregam os demais, estão se descuidando e têm os que resistem à aposentadoria (EC, 16 a).

Apontaram também a dificuldade devido à escassez de contingente, gerando a necessidade de contratação com diferentes vínculos empregatícios, o que culmina em grande rotatividade de profissionais.

O quadro atual de funcionários está muito difícil, os funcionários estão cansados, doentes, choram [ênfase]. Sim, ultimamente, eu vejo mais profissionais chorando do que pacientes, e o que eu posso fazer? Dou um abono, adianto férias [silêncio, suspiro]. Mas precisava contratar (EC, 24 a).

Aqui nós temos o estatutário, o celetista e o credenciado. Cada um com uma carga horária diferente [...], são 20 funcionários para calcular horas [silêncio] e a rotatividade de profissional ainda é grande, porque vence contratos ou acaba saindo mesmo (EC, 20 a).

Aqui no setor, a maioria é estatutário, mas teve uma ampliação de salas e de serviços e tem que contratar, porque na verdade já estava com uma deficiência de pessoal, e hoje o volume de procedimentos é muito maior (EC, 21 a).

Devido a esta rotatividade de funcionários nos setores, o estabelecimento de um vínculo com os pacientes, com os colegas e inclusive com a própria instituição fica prejudicado.

Aqui no setor, são 71 funcionários. Dos 23 enfermeiros, seis são estatutários, o restante celetista e credenciado e de 48 técnicos de enfermagem, menos da metade é de estatutários, e tem ainda o plantão docente, que são sete. Entra e sai gente, fica difícil estabelecer vínculo, e você sabe como é [silêncio] tem estatutário que fica de olho, não perdoa, avalia, ajuda, pois sabe muito, mas crítica mesmo (EC₁, 17a).

Aqui tem muito funcionário de teste seletivo, credenciado, terceirizado, prestador de serviço, fica ainda mais difícil para ele fazer o vínculo com o setor, com os colegas de trabalho e com os pacientes. E, na maioria, eles possuem outro vínculo empregatício, estão mais cansados, já chegam ao plantão, cansados (EC₂, 17 a).

Estas questões também foram lembradas pelos ERC, que acreditam que a dificuldade em estabelecer e manter o vínculo reflete em prejuízos no cuidado.

Teve um tempo, no qual eu estava no Pronto Socorro, muito cansada mesmo, atendendo com rugas na testa, sem conversar direito [...] Mas eu sei que eu não estava infeliz com a minha profissão, era o ambiente, o setor lotado, [...], que ninguém era culpado, o culpado era o sistema [...] que permitia internar 90, 100 pacientes onde trabalham oito funcionários (ERC, 14 a).

Nós temos rotinas rígidas, [...] quando interna, fica mais corrido ainda, precisa lavar o Box, e não dá para não fazer o básico bem feito, fica difícil porque o setor que solicitou a vaga muitas vezes não entende isso, gera desgastes entre os setores até (ERC, 19 a).

A associação destas dificuldades culmina em outra condição apontada pelas chefias, que é a dificuldade de liderança.

Eu sou um pouco quadrada, da época da roupa certa, do rigor, das cobranças, o uniforme certo. O uso do celular me incomoda muito no horário de trabalho, aí você vai, chama em reunião, fala das reclamações, mas parece que não adianta, não sei sabe, como que vai se resgatar isso. O técnico não tem mais aquela segurança de trabalhar com o enfermeiro, porque não há afinidade entre eles, tem conflitos, antes não era assim (EC, 13 a).

Têm pessoas que a gente fala, fala, faz reunião, orienta, faz CI e nada, a pessoa não muda. [...]é muito difícil porque dependemos do trabalho deles. Eu fico muito preocupada com relação a isso sabe, com o paciente, independente do setor, é uma questão que prejudica o paciente (EC, 20 a).

Esta percepção é compartilhada por técnicos e enfermeiros dos setores, que descrevem situações evidentes de dificuldades no relacionamento interpessoal e liderança por parte de suas chefias.

[...] penso que se tivesse uma chefia firme, mais forte, mais dura até, poderia dar um jeito, [...]. Você vê que tem muita coisa que passa sem ser falado, conversado, cobrado, a maioria dos funcionários precisam de cobrança mesmo (TRC, 22 a).

É muito importante trabalhar em equipe, temos que pensar a mesma coisa, para o bem do paciente, [...] Nós estatutários estamos juntos há muito tempo, mas têm os celetistas e os credenciados e nem sempre se consegue, às vezes, é bem difícil (TRC, 22 a).

Precisa internar um paciente é um “Deus nos acuda” [...], precisa arrumar o leito, é um desgaste, muito desconfortante, reclamam muito, tem vezes que vou e faço (ERC, 21 a).

Apesar destas debilidades concernentes ao quadro de funcionários, as potencialidades para o cuidado sobressaíram e deram configuração às categorias a seguir.

Para além do aparente: potencial científico e humano como determinante de cuidado

Evidenciou-se a importância do conhecimento científico e seu incentivo por parte da instituição, além do capital humano disponível no hospital, como elementos relacionados às potencialidades para o cuidado.

Nossa [ênfase] aqui nós cuidamos e cuidamos em excesso, às vezes [...], temos uma enfermeira responsável pela pesquisa clínica, comissão de segurança do paciente, serviços de apoio à enfermagem, vigilância epidemiológica e de reações adversas aos medicamentos, hemoderivados, órteses e próteses. Somos referência para o país em tratamento de feridas, temos uma consultora internacional em aleitamento materno, enfim, estamos preocupados em cada vez aperfeiçoarmos mais o cuidado (EC, 24a).

Aqui no Banco de leite, na verdade o nosso trabalho é ajudar a mãe a amamentar, imagina, ensinar a amamentar [longa pausa], mas aí a gente começa a trabalhar aqui e vê o quanto que precisa de conhecimento, o quanto que todos aqui são capacitados, e

a importância deste conhecimento que é imenso, e de colocar na prática tudo isso (EC, 22a).

Comparado a outros hospitais, aqui a enfermagem se destaca, sem dúvida, [...], temos autonomia, podemos fazer a prescrição de enfermagem, [...] vamos aos congressos e trazemos conhecimento para a equipe, [...] tenho técnicos de enfermagem formados em Informática, Assistência Social, com pós em feridas, ou em terapia intensiva [...], vou valorizando o conhecimento de cada um deles, [...] para propagar o cuidado, melhorar e vigiar o cuidado (EC, 22 a).

[...] Eu fiz Especialização e depois Mestrado, tudo isso eu acredito que traz transformações e resulta em transformações pessoais e profissionais e de forma positiva isso reflete no cuidado [silêncio] (EC, 24 a).

Embora os enfermeiros e técnicos indicados como referência de cuidado valorizem o conhecimento científico, visto que são especialistas, mestres e doutores, seus relatos relevavam a importância de se conhecer as subjetividades no momento do cuidar:

[...] Às vezes, eu vejo que ele melhora, muito mais pela forma como você o trata, do que o tratamento em si, se você tem um bom relacionamento com a mãe, você vai ter um bom relacionamento com a criança também, isso ajuda muito (TRC, 25 a).

Trabalhar em UTI é bom porque a gente tem que estudar sempre, [...] comorbidades, patologias, mas na UTI-pediátrica, além desse conhecimento, [...] tento sempre cuidar com amor, carinho, porque a família fica mais tranquila e confiante e faz toda a diferença (TRC, 33 a).

Respeitar, chamar pelo nome, se colocar no lugar do outro, [...] como eu me sentiria se fosse comigo? (TRC, 11 a).

Então, [...] aqui, na maternidade, eu percebo que o que mais faz falta não é as questões técnicas, mas erramos na questão do conversar, explicar, [...] na relação com o outro mesmo (TRC, 24 a).

Até o momento, os relatos apresentados apontaram algumas características setoriais e institucionais que, na opinião dos profissionais, podem repercutir na forma de cuidar. E algumas questões subjetivas que interferem no momento do cuidado. Neste sentido, a seguir, são apresentados alguns relatos que mostram que a individualidade e o senso de coletividade dos envolvidos no processo de cuidar/cuidado são reconhecidos, como fatores determinantes na forma como o mesmo é realizado.

Nestes relatos, é possível identificar que as chefias conseguem reconhecer as características individuais dos funcionários, e identificar alterações de comportamento, sugestivos de desconfortos relacionados ou não com o processo de trabalho:

A gente percebe no decorrer desses anos todos de assistência, que o cuidado depende muito de quem cuida, tem profissional que é mais comprometido, e esta é a linha de pensamento dele [silêncio] e, às vezes, ele está mais alterado, com a voz mais alta [...](EC₁, 17 a).

Do mesmo modo, os profissionais que prestam assistência também conseguem perceber a influência de sua individualidade na coletividade e na realização do cuidado:

[...]. Era para ser um simples procedimento, [...] mas por puro estresse perdemos a Pressão Arterial Média, a Sonda Naso-enteral, ficamos muito chateados. [...] mas foi a correria, algum problema com a gente, e acaba que isso acontece. Tem que se policiar (TRC, 17 a).

Teve uma moça que trabalhou aqui, [...] que pessoa maravilhosa, [...] tão tranquila, tão calma, sempre com uma palavra de apoio, era tão bom trabalhar com ela (TRC, 16 a).

Neste sentido, ressaltaram que a efetividade do trabalho em equipe depende das ações e do compromisso de cada um:

Trabalhamos muito aqui, esperamos sim, um retorno do colega, que te ajude a olhar uma bomba de infusão apitando, [...] falta sim, por parte de alguns o espírito de equipe, mas muitos são bem companheiros (ERC, 17 a).

Nossa escala tem sempre três técnicos, mas ultimamente sempre tem um atestado ou dois, ou falta, [...] fica bem difícil cuidar de 15 crianças e suas mães com 2 técnicos, mas sempre estamos correndo, tentando fazer o possível (TRC, 25 a).

Apontaram ainda que, quando cada profissional assume o seu papel, estabelecendo uma relação de comprometimento com a equipe e com o cuidado, é possível conquistar um ambiente de crescimento individual e coletivo:

Não acredito que atingimos um nível de excelência no cuidado, mas é de alto nível, temos uma equipe muito antiga junta, temos pelo menos mais de dez anos de convivência, nos ajudamos, crescemos, amadurecemos juntos, percebemos a importância do cuidado, esse cuidado bom, de qualidade. (EC, 26a).

Estamos juntos há mais de 20 anos [...] isso cria um vínculo e uma confiança entre os membros da equipe, temos um elo, [...], se um não sabe, chama o outro temos muita facilidade de cobrir faltas, [...], os funcionários se ajudam entre si, não fica funcionário sobrecarregado, [...] aprendemos e nos damos conta de coisas novas a cada dia (EC, 22 a).

As fragilidades existentes nos setores são muitas e distintas, no entanto, os relatos mostram que os profissionais acreditam que uma postura de compromisso com o setor, com os colegas de trabalho, com os pacientes e com o cuidado, pode ajudar a superá-las resultando em um cuidado melhor ao paciente.

Possível e necessário: o resgate de sentido e valores subjetivos do cuidar

Esta categoria emergiu dos relatos dos profissionais referência de cuidado e que agregam os elementos, considerados por eles, importantes para o cuidar. Neste sentido, destacaram alguns valores humanitários e atitudes primordiais à realização do cuidado, como, por exemplo: respeito, amor ao próximo, apresentar-se, olhar nos olhos ao conversar, tocar, segurar a mão, comunicação, transmitir confiança e permanecer ao lado do paciente:

Antes de ser um bom profissional, procuro ser um bom ser humano, não acredito que ter muito conhecimento seja o suficiente se você não está disposto a ser um bom ser humano, se não colocar em prática (ERC, 22 a).

Tem vezes que seguro a mão do paciente, [...] ele até estranha, “- fiquei internado tanto tempo, é a primeira vez que alguém segura minha mão.”, [...] são coisas simples, que não tem disponível no arsenal entende (TRC, 17 a).

Além de destacarem a importância da criação do vínculo de confiança entre profissional e o paciente no momento do cuidado:

Acredito que seja a interação, um critério que faz a diferença para realizar um bom cuidado. Você chegar ao quarto e dizer: “- Olha, eu sou a enfermeira da noite, apresentar-se para eles [silêncio], estou aqui a noite toda, confia em mim, o que você precisar (porque internado a gente fica tão fragilizado). Então esta relação de confiança para mim é um cuidado, saber a quem recorrer[...] (ERC, 25a).

Tem muito paciente que sai daqui da UTI, vou visitar [silêncio], fora da UTI eles viram outro paciente [risos] mas é muito bom, recebem a gente bem, essa troca com eles é muito boa. Sempre estou com algum familiar, converso com eles, explico, converso, procuro demonstrar o meu carinho por eles (TRC, 17 a).

Esta relação de confiança no cuidado pode ocorrer desde o primeiro contato, ou desenvolver-se ao longo do período de internação durante a realização dos cuidados, dependendo das disponibilidades dos envolvidos.

É bastante difícil, às vezes, aqui na UTI- Pediátrica, lidar com a mãe, com a família, mas eu fico segura, porque eu percebo que eles veem a gente cuidando com amor [silêncio] eles ficam mais confiantes e seguros (TRC, 33a).

Dedico-me para que o cuidado seja individualizado, e aqui na UTI-Pediátrica tem que ser muito direcionado para a mãe principalmente, que às vezes até apresentam algum comportamento agressivo com os profissionais, mas com o tempo, consegui entender que aquele comportamento, não era para mim, para nós [silêncio], eu tinha que ganhar a confiança da mãe [silêncio], depois que entendi isso, as coisas passaram a fluir bem melhor (ERC, 26a).

Quando eu chego ao meu setor, a primeira coisa que faço quando vou cuidar, é chegar para a paciente e me apresentar, olhar no olho dela e deixar claro que estou ali para ajudar ela [silêncio]. Esta atitude de deixar transparecer que você está disposta a ajudar, eu sei que é simples, e é mesmo, mas é isso que vejo que faz a diferença, pegar na mão dela [silêncio], faz uma diferença. (TRC, 24a).

Preocupo-me muito com a comunicação, tudo que vou fazer vou conversando, orientando, tem gente que diz que eu cuido narrando [risos], e fica melhor para reconhecer a necessidade de cada um também (TRC, 22a).

Alguns modos de cuidar foram apontados e mostraram que características próprias do profissional, do paciente, além da presença de valores humanos e atitudes se misturam, configurando uma teia de sentidos próprios de cada momento de cuidado.

Você tem que colocar o sapato do outro mesmo, se aquela mãe está com comportamento alterado, você tem que entender que ela precisa de sua atenção, do seu cuidado, e de toda a sua compreensão, porque tudo que está acontecendo naquele momento, todas as dificuldades de amamentar, a dor no seio, todos à volta falando o que tem ou não de fazer, as atitudes que ela tenha é em virtude disso, não significa que ela é assim sempre (ERC, 26a).

Não importa a história deles [silêncio], não sabemos o que ele passou, o que o levou a fazer o que fez, a gente não pode ficar julgando [...]trato todos os pacientes iguais, dentro de sua diferença[...]com carinho, com cuidado, com atenção e é assim que eu cuido dos meus pacientes, com carisma, igualdade [silêncio]. E para a família, eu passo confiança, segurança, sempre estou conversando com alguém da família (TRC, 17a).

Cuido assim, como se cada paciente fosse meu pai, minha mãe (TRC, 22 a).

Quando vejo um paciente que está precisando de algo, na verdade, penso que sou eu, eu que quero alguma coisa e não consigo falar, eu que estou com o braço dolorido da punção que extravasou, eu que sou aquela idosinha que não consegue levantar para ir ao banheiro (ERC, 14 a).

Porque enfermagem você faz, porque você ama, você tem um dom (ERC, 26 a).

Os relatos são carregados de algumas atitudes que os profissionais apresentam em relação ao paciente como atitudes de amor ao próximo, de estabelecer um vínculo baseado na confiança, além do altruísmo, respeito, empatia e alteridade.

DISCUSSÃO

Os achados contribuem para que os profissionais de enfermagem reflitam sobre sua prática tanto gerencial quanto assistencial do cuidado no âmbito hospitalar, para que, dessa forma, possam melhorar suas atuações com vistas a aprimorar o cuidado.

Algumas características próprias da instituição são mais difíceis de serem resolvidas, como no caso do grande número de profissionais em vias de aposentadoria. Contudo, observa-se que a maioria dos profissionais indicados como referência de cuidado atuam na área da enfermagem há muito tempo e, no entanto, isso não é para eles um problema, pois ainda assim ou por isso mesmo, desempenham um cuidado cuja característica os torna referência neste quesito.

Este fato contradiz a literatura, a qual aponta o quadro de funcionários em pré-aposentadoria como um dos grandes problemas internos das instituições públicas (FRANÇA, 2011). Contudo, não se pode deixar de considerar uma limitação do estudo, uma vez que só participaram da pesquisa os profissionais cujas chefias reconhecem como sendo referência de cuidado, o que provavelmente não representa a maioria. Mas corrobora quando aponta as dificuldades enfrentadas pelo aumento nas aposentadorias e a limitada reposição de pessoal (GVOZD, HADDAD, GARCIA, SENTONI, 2014).

Ainda, em relação ao quadro de funcionários, os relatos das chefias sugerem que a duplicidade de empregos constitui-se em uma fragilidade para o cuidar, pois o funcionário, ao chegar cansado de um plantão para o início de outro, pode não conseguir efetuar um bom trabalho.

Estudos demonstram que o corpo pode responder de diversas formas ao cansaço acumulado como sono ruim, dores no corpo, lapsos de memória, dificuldade de concentração, irritabilidade, desesperança, tristeza e transtorno de humor, esgotamento profissional que corresponde ao colapso físico e mental, avaliação negativa de si mesmo e recalque de conflitos (OLIVEIRA, PINHEIRO, COUTINHO, 2015). Esses sintomas podem constituir em motivos para faltas e afastamentos de saúde, e isto tende a sobrecarregar mais ainda a equipe.

Assim, a duplicidade de vínculos empregatícios, mais comum entre os profissionais contratados como credenciados, cujo tempo de contrato é de um ano, podendo ser prorrogado por mais um, aumenta as dificuldades de relacionamento

interpessoal e os conflitos, o que dificulta a liderança por parte dos enfermeiros do setor e inclusive por parte das chefias.

Alguns enfermeiros relataram dificuldades em exercerem a liderança, o que corrobora com estudo realizado há mais de dez anos nesta mesma instituição e que já contatava dificuldades dos enfermeiros em exercer seu papel de líderes de equipe (VICTOR, 2003). Isto aponta a necessidade de estes aspectos serem mais bem trabalhados durante a formação. Indica também a necessidade de os profissionais serem melhor respaldados pela instituição. A impressão que se tem é que, pelo fato de terem um vínculo empregatício frágil, o enfermeiro sente a necessidade de não se indispor com ninguém, seja com seus pares ou subordinados, sendo esta a possível causa de não desempenharem seu papel de líder da equipe.

A importância do relacionamento interpessoal no processo de liderança foi ressaltada em estudo realizado no sul de Santa Catarina, o qual assevera que os técnicos de enfermagem conseguem estabelecer com mais facilidade uma relação de confiança e afinidade com o profissional pelo qual sentem segurança no trabalho (BITENCOURT, 2013).

No que se refere aos fatores potencializadores do cuidado, foram elencados pelas chefias, algumas características e dentre elas: o conhecimento e o potencial científico e tecnológico de quem cuida. O que também foi compartilhado pelos relatos dos profissionais referência de cuidado. O conhecimento que o profissional tem é apontado como uma forma de transmitir segurança ao paciente e aos profissionais de sua equipe de trabalho (BITENCOURT, 2016).

Deveras, as possibilidades de crescimento enquanto profissional, mediante o incentivo da instituição às capacitações, especializações, inclusive pós-graduação “stricto sensu”, refletem positivamente na valorização profissional e aperfeiçoamento do cuidado.

O conhecimento adquirido gera segurança na execução das tarefas, o que reflete em um trabalho em equipe mais eficaz, com uma postura comunicativa eficiente. Essa comunicação eficaz, quando levada em consideração pelo enfermeiro, irá ajudar a diminuir as barreiras entre os profissionais, resultando na ampliação das possibilidades e benefícios no cotidiano de trabalho (BACKES, CARPES, PIOVESAN, HAEFNER, BUSCHER, LOMBA, 2014)

Os enfermeiros chefes e os profissionais referência de cuidado aludem sobre as subjetividades dos envolvidos no processo de cuidar e que estas repercutem no cuidado. Esta valorização das subjetividades mostrou-se como uma forma de produção de um novo modo de cuidar, devendo partir do reconhecimento das necessidades de trabalho dos profissionais e de cuidado dos pacientes (SILVA, ASSIS, 2015).

Isto não quer dizer que os profissionais referência de cuidado não valorizam ou busquem o conhecimento, visto que todos os técnicos possuem alguma graduação e todos os enfermeiros alguma pós-graduação, inclusive “*stricto sensu*”. Este fato permite inferir que, para estes profissionais, o domínio técnico é de fato considerado, mas o diferencial no cuidado que prestam está relacionado às suas atitudes e condutas simples como estabelecimento de vínculo e comunicação com o paciente e familiares, que representam, para eles, grandes ações de cuidado.

Estas questões corroboram resultados de estudo que versam sobre a importância da comunicação no momento do cuidado, como uma forma de o profissional interagir com quem está sendo cuidado. Implica não somente falar, mas saber ouvir com atenção, pois é, neste processo, que se torna possível identificar as necessidades para o cuidado (SILVA, SILVA, ALCANTARA, SILVA, LEITE, 2015).

Ademais, quando estabelecida uma comunicação baseada na empatia, denota-se sua capacidade de amenizar o sofrimento de pacientes (COSTA, RODRIGUES, PACHECO, 2012). Em contrapartida, a falta de comunicação é apontada por enfermeiros como uma forma de não humanização do cuidado (CHERNICHRO, SILVA, FERREIRA, 2014).

No contexto do cuidado hospitalar, de acordo com os relatos, a comunicação sincera e uma relação empática constituem imperativo no processo do cuidado, de modo que o paciente e seus familiares sintam-se seguros e tenham confiança na equipe de cuidadores. Sendo assim, valorizar o paciente, mediante a empatia, muito além do biológico e patológico, contribui para embasar e reforçar assistência de enfermagem de qualidade (SAVIETO, LEAO, 2016).

Ao colocar-se no lugar do outro, o cuidador atinge um grau de entendimento que lhe permite identificar e buscar atender as necessidades da pessoa que está recebendo o cuidado, levando em consideração seus valores de maneira respeitosa e compreensiva (CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2014).

Desta forma, a alteridade na enfermagem é representada por uma atitude ética e moral baseada em responsabilidade, empreendedorismo, motivação, dedicação e a capacidade de superar obstáculos. Envolve observação constante e preparo contínuo para o agir efetivo e eficiente nas situações adversas visando alcançar o cuidado de qualidade (ZOBOLI, SCHVEITZER, 2013).

Estas considerações traduzem e refletem uma necessidade emergente apontada por alguns autores (WALDOW, 2012; BOFF, 2014; WATSON, 2015), sobre a importância de estabelecer uma reflexão acerca do momento do cuidar com a perspectiva de quem cuida, da complexidade e dinamicidade do cuidado, de valores humanitários nele embutidos e da necessidade de identificar-se como ser de cuidado.

De acordo com os achados desta pesquisa, é possível corroborar com a afirmação de que o cuidado deve ser pautado e repensado mediante atitudes de comprometimento com o outro, levando-se em consideração os valores humanos (CARRARO, KEMPFER, SEBOLD, ZEFERINO, 2011), sendo que a amabilidade, amor ao próximo e por si mesmo são apontados, desde os primórdios da enfermagem, por Florence (1979), como sendo essenciais para o cuidado (PEREZ, GUITIEREZ, SOLLIS, 2013).

É evidente a distância identificada entre as dificuldades apontadas pelos chefes e a valorização de aspectos humanitários e subjetivos por parte dos profissionais referência de cuidado. A presença desta discrepância nos faz concluir sobre a importância de haver certa congruência entre estas concepções.

É certo que as demandas dos usuários dos serviços de saúde criam uma nova ordem para o cuidado, seguindo uma linha mais afetiva, relacional e atenciosa para os pacientes (PEREIRA, SILVA, CAMARGO, OLIVEIRA, 2012). Em contrapartida, as demandas das instituições estão cada vez mais modernizadas e equipadas com tecnologias de ponta, requerendo para o seu manejo, profissionais altamente qualificados (RIBEIRO, SILVA, FERREIRA, 2016). Além disso, a operacionalização dos serviços de saúde, a função do enfermeiro gerencial estão pautados em documentos de avaliação, cuja ênfase está nos dados objetivos e técnicos (PEREIRA, SILVA, CAMARGO, OLIVEIRA, 2012), o que, possivelmente, influencia na percepção do cuidado no cotidiano destes profissionais.

Ou seja, conclui-se que o cuidado sofre com a falta de organização, com problemas administrativos, com poucos profissionais ou quando estes não estão

capacitados técnica, científica e cognitivamente. Porém, percebe-se que o cuidar não se resume às questões gerenciais, pois os aspectos subjetivos implicam diretamente no cuidado, devendo-se, portanto, haver um equilíbrio entre eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que as fragilidades do cotidiano do cuidar podem ser moderadas quando o profissional assume uma postura de cuidado pautada em valores humanos e no cuidado sensível, no qual a alteridade e a empatia são componentes de um cuidado que subsidia o fazer da enfermagem na atualidade.

Mediante todas as inovações no campo da saúde, ainda assim, foi apontado pelos entrevistados que, para o cuidar efetivo e eficiente, não basta cuidar com domínio técnico e intelectual, é preciso utilizar valores humanos para se relacionar no complexo contexto do cuidado. Os chefes de setor apresentaram o cuidado de um ponto de vista, lançando um olhar gerencial, permitindo trazer indagações que também são problemáticas, com enfoque em questões técnicas, disponibilidade de profissional e logística.

Já os profissionais referência de cuidado, demonstraram outro ângulo de visão acerca do cuidado. Como estes profissionais foram indicados por suas chefias, isso pode sugerir que a forma de eles cuidarem, é vista pelas chefias, como uma possibilidade real de cuidado, em um ambiente rico em conhecimento e tecnologias e carente em relações e valores humanos.

Por fim, constitui uma limitação do estudo, o fato de parte de seus informantes ter sido indicada por representar uma referência de cuidado. Este fato pode ter influenciado nos resultados obtidos que, certamente, seriam diversos entre os funcionários tidos como “problemáticos”. Ainda assim, eles se mostram relevantes, à medida que o objetivo proposto foi atendido, contribuindo assim para a reflexão da prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; CARPES, A. D.; PIOVESAN, C.; HAEFNER, L. S. B.; BUSCHER, A.; LOMBA, L. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia Saúde**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BITENCOURT, D. F. Liderança em enfermagem: vivência de enfermeiros de um hospital do sul de Santa Catarina/SC. *Saúde. com*, Tubarão, n. 9, v. 4, p. 33-42, 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela Terra**. Petrópolis, RJ. Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2012.

CARRARO, T. E. ; KEMPFER, S. S.; SEBOLD, L. F.; ZEFERINO, M. T. Cuidado de Saúde : uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de lós Cuidados**, Granada Espanha, n. 29, p. 89–96, 2011.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 5, p. 1274–1278, 2012.

CHERNICHARO, I. D. M.; SILVA, F. D. D.; FERREIRA, M. D. A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro- RJ, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

COSTA, V. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S.T.A. As relações interpessoais no cuidar do cliente em espaço onco-hematológico: uma contribuição do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 2, p. 209-14, 2012.

DIOGO, P. **Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica**: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar, 2 ed. Loures: Lusodidacta, 2015.

DIOGO, P.; BALTAR, P.; PRUDÊNCIO, A. Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory, **Investigación Cualitativa en Salud**, Portugal-Lisboa, v. 2, p. 1632–1642, 2016.

DUARTE, M. L. C.; THOMAS, J.; OLSCHOWSKY, A. O cuidado em saúde mental na internação psiquiátrica : percepção dos familiares. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 19, n. 1, 129–135, 2014.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.; KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho gerencial dos enfermeiros. In: VALE, E. G, LIMA, J. R, FELLI, V. E. A, Org. **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) – Gestão**. Porto Alegre: Artmed, p. 11-39, 2011.

FRANÇA, L. H. F. P. O envelhecimento populacional e seu reflexo nas organizações: a importância da educação ao longo da vida. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro v. 37, n. 2, p. 49-59, 2011.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, no. 1, p. 106-114, 2011 .

GVOZD, R.; GARCIA, S. D. Teoria tornar-se humano: prática em grupo de pré-aposentadoria. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, n. 6, v. 1, p. 40-49, 2016.

GZVOD, R.; GARCIA, S. D.; HADDAD, M. C. L.; GARCIA, A. B.; SENTONE, A. D. D. Perfil ocupacional de trabalhadores de instituição universitária pública em pré-aposentadoria. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n.1, p. 43-48, 2014.

OLIVEIRA, K. F.; PINHEIRO, F. G. M. S.; COUTINHO, M. S. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem, de um grande serviço de urgência de Sergipe. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 3, n. 3, p. 49-64, 2015.

PEREIRA, A.; Souza da Silva, R.; De Camargo, C. L.; Ribeiro de Oliveira, R. C. Retomando as abordagens do cuidado sensível. **Enfermeria Global**, v. 11, n. 1, p. 343-355, 2012.

PÉREZ, I. C. Z.; GUTIÉRREZ, C. V. O.; SOLIS, M. O. V. Momentos de cuidado según la teoría del Caring . **Waxapa**, Nayarit, n. 9, p. 31-36, 2013.

QUEIRÓS, J. P. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Série IV, n. 5, 2015.

RIBEIRO, G. DA S. R.; SILVA, R. C. DA; FERREIRA, M. DE A. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF: v. 69, n. 5, p. 972-980, 2016.

SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; SILVA, D. C.; SILVA, R. M.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ , v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R.; Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, no. 1, 198-202, 2016.

SILVA, S. S. da.; ASSIS, M. M. A. Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 49, no. 4, p. 603-609, 2015.

SILVA, T. P. D.; SILVA, M. M. D.; ALCANTARA, L. M.; SILVA, Í. R.; LEITE, J. L. Establishing action/interaction strategies for care delivery to hospitalized children with chronic conditions. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, no. 2, p. 279-285, 2015.

VICTOR, A. C. Imagens de liderança em enfermeiros de um hospital escola de Maringá (2003) 159 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual de Londrina. Paraná.

WALDOW VR. **Cuidar como expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WATSON J. Editorial: Investigacion del cuidador humano en enfermeria. **Investig. Enferm. Imagen Desarr**, Bogotá, v. 17, n. 2, p. 9-12, 2015.

ZOBOLI, E. L. C. P; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 3, p. 695-703, 2013.

ESTUDO 2- O CUIDAR NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ELEMENTOS DO PROCESSO *CLINICAL CARITAS* DE JEAN WATSON

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar as concepções e experiências de cuidado expressas por profissionais de Enfermagem, a partir do Processo *Clinical Caritas*, da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de fevereiro a julho de 2016, junto a 23 profissionais indicados pelas chefias de setor, como referência de cuidado. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo modalidade temática. Os resultados apontam para a importância da reflexão da prática da enfermagem e do cuidado para além do domínio de técnicas e tecnologias, o que leva os profissionais a realizarem um cuidado baseado no conhecimento de si, do outro e das relações de cuidado, aproximando-os do cuidado pleno, holístico, complexo, e, portanto, da Teoria do Cuidado Humano. Ao reconhecer nas experiências de cuidado, os elementos do Processo *Clinical Caritas* e o cuidado transpessoal, o estudo aponta para as possibilidades de aplicabilidade e os benefícios desta teoria para o cotidiano do cuidar institucional.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidados de enfermagem, Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

This is an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, whose objective was to analyze the conceptions and experiences of care expressed by nursing professionals from the *Clinical Caritas* Process of Jean Watson's Human Care Theory. Data collection was done through semi-structured interviews, conducted between February and July 2016, together with 23 professionals appointed by the sector heads, as a reference for care. The interviews were recorded in digital media, transcribed in full and submitted to content analysis theme modality. The results point to the importance of reflection on the practice of nursing and care beyond the domain of techniques and technologies, which leads the professionals to perform a care based on the knowledge of

themselves, the other and the care relationships, approaching them Full care, holistic, complex, and therefore Human Care Theory. When recognizing in the care experiences, the elements of the Caritas Clinical Process, and transpersonal care, this study points to the possibilities of applicability and the benefits of this theory to the daily care of the institution.

Key words: Nursing, Nursing care, Nursing theory.

RESUMEN

Trata-se de una investigación exploratoria y descriptiva, de enfoque cualitativo, que tenía como objetivo, análisis de conceptos y experiencias de cuidado de los profesionales de enfermería, a partir de Processo Clinica Caritas, de la Teoria del Cuidado Humano de Jean Watson. A coleta de datos de hoy en día de entrevistas semiestructuradas, realizadas en el período de febrero de 2016, junto a 23 indicadores profesionales de las empresas de sector, como referencia de cuidado. Como entrevistas grabadas en medios digitales, transcritas en índices y sometidas a análisis de contenido modalidad temática. Los resultados aponer para un criterio de reflexión de la práctica de la enfermería y el cuidado para el dominio de técnicas y tecnologías de que los profesionales de los profesionales de un cuidado médico basado en el conocimiento de sí, el otro y las relaciones de cuidado, aproximando-os hacer Cuidado pleno, holístico, complejo y, por tanto, Teoria do Cuidado Humano. Al igual que en las pruebas de cuidado, los elementos de procesamiento Caritas clínicas, el cuidado transpessoal, este estudio para las posibilidades de aplicación y los beneficios de la teoria para el cotidiano del cuidar institucional.

Palabras clave: Enfermería, Cuidados de enfermería, Teoria de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Com vistas a compreender o cuidado, de forma a valorizar suas subjetividades, as décadas de 1950 e 1960 foram movimentadas por uma intensa luta pelo reconhecimento da identidade profissional da enfermagem. Motivando esforços rumo à produção de saberes específicos, que estruturaram conhecimentos e possibilitaram a discussão e o aprimoramento da prática orientada por um cuidado individualizado (FAVERO, PAGLIUCA, LACERDA, 2013).

Nesta constante busca, o cuidado/cuidar se tornou o objeto de trabalho e de pesquisa para múltiplos autores que buscaram associar as práticas de cuidar com as teorias de Enfermagem. No entanto, apenas 4,6% das publicações nacionais são pautados no uso de teorias de enfermagem, de maneira geral (RAIMONDO, FREGADOLI, MÉIR, WALL, LABRONICI, RAIMUNDO-FERRAZ, 2012).

A Teoria do Cuidado Humano foi desenvolvida em 1979 e aprimorada, constantemente, pela enfermeira norte americana Margaret Jean Watson, com o objetivo de trazer um novo significado e dignidade para a enfermagem e para a assistência ao paciente (WATSON, 2007; URRÁ, JANA, GARCIA, 2011).

Desta forma, em 2005, Watson propôs o Processo *Clinical Caritas*, o qual se fundamenta em dez elementos que consideram o ser cuidado como sagrado (integrante do universo e do divino) e, por esse motivo, a pessoa que recebe o cuidado merece ser reconhecido com delicadeza, sensibilidade e amor (WATSON, 2007; FAVERO, PAGLIUCA, LACERDA, 2013; SAVIETO, LEÃO, 2016).

Os dez elementos formadores do processo *Clinical Caritas* são: 1). Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado; 2). Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado; 3). Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego; 4). Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança; 5). Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada; 6). Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição (*healing*); 7). Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro; 8). Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados; 9). Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial” e 10). Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado (WATSON, 2008).

Postula-se que, ao cuidar com base nestes elementos, o cuidado assume uma postura tal que transcende tempo, espaço e matéria do ser cuidado e do profissional, sendo que nesta interação entre profissional e paciente formam um elemento em sintonia, de maneira a favorecer a restauração (*healing*) (URRA, JANA, GARCIA, 2011; SAVIETO, LEÃO, 2016).

Embora as pesquisas que utilizam a Teoria do Cuidado Humano como referencial metodológico sejam desenvolvidas em mais de 29 países ao redor do mundo (WATSON, 2015), no Brasil, este referencial é pouco utilizado. As pesquisas desenvolvidas evidenciam desde o pouco conhecimento e a pouca utilização da teoria no cotidiano do cuidar (SANTOS, BUOSSO, VENDRAMINI, BALIZA, MISKO, SILVA, 2014), até os benefícios para profissionais, pacientes e familiares tanto na atenção básica, (FONSECA, LACERDA,

MAFTUM, 2006), quando no meio hospitalar (SANTOS, BOUSSO, VENDRAMIM, BALIZA, MISKO, 2014).

Diante do exposto, definiu-se como objetivo do estudo: identificar se a forma como o cuidado é realizado no cotidiano mantém alguma relação com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa, que adotou como referencial teórico a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Foi realizada em um Hospital Geral de Ensino que é referência para o atendimento de alta complexidade para Maringá e região da 15^a Regional de Saúde, principalmente, nas áreas de urgência, emergência, gestação de alto risco, cirurgia ortopédica e geral. O hospital possui 123 leitos, oito setores de internamento, e quatro de atendimento, além do Hemocentro e Imaginologia.

Em maio de 2016, possuía um quadro de funcionários composto por 109 enfermeiros, (78 estatutários, 30 credenciados e um celetista) e 186 técnicos de enfermagem, (163 estatutários, 22 credenciados e um celetista). Os participantes deste estudo foram 23 profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem), indicados por suas chefias como referência para o cuidado.

A primeira abordagem aos profissionais ocorreu no próprio setor de trabalho, ocasião em que foram explicitados os objetivos do estudo e tipo de participação desejada. Todos os profissionais aceitaram participar. Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2016, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, por meio de entrevistas, gravadas e realizadas no próprio setor, em local privativo com duração média de 33 minutos.

Durante as entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado para o levantamento de características sócio-demográficas e a seguinte questão norteadora: “Conte-me o que você considera importante no momento do cuidado e relate situações de cuidado que o marcou positiva e negativamente”.

Após terem sido gravadas em mídia digital, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. Esta técnica permite a compreensão das comunicações, o conteúdo manifesto e o latente, as manifestações explícitas ou implícitas, de acordo com as inferências do pesquisador e envolve três

etapas: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial (BARDIN, 2011). Na pré-análise, os relatos foram agrupados, primeiramente, levando-se em consideração as similaridades com os elementos do Processo *Clinical Caritas*, na fase de descrição analítica, os documentos foram submetidos a um estudo aprofundado, incluindo processos de codificação e categorização dos relatos, passando-se então à interpretação inferencial, que consistiu na separação dos excertos por critérios semânticos, ou seja, conteúdos com sentidos congruentes foram reagrupados.

Este estudo foi realizado considerando os preceitos éticos e legais regulamentados pela Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, após ser autorizado pela Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas (COREA), do Hospital Universitário Regional de Maringá, e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Todos os participantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Para preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados genericamente pelas iniciais de sua categoria profissional: ERC; enfermeiro referencia de cuidado, TRC; técnico de enfermagem referencia de cuidado, seguido pelos anos de atuação na profissão.

RESULTADOS

Os 23 profissionais em estudo, atuavam em diferentes setores e turnos de trabalho. Apenas dois deles eram homens (um enfermeiro e um técnico de enfermagem). Mais da metade deles (14) possuem mais de 40 anos. Todos possuem mais de 10 anos dedicados à profissão, sendo que um deles trabalha na área há 33 anos. Com relação à escolaridade, os 11 profissionais contratados como técnicos de enfermagem possuem alguma graduação, sendo sete na enfermagem, nove eram especialistas e uma era doutoranda. Dos 15 enfermeiros chefes, seis eram especialistas e nove mestres.

Da análise do material coletado, emergiram três categorias, descritas a seguir.

Modos de cuidar, valores humanos e sentimentos relacionados ao cuidado

Nesta categoria, foram agrupados os relatos nos quais os profissionais fazem referência a algumas premissas importantes para a realização do cuidado. Nos relatos a

seguir, observou-se que a busca pelo conhecimento é impulsionada pela expectativa de prestar um bom cuidado ao paciente.

*Acredito que para prestar um bom cuidado, primeiramente você tem que ter conhecimento, buscar o conhecimento ... Mas, para ter este conhecimento, eu tenho que gostar, amar o que faço, porque uma coisa está aliada à outra (ERC, 23 a). **Elementos 6 e 10.***

*Tem um padrão daquilo que deve ser feito para o paciente e deve respeitar aquilo, por exemplo a prescrição médica...mas eu acho que aquela prescrição só tem como se cumprir quando se conhece o paciente, é só a partir do momento que eu conheço o paciente, que vejo quem ele é, como ele está, só a partir daí, é que eu vou poder prestar o cuidado de enfermagem, que eu vou saber do que ele realmente precisa. (ERC, 14 a). **Elementos 6 e 9.***

*Com criança, por exemplo, é se colocar no lugarzinho dela, eu gosto de trazer uma lembrancinha, elas ficam felizes, porque sabem que você se lembrou deles durante o seu dia, elas se sentem bem importantes, é coisa de criança, mas é bom. A gente tem criança, sabe como é. (ERC, 11a). **Elementos 5 e 6***

Em alguns relatos, foi possível perceber que os profissionais, ao fazerem uso da sensibilidade, estendem o cuidado para além do paciente e incluem em sua prática, a preocupação e o cuidado às famílias.

*Tem horas que o profissional quer que eu libere a chupeta na UTI-Neo, e eu penso, meu Deus [ênfase], não seria muito melhor trazer a mãe deste bebê para a UTI? Para ela acalantar ele, porque privar isso deles, como que eu vou tirar esta oportunidade deles? Então eu avalio, o que é melhor agora? Quando dá, trago a mãe. (ERC, 17 a). **Elementos 1, 4, 5, 6 e 9.***

*Com o tempo e conhecimento, eu consegui entender que esse comportamento algumas vezes agressivo da mãe, não era direcionado para mim, mas que, na verdade, eu era uma estranha e tinha que ganhar a confiança daquela mãe, porque ela estava ali, cuidando do filho doente, entendi que eu não precisava ficar ofendida por conta daquele comportamento, e percebi que as coisas quando são feitas assim, fluem melhor. (ERC, 26 a). **Elementos 1, 4, 5, 6, 9 e 10.***

*Aqui na Neo, é incrível, tem bebezinho que, quando a mãe vem mais, a recuperação é diferente, reagem mais, é incrível. A forma como a mãe trata, cuida, influencia no estado do neném, eles reagem de forma diferente, então a gente procura isso, deixar a mãe aqui (TRC, 22 a). **Elementos 2, 6, 8 e 9.***

*[Sobre o Protocolo de Morte Encefálica] Eu começo a abordagem à família em um momento que eles estão literalmente destruídos, mas sentamos todos para discutir e tem um acolhimento familiar muito bom, e as famílias acabam ficando mais seguras[silêncio]manter a família segura, informada, acolhida, sempre ajuda lá na frente no processo de doação e, no final, eles nos agradecem, pela oportunidade de manter parte do seu ente vivo, ficam em paz. (ERC, 11 a). **Elementos 4, 5, 7 e 9.***

Nestes relatos, observa-se que o profissional está ciente da importância do conhecimento, mas, ao mesmo tempo, demonstram preocupação em conhecer o outro. E, ao colocar-se a disposição para conhecer o outro, assume uma forma de cuidar com interesse, responsabilidade e compromisso.

Apontaram a importância do autoconhecimento e do cuidado de si para o cotidiano do cuidado, demonstrando assim, consciência da influência destes fatores no cuidado:

*Eu tento ficar bem, procuro arejar a minha cabeça, cuidar de mim, porque não tem como você tratar bem o outro se nem de você mesmo você cuida, cuido da minha vida pessoal, profissional, cuido de mim para poder cuidar do outro, estou sempre de bem comigo (TRC, 26 a). **Elementos 1, 8 e 10.***

*Tem vezes que não estou bem, que as coisas no setor não andam bem, então [silêncio] vejo que tem muito conflito, que estamos nos encrascando muito, isso reflete no cuidado, fica um clima ruim, aí penso, [silêncio] e vou procurar ajuda profissional. (TRC, 26 a). **Elementos 2, 8 e 10.***

*Nossa! (ênfase), acontece às vezes, estamos com o corpo dolorido, cansado, uma tensão no ar, não sabe o porquê, vai pensar o que aconteceu, [suspiro] a gente vê que é quando tem estes casos de óbito sabe, que tira as energias e deixa a gente cansada, [pausa] vamos, fazemos uma oração para melhorar (TRC, 22 a). **Elementos 2, 3, 6, 8 e 10.***

Ainda, reconhecem a importância de refletir sobre as próprias ações de cuidado:

*Às vezes, você não tem noção do quanto você vai impactar na vida da pessoa, e depois de muito tempo, você descobre que alguém se inspirou em mim para escolher ser enfermeira [silêncio] então [silêncio] eu sempre me polio [risos]. (ERC, 26 a). **Elementos 7 e 10.***

Conforme os relatos apresentados, é possível perceber que os atendimentos prestados neste hospital são complexos, o que requer maior tempo dos profissionais de enfermagem durante a prestação da assistência. Ainda assim, é possível inferir que os profissionais se dividem entre um paciente e outro e buscam realizar um cuidado de qualidade.

Estrutura física: impacto sobre os profissionais, pacientes e cuidado

Alguns relatos ratificaram o quanto uma estrutura física inadequada pode influenciar negativamente sobre os profissionais envolvidos no processo de cuidar:

*Aqui na UTI- Adulto as rotinas são muito rígidas, tudo muito sistematizado e organizado, tem medicação todos os horários 14, 16, 18, exame físico, evolução. Alguns colegas reclamam às vezes, porque tem três pacientes para internar, (entendo que também tem paciente para internar lá, no lugar do paciente que vier para cá). Mas aqui, só temos tempo hábil para internar dois, tem Box para lavar, toda a dinâmica e complexidade do setor. Não podemos ferir os princípios, temos técnicas básicas mínimas que não podem ser quebradas, porque se não conseguirmos fazer o básico bem feito [silêncio], aqui, não dá para voltar atrás. (ERC, 19 a). **Elementos 6, 8 e 9.***

*Aqui na GO o espaço é apertado, três camas, três berços e três cadeiras de acompanhante num quarto, a mãe não tem um ambiente dela. De madrugada mesmo, para medicar, pulamos as cadeiras de descanso, não alcançamos um copo de água, aí você acorda o marido para ele te ajudar, isso durante o dia é mais fácil, mas à noite, com eles cansados, é difícil, mal se consegue chegar à mesa de cabeceira delas, aí tem alguns colegas que rejeitam o acompanhante, porque ele acaba atrapalhando o espaço, mas a culpa não é do acompanhante (TRC, 24 a). **Elementos 4, 6 e 8.***

A falta de estrutura, quanto ao espaço, acaba influenciando negativamente também sobre o posicionamento dos profissionais, com os colegas de profissão, com os próprios pacientes e familiares, refletindo em um cuidado inadequado:

*Quando morre um bebe, [suspiro] não temos um local para conversar com esta mãe, esta família [pausa emocionada], eles ficam aqui, a mãe [tom de voz choroso] muitas das vezes, nem havia segurado o bebê, e quer segurar, quer ninar, e faz isso aqui, exposta sabe, no meio de todos. (TRC, 22 a). **Elementos 1, 5, 8 e 9.***

*Este é o caso de uma haitiana [silêncio], em puerpério imediato, que teve infecção da ferida e tinha que internar, mas não tinha com quem deixar a criança, e nem tinha como separar este binômio, não tinha outra possibilidade de deixar esta criança se não fosse com a mãe, no hospital. Queriam deixar a criança com o pai, trazer de tempos em tempos para amamentar. E eu disse [ênfase]:- Vai ficar todo mundo, essa criança tem que ficar aqui. E ficaram todos, pai, mãe e criança. Depois conversamos com a medicina, para internarem a criança, para poderem ficar juntas. (ERC, 11 a). **Elementos 1, 4, 6,7, 8 e 9.***

Estes relatos representam um alerta aos profissionais, para que percebam que apesar da estrutura física, o olhar voltado para o indivíduo e suas particularidades devem ser levados em consideração no cotidiano do cuidado.

*Um paciente na sala de emergência que marcou muito, porque foi encontrado caído na rua, às 06h da manhã, foi Intubando, e ficou essa questão do diagnóstico aberta, é Acidente Vascular Cerebral isquêmico? Não é? [suspiro]. Quando eu cheguei às 19h para pegar plantão estava ainda esta dúvida e me passaram no plantão que ele ia me dar trabalho [silêncio] e ele começou a acordar [...]conseguimos extubar. E eu investi nesse paciente. Mesmo depois do que me disseram, mexi com ele, acordei ele, dei café, e quando foi 21h, eu liguei para o filho dele, ele ganhou alta da sala de emergência para casa [emoção] fiquei super feliz, nunca vi isso de ir de alta da sala de emergência para casa[silêncio]. (ERC, 14 anos) **Elementos 1, 2, 4, 5,6, 8, 9.***

No relato anterior, o enfermeiro assume a postura de cuidador e consegue, juntamente com a equipe, acordar e estabilizar um paciente que há mais de 12 horas estava entubado. Percebeu-se então, que, ao enxergar o paciente e o avaliar de maneira individual, foi possível adotar uma postura perante o seu cuidado e lograr resultados que poucos acreditariam como possíveis.

Valorização do ser humano: atitudes para mudar a realidade do cuidado

A valorização do paciente, de si e do coletivo foram relatadas como importante postura frente à complexa realidade do contexto do cuidar:

*Eu já estava saindo, me contaram a história do paciente no corredor, ele estava quase 12 horas rodando na cidade para passar uma sonda vesical, por conta de uma hipertrofia de próstata, [suspiro, silêncio] eu voltei [...], me coloco no lugar dos pacientes, passei a sonda, foi até rápido, era só passar uma sonda (TRC, 22 a). **Elementos 1,4, 5, 6,8 e 9.***

*Teve uma paciente muito difícil, [silêncio] que chegou a um ponto que só eu e meu colega nos dispúnhamos a cuidar dela, por muito tempo, de tão na defensiva que ela ficava. Então, com o tempo, começamos a brincar entre nós, a fazer brincadeiras e ela foi começando, começou a rir, soltou um sorriso e por aí afora, e começamos a brincar com ela também, e foi assim que conseguimos conquistar ela [silêncio]. (TRC, 21 a). **Elementos 3,4, 5, 6, 7 e 8.***

*Porque eu não o via e, na verdade, a gente não poderia ver ele como um presidiário, mas como um paciente comum, a gente não sabe o que ele passou, e a gente não pode ficar julgando [silêncio] (TRC, 21 a). **Elementos1, 4 e 5.***

*Penso que temos que oferecer para o paciente o que queríamos que oferecessem para você, desde conforto, respeito, toque [silêncio], coisas que não tem disponível no setor sabe, [...]. Não é difícil, poderíamos ter grupos para discutir as dificuldades, entender, saber o que acontece em cada setor (TRC, 19 a). **Elementos1, 4, 5, 6 e 8.***

Ao comportarem-se de maneira criativa, valorizando o paciente, fazendo de si uma ferramenta de cuidado, o profissional permite aliar ao processo do cuidado, a ciência e a arte, a intuição e o querer, acreditando na melhoria e no bem estar do outro. Desta forma, o profissional tem em mãos a capacidade de conduzir, melhorar e restaurar a saúde e quiçá, o destino do outro.

Teve sim, um paciente que era uma tentativa de suicídio [suspiro] que no início, muito agressivo, muito na defensiva, sempre dizia que ia se matar, se eu ficasse tentando cuidar dele, que ia me matar [silêncio], passados os dias, eu sempre do lado dele, cuidando, ajudando, ou só mesmo ali, ele melhorou, me agradeceu e me disse:- Graças

a você, ao que você fez por mim, eu não morri e agora vou buscar tentar viver muito bem muitos anos da minha vida (ERC, 18 a). Elementos 1, 2, 4, 5,8 e 9.

Só o fato de eu acordar todos os dias e ter para onde vir, saber que Deus está me abençoando, eu já tenho um propósito de cada dia fazer melhor [pausa longa], às vezes o paciente está poliqueixoso, mas só quer um pouco de atenção, você fala um 'bom dia', dá um sorriso e ele já melhora. (ERC, 22 a). Elementos 1, 2, 3, 4, 5,6 e 9.

Alguns relatos demonstraram, ainda, a importância da humanização da assistência de enfermagem, no sentido da valorização do profissional, humanizando o serviço para a equipe:

Sou a referência para curativos, tenho autonomia, avalio, estabeleço o produto, converso com o cirurgião, o médico. Apesar de ser corrido é muito bom. Saio daqui da UTI às 17h, porque sei que às 18h tenho medicação para administrar, venho fora do horário, principalmente à noite, mas quando se vê o resultado, que eu fiz a diferença, a confiança que todos depositam em mim [silêncio, suspiro] (ERC, 19 a). Elementos 1 e 9.

Sim, tem sim o profissional que é descomprometido, mas, é muita correria, e vira uma bola de neve, poderíamos sentar, conversar, porque às vezes problemas pequenos acabam desestabilizando o setor e até entre setores[silêncio]. Poderíamos dar boas-vindas aos acadêmicos, ir de vez em quando conhecer a realidade de outro setor, desta forma, entenderíamos quando há atraso, quando não funcionou, ou não passou a sonda (TRC, 17 a). Elementos 1, 5, 7 e 10.

É muito bom ser valorizado, ainda mais nós que trabalhamos à noite, que pouco somos vistos, às vezes a gente se sente até invisível, agora com a indicação, percebo que sou muito importante (ERC, 11 a). Elemento 2

Ser reconhecida por realizar meu trabalho, que honra, porque nesta correria, são poucos os reconhecimentos (ERC, 23 a). Elemento 5

[Olhos marejados] Fiquei muito contente, em saber que as pessoas reconhecem, então, é um sentimento muito bom, ser reconhecido e ser valorizado, é muito bom. [Risos]. Entendo que quando nos sentimos valorizados, trabalhamos melhor, porque percebemos que somos exemplo (ERC, 11 a). Elementos 5 e 10.

Observa-se que a valorização do profissional, de maneira individual e de maneira coletiva, não somente em nível hierárquico e por parte das chefias, mas entre os colegas, foi apontado, muitas vezes, pelos participantes deste estudo, o que significa aparentemente que eles necessitam sentir-se valorizados, pois isto serve de estímulo para continuarem e até mesmo melhorarem seus modos de cuidar.

Os profissionais relataram situações e ações que nos permitem refletir e acreditar que, diante da realidade das dificuldades enfrentadas no cotidiano do cuidado, é possível adotar posturas que minimizam o sofrimento dos pacientes e dos profissionais.

DISCUSSÃO

Os elementos do Processo *Clinical Caritas* foram desvelados nas experiências relatadas pelos profissionais, o que demonstrou que o cotidiano do cuidar destes profissionais guarda relação com a Teoria do Cuidado humano. Os profissionais em estudo, portanto, possuem características *cáritas*, como: atuar com respeito perante si e o outro, atuar com consciência e intencionalidade do cuidado, o que guia o comportamento ético-moral do cuidado ideal além de estabelecer a intencionalidade do cuidado com cada paciente (WATSON, 2008).

Nos relatos que integram a primeira categoria e que abordam os modos de cuidar os elementos do PCC, mais presentes foram: 4, 6, 8, 9, pois são pautados em valores humanos, como respeito, compaixão, altruísmo, empatia, alteridade, confiança e ética. Os quais conservam características pertinentes à relação de ajuda e confiança, além da possibilidade de usar-se de forma criativa na prática do cuidar, construindo um ambiente restaurador e assistindo de maneira respeitosa as necessidades dos pacientes com consciência.

Para a enfermagem, o cuidado pautado nos valores humanos e no amor pode adquirir conotações negativas como a de subserviência, pena, “caridade” ou esmola humana, depreciativos, portanto. No entanto, estudos vêm demonstrando que estas são características essenciais para a realização das práticas de enfermagem (SANTOS, SILVA, MISKO, POLES, BOUSSO, 2013). Por meio das quais, o profissional de enfermagem conecta-se ao cuidado do outro e consigo, e sustenta uma relação de respeito, entendendo as particularidades e os tempos dos pacientes (GOMES, SILVA, LACERDA, MAZZA, MÉIER, MERCÊS, 2013; GOMES, 2014).

Além de apontarem um cuidado de qualidade aos pacientes, os profissionais também assumiram a importância da família como integrante no processo do cuidado e recuperação do paciente e como aliada da equipe. Esta postura corrobora com os resultados de um estudo realizado numa UTI-Neonatal, os quais demonstraram a importância de a equipe encorajar as mães a assumirem gradativamente o cuidado com os filhos internados (SOARES, ROCHA, HIGARASHI, MARCON, MOLINA, 2016).

A valorização do paciente e da família é referida como sendo significativa para estes profissionais. Neste sentido, estudo realizado na Colômbia associou o uso da Teoria do Cuidado ao empoderamento e à valorização de profissionais, pacientes e

familiares. Sendo necessário para tal que os próprios profissionais repensem acerca de si e de seu papel, a fim de adquirirem a consciência do cuidado (CASTAÑEDA, OROZCO, RINCÓN, 2015). Pesquisas que estimulam o enfoque integrado e dinâmico do cuidado centrado na família vêm sendo discutidas nos Estados Unidos e Europa desde 2000. No entanto, as dificuldades apresentadas por estas encontram-se, sobretudo, na formação profissional para trabalhar de maneira a valorizar os familiares e cuidadores, e na operacionalização e sistematização de uma abordagem centrada na família (CANGA, ESANDI, 2016). No Brasil, estas dificuldades também estão presentes, porém ainda assim iniciativas estão sendo realizadas, sobretudo em UTI-neonatal e pediátrica (BALBINO, MESCHINI, BALIEIRO, MANDETTA, 2016).

Nesse contexto, estudo realizado em Santa Catarina, utilizando a teoria de Watson, aponta que a falta de motivação por parte da instituição é uma das principais dificuldades em fazer uso da Teoria do Cuidado Humano na prática do cuidar, embora haja consenso entre os pesquisados sobre a valorização do profissional por parte da teoria (SANTOS, BOUSSO, VENDRAMINI, BALISCA, MISKO, SILVA, 2014). Outras dificuldades estão relacionadas principalmente a algumas fragilidades da estrutura física e à falta de contingente profissional (BALBINO, MESCHINI, BALIEIRO, MANDETTA, 2016).

O cuidado apontado pelos participantes, também guarda relação com o elemento 3, quando fazem referência à importância do cuidar-se e de estar bem consigo para desenvolver um bom cuidado. Para Watson, este *Caritas Process* retoma o primeiro elemento, levando naturalmente a uma prática espiritual que se torna transpessoal (WATSON, 2008).

Evidenciado como um cuidado que transcende as questões da boa saúde ou do equilíbrio emocional no trabalho, ao cuidar de si, o profissional passa a refletir sobre si, sua situação de vida e como isso repercute em sua forma de agir com o outro (SILVA, TERRA, FREITAS, ELY, MOSTARDEIRO, 2013). Desta forma, cuidar-se influencia positivamente na saúde dos trabalhadores, em seus relacionamentos interpessoais e em seus processos de trabalho e de cuidado (FERREIRA, SOUZA, SOUZA, TAVARES, 2015).

Na categoria referente ao ambiente e a sua influência nos modos de cuidar, os elementos *cáritas* mais presentes foram: 1, 6, 8 e 9, os quais fazem menção à criatividade, ao uso criativo de si e do outro para a prática do cuidado, além da

intencionalidade com o cuidado. Neste sentido, no elemento 1, a teorista versa sobre a necessidade de o profissional estar presente de maneira genuína com o paciente; no elemento 6, sobre as possibilidades do uso de outras formas de cuidado, como o toque terapêutico enquanto que, no elemento 9, o profissional deve dar-se conta das necessidades não somente do corpo físico, mas também do espírito. (WATSON, 2008).

Com relação ao elemento 8, alguns desafios apontados nos relatos, como deficiência na estrutura física, superlotação de alguns setores, complexidade dos atendimentos, além da dificuldade em estabelecer uma postura empática por parte de alguns colegas de trabalho, constituem fragilidades impostas pelo cotidiano e que, muitas vezes, influenciam na execução do cuidado.

Percebe-se com isto, que o cuidado de enfermagem está envolvido num campo energético, motivado por uma disponibilidade interna genuína do enfermeiro, que poderá criar condições favoráveis ao restabelecimento de saúde, enquanto a indisponibilidade interna para o ato de cuidar desfavorece a recuperação de pacientes (BORGES, SANTOS, 2013).

Ressalta-se que o ambiente de cuidado transcende para além da estrutura física. Resulta de atitudes dos profissionais para manter, promover e recuperar a saúde (WATSON, 2008), como o uso de musicoterapia e comunicação/ educação sobre o procedimento cirúrgico no pré-operatório, para a diminuição da ansiedade do paciente (AMORIM, ARREGUY-SENA, ALVES, SALIMENA, 2014). Também sendo recurso para a diminuição do estresse profissional, auxiliando-o a retomar suas condições psíquicas e retornar ao trabalho (FORTE, TROMBETA, PIRES, GELBCKE, LINO, 2014), demonstrando que há propostas alternativas que auxiliam na melhora do ambiente no cotidiano do cuidado.

Percebe-se ainda que, também a postura empática adotada pelos profissionais, aliada à criatividade, pode ser capaz de influenciar o cuidado, podendo provocar mudança em um ambiente desfavorável a fim de atender as necessidades físicas, mentais e emocionais dos indivíduos (FORMIGA, 2012, SAVIETO; LEAO, 2016).

A Teoria de Watson também versa sobre a importância de os profissionais atentarem-se às necessidades humanas, considerando as particularidades de quem é cuidado, ao agir com consciência de cuidado intencional, o profissional potencializa o alinhamento da mente-corpo e espírito do paciente (WATSON, 2008).

O mesmo é aludido pela Política Nacional de Humanização (PNH), cujo texto faz referência à formação de profissionais criativos que consigam conciliar o uso do conhecimento técnico, científico e postura ética, respeitando a individualidade de cada usuário, como meio de inovação na prática de saúde. Versa ainda sobre a diminuição do isolamento e da hierarquização nas relações de cuidado, com ampliação da comunicação e do contato entre as pessoas (BRASIL, 2006).

Já, na terceira categoria que aborda a valorização do ser humano para lograr uma mudança na realidade do cuidar, foram destacados os elementos: 1, 2, 4, e 5. Watson ressalta que, mediante a valorização do 1º elemento, é possível realizar o cuidado reconstrutor do 2º, é possível, para fortalecer o paciente, por meio do incentivo da fé e esperança, enquanto que o elemento 4º é essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança, e, por fim, mediante o exercício do 5º elemento, o profissional é capaz de fortalecer o paciente ao apoiar a expressão de sentimentos positivos ou negativos (WATSON, 2008).

Ressalta-se que os participantes trabalham inseridos em um contexto de dualidade, pois buscam promover/restaurar a saúde exercendo suas funções em um ambiente propenso a produzir doenças em si. Os relatos revelaram que os profissionais valorizam e buscam atender não somente as necessidades humanas básicas, dos pacientes, mas também as de ordem psicológica e espirituais.

Este agir por intermédio de uma relação de genuína ajuda-confiança faz com que se crie um ambiente facilitador das relações humanas, necessárias para o desenvolvimento do cuidado (ESPÍRITO SANTO, GOMES, DE OLIVEIRA, MUNHEN, DE PONTES, COSTA, 2013).

Observou-se que os participantes buscam realizar o cuidado que prioriza a valorização dos pacientes, evidenciando-se que estabelecem uma conexão com os pacientes enquanto ser humano, além de citarem a família como importante peça do quebra-cabeça do cuidado. Da mesma forma, consta na literatura a valorização da humanização do cuidado ao paciente e aos usuários, (BARBOSA, MENEGUI, SILVA, MORENO, 2013), mas ainda são incipientes as pesquisas que versam sobre a valorização dos profissionais.

Percebeu-se, em alguns momentos, que os participantes se reportam à necessidade de voltar o olhar para a espiritualidade deles próprios, sendo então, uma abordagem imperativa de ser trabalhada e praticada mais frequentemente no âmbito

hospitalar. Além disso, seus relatos pontuam a importância da valorização do profissional, muitas vezes, deixada de lado.

Ressalta-se que abordar a espiritualidade no cotidiano do cuidado é pouco comum, sendo mais evidente nos processos de morte e morrer que demonstram inúmeros benefícios e melhorias para os envolvidos (TAYLOR, PETERSEN, OYEDELE, HAASE, 2015).

Embora não haja um programa de valorização da espiritualidade na instituição, os entrevistados revelaram a relevância da própria espiritualidade e, ao agir desta forma, apontaram que é possível adquirir ferramentas para lidar com o sofrimento advindo do ato do cuidado. Assim, diminuem o estresse e melhoram o enfrentamento no cotidiano de atuação.

Encontrar os elementos do Processo *Clinical Caritas* nos relatos sobre o cotidiano do cuidado em ambiente hospitalar demonstrou possibilidades de uso e aplicação de um cuidado pautado na Teoria do Cuidado Humano. Foi possível desmistificar as dificuldades em realizar o processo de cuidar, resgatar valores humanos, o cuidado sensível, a gentileza e a bondade, logrando estabelecer um ambiente de cuidado intencional e consciente.

Os profissionais em estudo buscam realizar um cuidado diferenciado, o qual Watson denomina de cuidado transpessoal, pautado na consciência do ato de cuidar, de forma que se potencializem a cura e a integridade do paciente (FAVERO, MAZZA, LACERDA, 2012).

Mesmo que desconhecendo o conceito de cuidado transpessoal e seus preceitos, é possível aludir que eles estão conscientes do seu papel enquanto ser de cuidado, e esta postura permite que eles se acerquem e deem atenção devida aos pacientes, mesmo em meios às adversidades dos setores.

Estudo que realizou a tradução e a validação de um instrumento de medição do Cuidado Transpessoal da Teoria do Cuidado Humano demonstrou que é possível avaliar, dimensionar e aplicar um escore ao Cuidado Transpessoal na prática mediante o uso de duas escalas. Revelou ainda, que as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, em realizarem este cuidado relacionam-se às próprias crenças e às normas rígidas das instituições. Como potencialidades os maiores valores estão para possibilidade de acercarem-se dos pacientes mediante o diálogo, relação interpessoal e

do cuidado centrado no indivíduo (POBLETE-TRONCOSO, VALENZUELA-SUAZO, MERINO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostraram que, no cotidiano, os profissionais em estudo desenvolvem um cuidado que guarda relação com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, pois a maioria dos elementos do Processo *Clinical Caritas* podem ser identificados em sua prática. Por conseguinte, são profissionais de enfermagem *cáritas*.

Interessante que, a despeito de algumas fragilidades relacionadas à estrutura física e falta de contingente de trabalhadores, os profissionais realizam um cuidado pautado em valores humanos como o respeito, responsabilidade, ética e amor, ressaltando a valorização de si, do paciente e de seus familiares. Desta forma, colocam em prática, o cuidado transpessoal.

Contudo, os resultados evidenciam alguns aspectos preocupantes, como o sentimento de desvalorização percebido por alguns profissionais, de um lado, e do outro, a pouca utilização do cuidado de si. Este fato aponta para a necessidade de pesquisas e intervenções que possibilitem a adoção de condutas de cuidado de si por parte dos profissionais e de valorização destes por parte da instituição.

As contribuições deste estudo estão em demonstrar que é possível a articulação da Teoria do Cuidado Humano à prática dos profissionais de enfermagem em todos os setores do hospital, e isto pode fortalecer o processo do cuidado.

Partindo deste exercício intelectual de aproximação com a Teoria, conhecimento dos participantes e dos seus modos de cuidar mediante a análise das falas e tendo como base este referencial, sugere-se como proposta para nova pesquisa a possibilidade de elaboração/ adaptação sistemática de instrumentos de cuidado baseados na teoria do Cuidado Humano, sobretudo pela verificação dos benefícios para os envolvidos.

Por fim, devido às escassas pesquisas relacionando a teoria do Cuidado Humano, e a valorização dos profissionais, propõe-se a realização de estudos que contribuam para melhoria dos processos de cuidado priorizando a percepção destes.

Como limitações desta pesquisa, destaca-se que os participantes foram indicados por suas chefias como referências de cuidado e que, associado ao pequeno número frente ao total de profissionais da instituição, as características identificadas,

possivelmente não refletem a realidade de cuidado no hospital pesquisado. Apesar disto, acredita-se que, ao solicitar às chefias de setor, a indicação de profissionais que fossem referência de cuidado, todas, mesmo sem conhecimento da teoria em questão, apontaram para profissionais com perfil *cáritas*, demonstrando que o cuidado transpessoal seria uma possível solução para os infortúnios do cotidiano do cuidar.

REFERENCIAS

AMORIM, T. V.; ARREGUY-SENA, C.; ALVES, M. S.; SALIMENA, A. M. O. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 4, p. 568-574, 2014 .

BALBINO, F. S.; MESCHINI, G. F. G.; BALIEIRO, M. M. F. G.; MANDETTA, M. A. (2016). Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 84–92, 2016.

BARBOSA, G.C.; MENEGUI, S.; LIMA, S.A.M.; V. MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde : revisão integrativa. **Rev Bras Enferm, Brasília** v.66, n. 1,p. 123–127, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BORGES, M. S.; SANTOS, D. S. O campo de Cuidar: uma abordagem quântica e transpessoal do cuidado de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, n. 12, v.3, p. 606-611, 2013.

CANGA, A.; ESANDI, N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. **An. Sist. Sanit. Navar**, Navarra, v. 39, n. 2, 2016.

CASTAÑEDA, C. R.; OROZCO, M. J.; RINCÓN, G. P. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. **Hacia promoc. Salu**, v. 20, no. 1, p. 13-34, 2015.

ESPÍRITO SANTO, C. C.; GOMES, A. M. T.; DE OLIVEIRA, D. C.; MUNHEN, A. P.; DE PONTES, É. I. D. S.; DA COSTA, C. P. M. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 18, n.2, p. 372-8, 2013.

FAVERO, L.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, SP, v.25, n.4, p.490-6, 2012.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v.47, n.2, p. 500-5, 2013.

FERREIRA, E. S.; SOUZA, M. B. DE.; SOUZA, N. V. D. DE O.; TAVARES, K. F. A. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem / The importance of self-care for nursing Professional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.14, n.1, p. 233-60, 2015.

FONSECA, A. L. N.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.11, n.1, p. 7-15, 2006.

FORMIGA, N. S. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre o cosntructo psicológico em diversas áreas científicas. [internet]. Porto (Portugal), 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf>. Acesso em: 12 ago 2016.

FORTE, E. C. N.; TROMBETTA, A.P.; DE PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L. LINO, M. M. Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 604-11, 2014.

GOMES, I. M.; SILVA, D. I.; LACERDA, M. R.; MAZZA, V. A.; MÉIER, M. J.; MERCÊS, N. N. A. Jean Watson's Theory of Transpersonal Caring in nursing home care to children: a reflection. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro , v.17, n.3, p. 555-61, 2013.

GOMES, A. M. T.; Editorial O cuidado de enfermagem como presença significativa : uma interseção entre a criatividade e a tecnologia. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.733-4, 2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

POBLETE-TRONCOSO, M. de C.; VALENZUELA-SUAZO, S. V.; Merino, J. M. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson, **Aquichan** , Chia, Colombia, v.12, no, 1p. 8–21, 2012.

RAIMONDO, M. L.; FEGADOLI, D.; MÉIER, M. J.; WALL, M. L.; LABRONICI, L. M.; RAIMONDO-FERRAZ, M. I. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, v. 65, n. 3, p. 529-534, 2012.

SANTOS, M. R.; BOUSSO, R. S.; VENDRAMIM, P.; BALIZA, M. F.; MISKO, M. D.; SILVA, L. A prática do cuidado do enfermeiro com famílias de criança à luz de Jean Watson. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48(esp), p.82-8, 2014.

SANTOS, M. R.; SILVA, L.; MISKO, M. D.; POLES, K.;BOUSSO, R. S. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n.3, p. 646-53, 2013.

SAVIETO, R. M.; LEAO, E. R. Reflexão sobre a teoria de Watson e empatia. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n.1, p. 198-202, 2016.

SILVA, A. A.; TERRA, M. G.; FREITAS, F. F.; ELY, G. Z.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S. Cuidado de si sob a percepção dos profissionais de enfermagem em saúde mental. **Rev Rene**, Fortaleza, v.14, n.6, p.1092-102. 2013.

SOARES, L. G.; ROSA, N.da M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S.; MOLINA, R. C. M.. UTI pediátrica: o significado do cuidar na perspectiva da mãe. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3110–3124, 2015.

TAYLOR, E. J.; PETERSEN, C.; OYEDELE, O.; HAASE, J. Spirituality and Spiritual Care of Adolescents and Young Adults with Cancer. **In *Seminars in oncology nursing***, v. 31, n.3, p. 227-241, 2015.

SWINTON, M.; GIACOMINI, M.; TOLEDO, F.; ROSE, T.; HANDBRECKENRIDGE, T.; BOYLE, A.; COOK, D. Experiences and Expressions of Spirituality At the End of Life in the Intensive Care Unit. ***American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine***, 2016.

URRA, E. A.; JANA, A. M. GARCÍA V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. **Ciencia y Enfermería** v. 17, no. 3,p. 11-22, 2011.

WATSON, J. Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experiences: carative factors. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.1, 2007. p. 129- 135.

WATSON, J. Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. **Creative nursing**, v.14, no.2, p. 54, 2008. <http://doi.org/10.1891/1078-4535>

WATSON. J. EDITORIAL: Investigacion del cuidado humano en enfermeria. **Investig. Enferm. Imagen Desarr**, v.17, no. 2,p. 9-12, 2015.

7. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO

Iniciar a caminhada rumo à erudição das necessidades de cuidado/cuidado humano, com base em reflexões acerca das experiências de (des) cuidado e, posteriormente, aplicar estas inquietações para o cenário científico mediante a pesquisa, sendo possível constatar que minhas aflições são compartilhadas por outros profissionais foi uma experiência ímpar. Assim, acalentar a minha alma, não se resumiu apenas em uma tarefa egoísta, pois, ao final, respondeu às expectativas de vários profissionais, de uma instituição e quiçá do cotidiano vivido pela Enfermagem. Desta forma, assim como apontado pela autora da Teoria do Cuidado Humano, o humanismo ensina-nos a ser humanos através da nossa identificação com os outros.

Inserida no contexto do cuidar, de forma indireta, enquanto pesquisadora, adquirei outras lentes, e apreendi outras possibilidades do complexo relacionado ao processo do cuidado/cuidado humano. Esta fase me amadureceu conceitos e premissas acerca do cuidar e me abriu novas possibilidades, dificuldades e fortalezas do cuidado, apontou as limitações individuais e esforços solitários, às vezes, coletivos outras, para a manutenção e melhoria do cuidado/cuidado humano.

Estar imersa neste cenário de cuidado, e agora fertilizada de 38 novas diferentes formas de pensar, saber e fazer o cuidado, permitiu-me crescer e aquietar minhas aflições, pois percebi que cada pessoa, munida de sua história de vida, busca seu melhor modo de cuidar e partilha de dificuldades impostas por si e sobre si, mas se esforçam para melhorar a cada dia.

Foi possível captar nas falas dos participantes, as vivências que, para eles, naquele momento, melhor exemplificaram seus modos de cuidar, sendo que, ao refletirem o seu cotidiano de cuidado, apontaram os valores humanos como altruísmo, alteridade, bondade, benevolência, perseverança, respeito, responsabilidade, além de sentimentos intensos relacionados ao cuidado, como amor, alegria, carinho, compaixão, docilidade, empatia, entre outros.

Trabalhar, nesta pesquisa, com a Teoria do Cuidado Humano e descobrir no cotidiano do cuidado, o cuidado transpessoal e que este cuidado foi a resposta para a pergunta acerca das fragilidades relacionadas ao cuidado, evidencia, sem dúvida, o postulado Jean Watson, de que o cuidado transpessoal é a resposta ao pedido de socorro tanto de pacientes quanto de profissionais neste tempo de pós-modernidade.

A família foi destacada por estes profissionais, como parte integrante do cuidado, com a qual se preocupam em seu cotidiano, reconhecendo a importância da família para o paciente e do paciente para família, sendo essa é, algumas vezes aliada e cúmplice para a implementação e possibilidade de execução do cuidado.

Os resultados foram discutidos, de forma a fortalecer o sensível do cuidado, visibilizando e descomplicando as práticas de cuidar/cuidado baseadas no sensível, no transpessoal, demonstrando, as possibilidades de cuidar transpessoalmente em todos os setores do local da pesquisa.

No entanto, os achados deste trabalho permitem dizer que muitas são as fragilidades relacionadas ao processo de cuidar, e a característica que não se pode controlar ou mesmo interferir é a da estrutura física e os modelos de contratação. Ainda assim, percebe-se muito esforço, dedicação e comprometimento dos profissionais entrevistados, para minimizar os riscos para os pacientes relacionados às demais características/ determinantes do cuidado.

Um dos pontos chaves que demonstra esta preocupação, é o reconhecimento de si enquanto ser de cuidado, reconhecer-se e identificar-se como sendo a pessoa mais próxima e que mais possibilidades pode trazer e fazer em benefício dos pacientes, um elo entre o paciente e os demais membros da equipe inter/ multidisciplinar, além da certeza de sua importância para o processo do cuidar.

Um novo olhar acerca do cuidado e da Enfermagem, hoje é vislumbrado, certa das dificuldades impostas pelo cotidiano, mas com a ajuda de meus companheiros de pesquisa (os participantes), construí uma premissa (se é que posso): a de que, “ao colocar-me no lugar do outro, ao pensar que poderia ser meu filho, minha mãe, meu tio, faremos sempre o melhor”. Essa foi a característica mais marcante dentre os colegas de pesquisa, apontada por quase todos os participantes, sendo que, enxergar-se integralmente e literalmente no lugar do outro fez parte da entrevista mais emocionante deste trabalho.

Destaca-se ainda, que o cuidado transpessoal estava presente em todos os relatos, o que demonstra que cuidar de forma transpessoal, sendo um profissional *caritas*, é possível. Além disso, dar voz e vez a estes profissionais apontou para uma necessidade imperiosa de valorização do profissional, da necessidade de buscar melhorias para as relações interpessoais e de fortalecer o enfermeiro enquanto líder do grupo.

Ao apresentar diferentes olhares sobre o cuidado, primeiramente de forma mais ampla com a diretoria e chefias de divisão de internamento e atendimento, seguindo-se para uma perspectiva mais particular, ao entrevistar funcionários de cada setor, foi possível perceber as diferentes preocupações com o cuidado e o quanto elas se complementam.

Desta forma, acreditamos ser importante salientar a relevância destas visões diferenciadas sobre o mesmo cuidado, visto que, mesmo tão discrepantes, complementam-se como um complexo quebra-cabeça no cotidiano do cuidar.

Algumas percepções acerca das fragilidades/dificuldades, ponderadas pelos participantes, configuram-se verdadeiros obstáculos para a realização de um cuidado sensível, pautado em valores humanísticos, como é o caso da estrutura física (setores superlotados), os modos de contratação (como forma de desvalorização do funcionalismo) e a grande parcela de profissionais em vias de aposentadoria (acarretando cansaço físico, mental; ocasionando faltas e afastamentos).

Assim, apontados pelos profissionais como uma forma de melhoria do cotidiano do cuidado para os pacientes, seria a melhoria do cotidiano de trabalho aos profissionais. Atitudes simples e pontuais foram citadas por eles, como forma de reduzir os empecilhos para o cuidar. Destacaram desde a atitude dos enfermeiros chefes de setor, que para eles servem de modelo. A importância do conhecimento técnico e científico. As condutas exemplares de liderança por parte das chefias. Desenvolvendo assim, a comunicação, o trabalho em equipe, relacionamento com os chefes de setor. Relevaram ainda a importância da valorização do profissional para que esse, ao sentir bem consigo, esteja bem com o trabalho.

Como identidade deste trabalho, destacou-se a presença, em todos os relatos, do Cuidado Transpessoal. Cuidado este, sensível, humano, sendo possível inferir que, assim como outorga a teórica, de que é possível realizar este cuidado em qualquer ambiente e em qualquer setor. Dando ao profissional que o realiza, a característica de profissional *cáritas*.

A teórica alude ainda, que não todos os profissionais possuem estas características, assim como não todos possuem habilidades de atuar em um ou outro setor. Motivo pelo qual, destaca também a importância da valorização do desenvolvimento das tecnologias de cuidado, pontuando que uma forma de cuidar complementa-se na outra.

8. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Como já destacado nas considerações acerca deste estudo, esta dissertação busca uma reflexão acerca da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar. Sendo assim, foram postos em evidencia algumas atitudes de profissionais de enfermagem frente ao cuidado/cuidado humano que, por estar inserido em ambiente e ser um fenômeno complexo, almeja ser pensado e refletido com atenção.

Diante dos resultados encontrados nesta pesquisa, reforça-se a necessidade de investir na formação acadêmica de que se atentem de forma diferenciada aos indivíduos adoecidos. Visto que a sensibilidade para voltar o olhar às questões subjetivas do cuidado deve ser estimulada desde o início da caminhada da busca pela formação dos profissionais nas áreas da Enfermagem, pois esta formação irá influenciar de maneira positiva os modos de cuidar.

Este trabalho demonstra a importância da ação do cuidar pautada em valores humanos, no cuidado sensível e até, de certa forma, do cuidado humanizado, apontando seus benefícios para os envolvidos neste processo. Estes achados podem contribuir para futuras reflexões no campo do ensino acerca do cuidado/cuidado humano, além de enriquecer a prática aos envolvidos no processo do cuidado.

Desta forma, espera-se que esta pesquisa contribua e incentive outras investigações pautadas no modelo teórico da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, como uma forma de resgate do cuidado nestes tempos de pós-modernidade.

Demonstrar que os profissionais indicados, em seu cotidiano, realizam o cuidado transpessoal, mesmo sem conhecer este conceito e seus preceitos, é um indicativo de que possivelmente esta característica *caritas*, pode ser nata de alguns, mas também pode ser apreendida a posta em prática mediante a formação e capacitação. Como sugestões para a **prática**, destacam-se: a realização de ações educativas problematizadoras, com discussões de caso que focam o cuidado exercido e não o processo saúde-doença ou as técnicas de cuidado, buscar-se-à, assim alternativas, tentando articular a teoria do Cuidado com os protocolos clínicos já existentes. Desta forma, amplia-se o cuidado, agregando a ele, o Processo *Clinical Caritas*.

Para o **ensino**: a possibilidade de implementar ações que enfatizem a importância do ensino pautado nas teorias de Enfermagem enquanto instrumentos de complementaridade dos processos do cuidar, possibilitando assim, o repensar crítico-reflexivo da prática, em busca da reestruturação da mesma para os futuros enfermeiros.

Outra possibilidade seria o desenvolvimento de projetos de extensão que estruturam a prática do cuidar ao Processo *Clinical Caritas* nos mais diversos contextos do cuidado, aplicando, então, as teorias de Enfermagem nas diferentes disciplinas/conteúdos da graduação em Enfermagem. Além de articular os processos do cuidar, ao processo gerencial e assistencial do exercício da enfermagem.

Deixamos como indagações para novas propostas de **pesquisa**:

1) O que nos (profissionais de enfermagem) leva ao distanciamento da visão humanitária, sensível e transpessoal do cuidado humano?

2). Qual a responsabilidade real das instituições (serviços de saúde e escolas formadoras, de pesquisa e de extensão) no processo de desenvolvimento de um cuidado transpessoal?

3) . Que tipos de ações e intervenções podem ser aplicadas, testadas/avaliadas, criadas no sentido de se propor de forma concreta, instrumentos de mudança em distintas realidades do cuidado?

4) E, por fim, até que ponto as configurações pessoais, intrínsecas de cada profissional, pode interferir positiva ou negativamente no cotidiano e no processo do cuidar? É possível oferecer/ criar ferramentas no intuito de exercer mudanças positivas neste quesito?

REFERENCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Ed Rev Ampl. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALVES, C. F. O. Saúde mental e SUS - as políticas públicas como alvo de interesses privados. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 77-80, 2012.

AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa**. 20 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

ANDERSON, P. **As Origens da Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando, introdução à filosofia**. 4. ed. São Paulo: Moderna, 2012.

AZNARI, A. V.; THOMAS, C. D. Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). **Revista Cubana de Enfermería**, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 4, p. 166-169, 2010.

BAINES, J.; MALIK, J. **Cultural Atlas of Ancient Egypt**. London: Andromeda Oxford Limited, 2008.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet], v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm. Acesso em: 27 fev 2017.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, 2010.

BALBINO, F. S.; MESCHINI, G. F. G.; BALIEIRO, M. M. F. G.; MANDETTA, M. A. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 84–92, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280p.

BARREIRA, I. A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, 1999.

BARREIRA, I. E. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 480-7, 2005.

BISHOP, A. H.; SCUDDER, J. R., Jr. "Nursing as Caring." In their Nursing: The Practice of Caring, New York: National League for Nursing Press, pp. 53-76, 1996.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela Terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/ 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, Brasília, DF: MS, 2012.

CARRARO, T. E.; KEMPFLER, S. S.; SEBOLD, L. F.; OLIVEIRA, M. F. V.; ZEFERINO, M. T.; RAMOS, D. J da S.; FRELLO, A. T. Atenção à saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de los cuidados**, Valenciana, n. 1, n. 29, p. 89-96, 2011.

CARVALHO, V de. Sobre a identidade profissional na enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: DF, n. 66 (esp), p. 24-32, 2013.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 686-693, 2011.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D da.; FERREIRA, M de A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. da. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 214-217, 2005.

DYESS, S.; BOYKIN, A.; RIGG, C. Integrating caring theory with nursing practice and education: connecting with what matters. **The Journal Nursing Administration**, Philadelphia, v. 40, no. 11, p.498-503, 2010.

DIOGO, P.; BALTAR, P.; PRUDENCIO, A. Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory, **Investigación Cualitativa en Salud/CIBIQ**, Lisboa, v. 2, p. 1632-1642, 2016.

DUARTE, M. R.; ROCHA, S. S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n.2, p. 361-64, 2011.

FAVERO L. A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.

FAVERO, L.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.4, p. 490-6, 2012.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-5, 2013.

FERNANDES, M. A.; EVANGELISTA, C. B.; PLATEL, I. C. dos S.; AGRA, G.; LOPES, M. S.; RODRIGUES, F. A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.

FONSECA, A. L. N.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 7-15, 2006.

FOUCAULT M. **Microfísica del poder**. Madrid: La Piqueta, 1992.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

FREITAS, J. S. de.; SILVA, A. E. B. de C.; MINAMISAVA, R. B.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUSA, M. R. G. de. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014.

GARCÍA, M. R.; R. MOYA, J. L. M. Entre la complejidad y el arte. **Index de Enfermería**, Granada, v. 23, no. 3, p. 157–161, 2014.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem versões e interpretações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GRAÇAS, E. M.; SANTOS, G. F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 200-207, 2009.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

JORGE, V. C.; BARRETO, M. S.; FERRER, A. L. M.; SANTOS, E. A. Q.; RICKLI, H. C.; MARCON, S. S. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro, **Escola Ana Nery: revista enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 4, p. 767–774, 2012.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, D.F, v. 59, n. especial, p. 403-10, 2006.

LYOI D. An Evolutionary Creationist Process for the Origin of Humanity. **Conspectus: The Journal of the South African Theological Seminary**, v. 11, p. 115-165, 2011.

MARTINS, C. R.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem [editorial]. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 11-2, 2008.

MATHIAS, J. J. S. Cuidado transpessoal de enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia: um marco referencial [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007. 121 f.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Ed Record, 1971.

MEIRELES, A. D.; VIEIRA, M. M. Humanização e conhecimento técnico-científico do profissional da saúde: um caminhar junto. **CES REVISTA**, Juiz de Fora, v. 29, n. 1. p. 126-141, 2015.

MELO, M. C. S. C.; SOUZA, I. E. O. Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 41-48, 2012.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; FERRAZ, C. A.; HAYASHIDA, M. Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v.53, n.3, p.410- 414, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012.

MORAES, J. G. V de. História. Curitiba: Positivo, v. 2, 2013.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.

NODDINGS, N. **Caring: A feminine approach to ethics, and moral education**. Berkley. University of Califórnia Press, 1984, 178 p.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S de.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF: v. 2 supl, p.68-72, 2011.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Care – The essence of the nursing professional identity. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200001>. Acesso em: 29 nov 2015.

OLIVÉ FERRER, M. C.; ISLA PERA, M. P. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. **Revista ROL Enfermería**, Madrid, v.38, n.2, p. 123–128. 2015. Disponível em:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>. Acesso em: 29 nov 2015.

OLIVEIRA, M. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n.2, p.376-80, 2011.

OZAN, Y. D.; OKUMUS, H.; LASCH, A. A. Implementation of Watson ' s Theory of Human Caring : A Case Study, **International Journal of Caring Sciences** , (on line) v. 8, no. 1, p. 25–35, 2015. Disponível em: www.internationaljournalofcaringsciences.org. Acesso em: 20 nov 2016.

ÖZKAN, İ.; OKUMUS, H.; BULDUCOGLU, K.; WATSON, J. A Case Study Based On Watson's Theory of Human Caring Being an Infertile Woman in Turkey, **Nursing Science Quarterly**, Germantown, v. 26, n. 4, p. 352-359, 2013.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nigthingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF: v. 58, n. 6, p. 723-6, 2005.

PAULINA, M.A. El cuidado como expression de lo humano: reflexiones sobre El concepto del cuidado de A. Macintyre y su relacion com la ética de las profesionales sanitárias. **Dilemata**. Madrid, año. 4, no. 9, p. 225-248, 2012.

PATERSON, J. G; ZDERAD, L. T. **Enfermeria humanística**. 1 ed. México: Limusa, 1979.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 15 jan 2017.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Identidade profissional da enfermeira: possibilidades investigativas a partir da sociologia das profissões. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v. 5, n. 2, 2013.

PEREIRA, C. D. F. D.; PINTO, D. P. S. R.; TOURINHO, F. S. V.; SANTOS, V. E. P. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, On-Line, v. 2, n. 4, 2012. Disponível em: <http://ufrn.emnuvens.com.br/reb/article/view/3331>. Acesso em: 21 fev 2017.

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

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, p. 160-167, 2013

PREARO, C.; VINHANDO, M. B.; GONÇALVES, L. DE S.; MENEZES, S. L. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. **Arquivo Ciência e Saúde**, Umuarama, v. 18, n. 1, p. 20-7, 2011.

QUEIRÓS, P. J. P. Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 776-781, 2014.

QUEIRÓS, P. J. P. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Série IV – n. 5, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14079>. Acesso em: 20 jan 2016.

RAMALHO, A (2011). *Trabalho de Parto no Hospital - A Experiência de Sentir-se Respeitada*. Coimbra: **Formasau, Formação e Saúde**, 2011, 206p.

RIBEIRO, C. R. de O. O mito do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 123-124, 2001.

RIBEIRO, G. da S. R.; SILVA, R. C. da; FERREIRA, M. de A. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília: DF, v. 69, n. 5, p. 972-980, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000500972&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev 2017.

RIBEIRO, R.P.; MARTINS, J.T.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 20 nov 2015.

RICHARDSON, R. J. Cols. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA, L. B.; BARREIRA, I. A. A enfermagem e a condição feminina: figuras-tipo de mulheres no Estado Novo. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2002.

ROUANET, S. P. **As razões do iluminismo**. São Paulo: C. Letras, pp. 229-77, 1987.

RYAN, L. A. The journey to integrate Watson's Caring Theory with clinical practice. **International Journal for Human Caring**, v. 9, no. 3, p. 26-30, 2005.

SANTANA, C. J.; CAMPOS, A. C. V.; DUTRA, B. S.; BORGES, C. M.; BATISTA, A. B.; SANTOS, V. H. cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Rev. Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 01, p. 46- 55, 2012.

SANTOS, F. H do E.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem [online]**, v.10, n.3, p. 539-546, 2006.

SEBOLD, L. F.; CARRARO, T. E. Autenticidade do ser-enfermeiro-professor no ensino do cuidado de enfermagem: uma hermenêutica heideggeriana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 22-28, 2013.

SILVA, D. G.; FREIBERGER, M. F.; SILVA, J. L.; VALE, J. S.; GONÇALVES, J. C. R. O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo da enfermagem no Brasil. **Revista Científica da FAEMA**, Rondônia, v. 2, n. 1, p. 56-59, sup, 1, 2011.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A. I. J. de. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-24, 2014, Disponível em <http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2423/391>
Acesso em: 22 abr 2016.

SILVA, T. P.; SILVA, M. M.; ALCANTARA, L. M.; SILVA, I. R.; LEITE, J. L. Estabelecendo estratégias de ação/interação para o cuidado à criança com condição crônica hospitalizada. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 279-285, 2015.

SILVA JÚNIOR, O. C. **Do Asylo da Mendicidade ao Hospital Escola São Francisco de Assis: a mansão dos pobres**. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000.

SILVA, A. A.; TERRA, M. G.; FREITAS, F. F.; ELY, G. Z.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S. Cuidando de si sob a percepção dos profissionais de enfermagem de saúde mental. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1092-102, 2013.

SILVA, A. G.; SILVA, T. L.; WALL, M. L.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. Unidade de Terapia Intensiva: violência no cotidiano da prática de enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 885-892, 2015.

SILVA, A. L.; SILVA, L. de F.; SOUZA, I. E. O.; MOREIRA, R. V. O. Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 168-172, 2013.

SILVA, M. F. **Resgatando a memória: a história das enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira na segunda guerra mundial** Dissertação (mestrado)-Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro (RJ), 1995.

SOUZA, G. J.; PAULA, M. A. B. Construção da identidade do enfermeiro : revisão. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Unigranrio, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-17, 2016.

TONGES, M.; RAY, J. Translating Caring Theory Into Practice. **The Journal of Nursing Administration**, Philadelphia, US, v. 41, n. 9, p. 374-381, 2011.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

URRA, E. A.; JANA, A. M. GARCÍA V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, Chile, v. 17, no. 3, p. 11-22, 2011.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. **Index de enfermería**, Granada, v. 23, no. 4, p. 234-238, 2014.

WALDOW, V. R. Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. **Texto e Contexto -Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 825-33, 2011.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Humanizar e cuidar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 444-18, 2011.

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

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

WATSON, J. **Caring science as sacred science**. Philadelphia: F.A. Davis; 2004

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, no. 1, p. 129-135, 2007.

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

WATSON J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 143-9. 2009.

WATSON, J. Editorial: Investigación del cuidado humano en enfermería. **Investigación Enfermería Imagen Desarrollo**, Bogotá, v.17, n. 2, p. 9-12, 2015.

_____, J. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da enfermagem. Tradução de João Enes. Lisboa: Lusociência, 2012. Título original: Postmodern nursing and beyond, 1999.

_____, J. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem. Tradução de João Enes. Lisboa: Lusociência, 2002. Título original: Nursing: human science and human care – a theory of nursing, 1985.

APENDICES

APENDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino ()

Feminino

Estado civil: _____

Profissão: _____

Religião: _____

Tempo de atuação como enfermeira (O):

Tempo de atuação no setor:

Atividades mais frequentes realizadas no setor:

2. CARACTERIZAÇÃO DO SETOR

Principais causas de internação/ atividades desenvolvidas

Tempo de internação em média/ permanência do paciente no
setor: _____

Tipos de tratamento mais comuns no
setor: _____

Numero de leitos:

Numero de técnicos de enfermagem:

Como é dividido o serviço no setor:

APENDICE B

Questões norteadoras

Grupo das chefias de enfermagem

- 1- Conte-me sobre a sua trajetória na enfermagem, desde a sua decisão para a escolha do curso até o momento atual no qual você ocupa o cargo de chefia de enfermagem.
- 2- Como você cuida? Me fale sobre o seu cuidado.
- 3- (Nome do participante), se você se colocar em uma posição de observador, de forma a conseguir observar totalmente o setor o qual é chefe, pense um pouco sobre ele. Agora me fale como você percebe o cuidado ali oferecido?
- 4- Me indique profissionais que você considera referência de cuidado. Um enfermeiro e um técnico do setor e um enfermeiro de forma geral.
- 5- Gostaria de falar sobre algo mais?

Grupo dos profissionais referência de cuidado

- 1- **(Nome do participante) o que é para você, o mais importante quando você vai prestar o cuidado? Conte-me como você cuida.**
Os participantes foram então, solicitados a falarem livremente acerca do seu cotidiano e sua prática de cuidar, suas experiências marcantes positiva e negativamente.
- 2- **Conte-me uma situação de cuidado que foi marcante na sua profissão, de maneira positiva,** e depois de respondido esta pergunta, partia para a seguinte, - **E agora me conte uma situação de cuidado que foi marcante na sua profissão, de maneira negativa.**
- 3- **Gostaria de falar sobre algo mais?**

APENDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Concepções de profissionais de enfermagem sobre sua prática de cuidado**”, que faz parte do Programa de Mestrado em Enfermagem e é orientada pela Professora Doutora Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é: Compreender os significados atribuídos ao cuidado por profissionais de enfermagem atuantes no contexto hospitalar. Informamos que poderão ocorrer possíveis desconfortos durante a entrevista, considerando-se a natureza das informações, assim como pelo tempo dispendido em nos atender. Os benefícios esperados a partir desta pesquisa são: utilizar o cotidiano e a prática de trabalho como momento de reflexão para a realização do cuidado, apreender os elementos que compõe o cuidado na busca de modificar/melhorando a prática do cuidado. Os resultados dessa pesquisa poderão ser disponibilizados a qualquer momento aos participantes. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa. Data: _____ Assinatura ou impressão datiloscópica. Eu _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado. Data: _____ Assinatura do pesquisador.

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo: Nome: Sonia Silva Marcon. Endereço: Av. Colombo 5790. Campus Sede da UEM. Departamento de pós-graduação em Enfermagem, bloco 02. Telefone: (44) 3011-5156. Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo: COPEP/UEM - Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 E-mail: copep@uem.br.

ANEXOS

ANEXO A:

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE REGULAMENTAÇÃO DAS
ATIVIDADES ACADÊMICAS (COREA).



Universidade Estadual de Maringá

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ

DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO



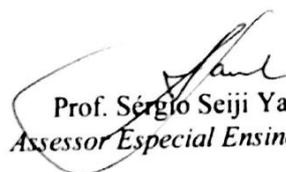
Solicitação nº 111/15 - ATC

Requerente: **Josane Rosenilda da Costa**

Atividade: **Enfermagem e cuidado humano: Resgate existencial necessário**

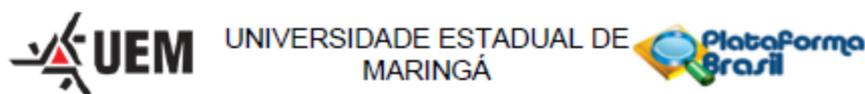
Orientador(a): **Catarina Ap. Sales**

PARECER FAVORÁVEL: **SIM** **NÃO**


Prof. Sérgio Seiji Yamada
Assessor Especial Ensino, Pesquisa e Extensão


Prof. Maurício Chaves Junior
Superintendente

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMAGEM E CUIDADO HUMANO: RESGATE EXISTENCIAL NECESSÁRIO

Pesquisador: Catarina Aparecida Sales

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51329515.0.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.375.358

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como o enfermeiro em sua prática de cuidar, ressignifica o cuidado humano/ humanizado.

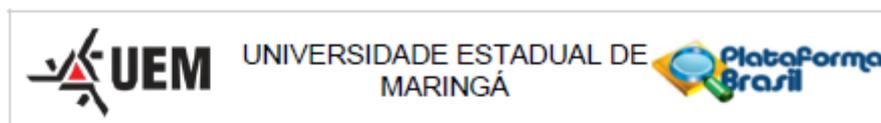
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica de Heidegger. A fim de atender os objetivos por mim propostos, irei inquirir os pacientes oncológicos que vivenciam o processo de terminalidade da vida com as questões norteadoras: "Como você desenvolve o cuidado em seu cotidiano de trabalho?". "Como você (re) significa o cuidado a partir de seu cotidiano de trabalho?". E a partir delas, dar-se-há início no desvelamento das inquietações. Uma breve caracterização sociodemográfica dos sujeitos assim como os dados sobre o setor serão inquiridos em forma de entrevista aberta, guiada por um roteiro como no projeto em anexo. Serão sujeitos do meu estudo, os enfermeiros de um Hospital Universitário do município de Maringá –

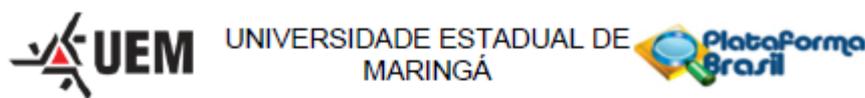
Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.375.358

Paraná. Para participar do estudo os participantes deverão ainda contemplarem os seguintes critérios: residir em Maringá, e estar no cargo de encarregado de setor há mais de seis meses, firmando-me na premissa de que estes profissionais já possuem uma vivência do cuidado e da gerencia dos cuidados, que possa ser expressa em suas falas. O HURM será o local de triagem, de seleção dos enfermeiros que participarão do estudo, e onde serão realizados os primeiros contatos com eles. Para tanto, a autora irá participar de uma reunião de enfermagem (que ocorre comumente uma vez ao mês), nesta, irá apresentar-se e explicar sobre a pesquisa. Após esclarecimentos e o aceite por parte do profissional enfermeiro, este então passará o contato para proceder com o estudo. A escolha por realizar a entrevista no ambiente domiciliar dos participantes, após o contato prévio, se dá por acreditar que tal espaço possibilita maior abertura do depoente, evita desconforto ou descontinuidade no processo de trabalho dos participantes considerando a saída do profissional do setor de trabalho, um empecilho para a realização da entrevista, visto que o profissional estará preocupado com seu trabalho. Com os enfermeiros que atenderem aos critérios preestabelecidos, será confeccionada uma lista com telefones residenciais e celulares, posteriormente serão contatados pela pesquisadora, via telefone pelo meio do qual se dará, os primeiros contatos, expondo os objetivos do estudo, caso de dúvidas, nova explicação do trabalho, caso haja o aceite do enfermeiro, serão agendadas visitas domiciliares onde deverão ocorrer os contatos seguintes entre o pesquisador e os participantes, e assim nas visitas posteriores, no momento oportuno realizar-se-á as entrevistas. Esta visita inicial visa à propiciar uma familiaridade e aproximação entre o pesquisador e os participantes que se enquadrarem nesta pesquisa. As entrevistas serão feitas por apenas um mesmo entrevistador, preconizando por um ambiente calmo, visando a privacidade do entrevistado, e assegurando o total sigilo de suas informações. Para captar a plenitude expressa pelos sujeitos optou-se pela análise individual de cada linguagem, partindo de uma trajetória que descortina o ôntico até o alcance da dimensão ontológica dos enfermeiros encarregados de setor. Para tanto, parte-se da compreensão vaga e mediana, quando se procura compreender os fatos cotidianos revelados pelos pacientes, despidendo-se de qualquer pressuposto ou opinião do pesquisador que possa transgredir tal percepção. O segundo momento, chamado de compreensão interpretativa, busca esclarecer o que ainda estava obscuro nas linguagens a partir da interpretação de seus sentidos (HEIDEGGER, 2012). Após este passo, estabeleceram-se as temáticas ontológicas, analisadas à luz de algumas ideias da analítica heideggeriana, de alguns pressupostos da oncologia e de autores que versam sobre tais temáticas. Obedeceremos a todos os preceitos éticos e legais regulamentados pela Resolução nº466/2012. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.375.358

Esclarecido em duas vias. Será assegurado a minimização de quaisquer riscos que possam vincular-se direta ou indiretamente com a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo responsável institucional. Descreve os gastos gerados em decorrência do projeto e esclarece que o pesquisador é o responsável pelos mesmos. Apresenta cronograma de execução desatualizado, visto que no mesmo a fase de coleta de dados através de entrevista se inicia em dezembro. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas pela Resolução 466/2012-CNS, garante o sigilo, confiabilidade de modo a preservar a identidade dos participantes, mas não indica a destruição dos questionários após o uso. Apresenta autorização de execução fornecida pelo Centro de assessoria técnico-científica do Hospital Universitário Regional de Maringá/UEM. Recomenda-se que o pesquisador atualize o cronograma de execução de modo a iniciar a fase de entrevistas após a aprovação do projeto de pesquisa por este Comitê e que faça constar no TCLE, a destinação das entrevistas após o tempo específico de uso.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

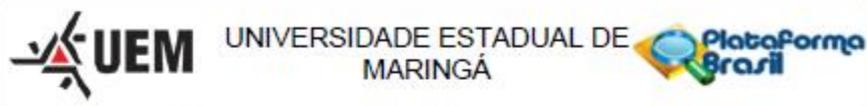
Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_628414.pdf	19/11/2015 07:29:31		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	19/11/2015 07:28:17	Catarina Aparecida Sales	Aceito
Orçamento	orcamentos.pdf	19/11/2015 07:14:28	Catarina Aparecida Sales	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	19/11/2015 07:08:57	Catarina Aparecida Sales	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	COPEPSUBMETIDO.pdf	19/11/2015 07:01:51	Catarina Aparecida Sales	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.375.358

Investigador	COPEPSUBMETIDO.pdf	19/11/2015 07:01:51	Catarina Aparecida Sales	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/11/2015 07:00:02	Catarina Aparecida Sales	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	19/11/2015 06:58:17	Catarina Aparecida Sales	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 18 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br