

Cotidiano dos profissionais de enfermagem e Processo *Clinical Caritas* de Jean Watson: uma relação

Nursing professionals' day-to-day and Jean Watson's Clinical Caritas Process: a relationship

Cotidiano de los profesionales de enfermería y Proceso Clinical Caritas de Jean Watson: una relación

Josane Rosenilda da Costa^I; Guilherme de Oliveira Arruda^{II}; Mayckel da Silva Barreto^{III};
Deise Serafim^{IV}; Catarina Aparecida Sales^V; Sonia Silva Marcon^{VI}

RESUMO

Objetivo: conhecer as experiências de cuidado de profissionais de enfermagem e identificar suas relações com o Processo *Clinical Caritas* (PCC), da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. **Método:** estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, realizado com 26 participantes, indicados por suas chefias de setor, como referência de cuidado de um hospital de ensino da região noroeste do Paraná. Os dados foram coletados em 2016, por meio de entrevistas abertas, gravadas em áudio, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo modalidade temática, após aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** as categorias foram formadas pelos relatos do cotidiano de cuidado que guardavam relações com os elementos do PCC da Teoria do Cuidado Humano. **Conclusão:** o estudo permitiu conhecer as experiências de cuidado dos profissionais de enfermagem e identificar nelas elementos do Processo *Clinical Caritas*.

Descritores: Enfermagem; cuidados de enfermagem; teoria de enfermagem; profissionais de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to learn nursing professionals' experiences of care and identify their relationships with the *Clinical Caritas* Process (CCP), of Jean Watson's Theory of Human Caring. **Method:** this exploratory, qualitative, descriptive study was conducted with 26 participants indicated by their sector leaders as a reference sample for care in a teaching hospital in northwest Paraná State. Data were collected in 2016 by open interviews, recorded in audio, transcribed in full, and submitted to thematic content analysis, after approval by the Standing Committee on Ethics in Research with Human Beings. **Results:** the categories were formed from reports of the day-to-day experience of caring that related to elements of the CCP. **Conclusion:** the study revealed the care experiences of nursing professionals, and served to identify elements of the CCP in them.

Descriptors: Nursing; nursing care; nursing theory; nursing professionals.

RESUMEN

Objetivo: conocer las experiencias de cuidado de profesionales de enfermería e identificar sus relaciones con el Proceso *Clinical Caritas* (PCC), de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo de naturaleza cualitativa, realizado junto a 26 participantes, indicados por sus jefes de sector, como referencia de cuidado de un hospital de enseñanza de la región noroeste de Paraná. Los datos se recolectaron en 2016, por medio de entrevistas abiertas, grabadas en audio, transcritas en su totalidad y sometidas al análisis de contenido modalidad temática, después de la aprobación del Comité Permanente de Ética en Investigación con Seres Humanos. **Resultados:** las categorías fueron formadas por las historias del cotidiano de cuidado que guardaban relaciones con los elementos del PCC de la Teoría del Cuidado Humano. **Conclusión:** el estudio permitió conocer las experiencias de cuidado de los profesionales de enfermería e identificar en ellas elementos del Proceso *Clinical Caritas*.

Descriptores: Enfermería; cuidados de enfermería; teoría de enfermería; profesionales de enfermería.

INTRODUÇÃO

As teorias de enfermagem retratam um movimento pelo reconhecimento da identidade científica da profissão, iniciado na década de 1950, com considerável expansão na década de 1960, o qual motivou esforços para a produção de saberes específicos, que estruturaram conhecimentos e possibilitaram a discussão e o aprimoramento da prática¹. O desenvolvimento de teorias sobre a prática de enfermagem impulsionou a construção de um novo conceito de cuidado. Jean Watson, por exemplo, entre 1975 e 1979, desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano².

Apesar da relevância das Teorias de Enfermagem, no Brasil apenas 4,6% das pesquisas publicadas na área utilizam-nas como referenciais teórico-metodológicos³, sendo ainda mais incipientes aquelas que empregam a Teoria do Cuidado Humano.

^IEnfermeira. Mestre, Universidade Estadual de Maringá. Brasil. E-mail: josanerc@gmail.com.

^{II}Enfermeiro. Doutor, Universidade Estadual de Maringá. Brasil. E-mail: enfgoa@gmail.com.

^{III}Enfermeiro. Professor, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari. Brasil. E-mail: mayckelbar@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade Estadual de Maringá. Brasil. E-mail: dserafim@hotmail.com.

^VEnfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade Estadual de Maringá. Brasil. E-mail: catasales@hotmail.com.

^{VI}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade Estadual de Maringá. Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

Os poucos estudos evidenciam baixo nível de conhecimento e limitada aplicação da teoria no cotidiano do cuidar⁴, mas também seus benefícios para profissionais, pacientes e familiares, tanto na atenção básica⁵ como no meio hospitalar⁴.

Diante do exposto, no intuito de demonstrar que os elementos do Processo *Clinical Caritas* (PCC) da Teoria do Cuidado Humano podem alicerçar a prática, e que a arte do cuidar transpessoal pode estar presente no cotidiano assistencial, definiram-se como objetivos do estudo: conhecer as experiências de cuidado de profissionais de enfermagem e identificar suas relações com o PCC, da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

REFERENCIAL TEÓRICO

Jean Watson incorporou na sua teoria em 2005 o PCC, fundamentado em dez elementos que consideram o ser cuidado como sagrado (integrante do universo e do divino)⁶. De acordo com esses elementos, a pessoa que recebe o cuidado merece ser reconhecida com delicadeza, sensibilidade e amor^{1,4}, enquanto a pessoa que o oferece estabelece uma relação de ajuda-confiança, que transcende o papel profissional e se coloca inteiramente presente para o cuidado⁶.

Os dez elementos formadores do PCC são⁶:

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 à pessoa inteira, a 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*;
10. Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado. Mediante os quais se atinge o cuidado transpessoal^{7,5}.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa, que adotou como referencial conceitual a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Foi realizada em um hospital universitário, que é referência no atendimento de alta complexidade para a 15ª Regional de Saúde do Paraná, 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 imagenologia.

Em maio de 2016, o quadro de funcionários era composto por 109 enfermeiros, (78 estatutários, 30 credenciados e um celetista) e 186 técnicos em enfermagem (163 estatutários, 22 credenciados e um celetista). Os participantes deste estudo foram 26 membros da equipe de enfermagem, indicados por suas chefias como referências para o cuidado.

A primeira abordagem dos profissionais ocorreu no próprio setor de trabalho, ocasião em que foram explicitados os objetivos do estudo e tipo de participação desejada. Todos os profissionais contatados 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 sociodemográficas e duas questões norteadoras: *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 áudio-gravadas, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática, a qual envolve três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial⁸. Na pré-análise, após leitura flutuante exaustiva para a constituição do corpus de análise, os relatos foram agrupados. Para a descrição analítica, foi realizada a codificação e posterior categorização, passando-se então à interpretação inferencial, que consistiu na separação dos excertos por critérios semânticos, ou seja, conteúdos com sentidos semelhantes (recortes de falas), formando assim as categorias.

O estudo foi desenvolvido em consonância com os preceitos éticos e legais regulamentados pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) sob o CAAE 51399515.0.0000. 0104 e Parecer 1.375.358. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelas iniciais da categoria profissional: E: enfermeiro; T: técnico de enfermagem; seguidos pelo número de ordem da entrevista, dessa identificação, foi descrito o tempo, em anos de atuação na área da saúde de cada participante. Após cada excerto de relato, foram adicionados números referentes aos elementos do PCC vinculados aos relatos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 26 profissionais em estudo (15 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem) atuavam em diferentes setores e turnos de trabalho. Apenas dois eram homens (um enfermeiro e um técnico). Mais da metade (14) possuía idade superior a 40 anos e todos trabalham há mais de 10 anos na profissão, sendo que um, há 33 anos. Os técnicos de enfermagem tinham formação universitária, sendo sete na enfermagem, nove deles eram especialistas e uma doutoranda. Dos 15 enfermeiros, seis eram especialistas e nove mestres.

Modos de cuidar: identificando elementos do PCC no cotidiano do cuidado

Observou-se que os profissionais fazem referência a algumas premissas importantes para a realização do cuidado, sendo que a busca pelo conhecimento é impulsionada pela expectativa de prestar bons cuidados ao paciente. São relatos:

Acredito que para prestar um bom cuidado, primeiramente você tem que ter conhecimento, buscar conhecimento. Mas, para buscar e ter este conhecimento, tenho que gostar, amar o que faço, porque uma coisa está aliada à outra. (E1, 23a) Elementos 1,2, 6 e 10.

Tem um padrão daquilo que deve ser feito para o paciente e devemos respeitar, 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 conheço o paciente, que vejo quem ele é, como ele está, é que vou poder prestar o cuidado de enfermagem, vou saber o que ele realmente precisa. (E10, 14a) Elementos 6,7 e 9.

Para exercer o cuidado de qualidade, é preciso considerar a individualidade do paciente, possuir conhecimento teórico, desenvolver uma relação de confiança e segurança entre ambos, apoiar os sentimentos do paciente, atentar-se ao tom de voz e gestos, expressar respeito e sensibilidade^{2,4,9}.

Alguns profissionais revelaram preocupação como autoconhecimento e autocuidado e demonstraram compreender a influência desses fatores no cuidado:

Eu tento ficar bem, procuro arejar minha cabeça, cuidar de mim, porque não tem como você tratar bem o outro se nem de você mesmo você cuida. Então cuido da minha vida pessoal, espiritual, profissional, cuido de mim, danço. Para poder cuidar do outro, estou sempre de bem comigo, busco estar de bem comigo. (T1, 26a) Elementos 1,3, 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 encrencando muito, isso reflete no cuidado, fica um clima ruim, aí penso [silêncio] e vou procurar ajuda profissional. (T7, 26a). Elementos 2, 8 e 10.

Dessa forma, evidenciado como um cuidado que transcende 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 outro¹⁰. Então, cuidar-se influencia positivamente a saúde dos trabalhadores, em seus relacionamentos interpessoais e em seus processos de trabalho e de cuidado¹¹.

Vale ressaltar que os participantes deste estudo reconhecem a importância da reflexão sobre suas 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, então [silêncio] eu sempre me polio [risos]. (E6, 26a) Elementos 7 e 10.

Outros profissionais, por sua vez, ao fazerem uso da sensibilidade, estendem o cuidado às famílias dos pacientes.

Tem horas que o profissional quer que eu libere a chupeta na UTI-Neo, e penso, meu Deus [ênfase], não seria muito melhor trazer a mãe deste bebê para a UTI? Para ela acalentar ele. Por que privar isso deles? Como vou tirar esta oportunidade deles? Então avalio: o que é melhor agora? Quando dá, trago a mãe. (E9, 17a) Elementos 1,3, 4, 5, 6 e 9.

[...] Com o tempo e conhecimento, consegui entender que, na verdade, eu era uma estranha e tinha que ganhar a confiança daquela mãe, porque ela estava ali cuidando do filho doente. Percebi que as coisas quando são feitas assim fluem melhor. (E1, 26a) Elementos 1, 4, 5, 6, 9 e 10.

Ao reconhecerem a família como importante participante do processo de cuidado e recuperação do paciente e como aliada da equipe, esses profissionais corroboram com os resultados de estudo em uma UTI-Neonatal, os quais demonstraram a importância de a equipe encorajar as mães a assumirem gradativamente o cuidado dos filhos internados¹², reconhecendo que se a família não for bem tratada, por meio da empatia, conversa, orientação e apoio, não conseguirá assimilar as necessidades do ente internado¹³.

Nessa direção, uma pesquisa colombiana associou o uso da Teoria do Cuidado ao empoderamento e à valorização de profissionais, pacientes e familiares. Para tanto, faz-se necessário que os próprios profissionais repensem acerca de si e de seu papel^{14,15}.

É possível perceber que os profissionais reconhecem a existência de premissas para o cuidado e que suas reflexões coadunam com alguns elementos do PCC.

Assim, nesta primeira categoria, os elementos do PCC mais presentes foram: 1, 6, 8, 9 e 10. Ainda que por vezes o cuidado alicerçado em valores humanos e no amor possa adquirir conotações negativas como de subserviência, pena, *caridade* ou esmola humana, essas características são essenciais para as práticas de enfermagem⁹, e é por meio delas que o profissional conecta-se ao cuidado do outro e de si, sustentando uma relação de respeito, entendendo e aceitando as particularidades e os tempos dos pacientes^{10,11}.

Valorização do ser humano: atitudes que mudam o cuidado

Mesmo sem conhecerem a Teoria, os profissionais reconhecem o valor do paciente e a importância da empatia como postura relevante à complexa realidade do cuidar, conforme postula Jean Watson.

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 (T17, 22a). Elementos 1,4, 5, 6,8 e 9.

Teve uma paciente muito difícil, [silêncio] só eu e meu colega nos dispúnhamos e conseguíamos cuidar dela por muito tempo, de tão na defensiva que ela ficava. Com o tempo, começamos a brincar entre nós, a fazer brincadeiras e ela 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] (T19, 21a). Elementos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 e 9.

Nesta categoria, os elementos mais presentes foram: 4, 5, 6 e 8. Observa-se que 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 às necessidades físicas, mentais e emocionais dos indivíduos^{9,16}.

Houve relatos, ainda, sobre empatia, valorização de si e do coletivo, por parte de alguns participantes.

Só o fato de acordar todos os dias e ter para onde vir, saber que Deus está me abençoando, já tenho um propósito de cada dia fazer melhor [pausa longa], às vezes o paciente está poliqueixoso, mas só quer atenção, você fala: - bom dia, dá um sorriso e ele já melhora. (E3, 22a) Elementos 1, 2, 3, 4, 5,6,8 e 9.

[Olhos marejados]. Fiquei muito contente em saber que as pessoas reconhecem [...], ser reconhecido e valorizado é muito bom [risos]. Entendo que quando nos sentimos valorizados, trabalhamos melhor, porque percebemos que somos exemplo. (E6, 11a) Elementos 5 e 10.

Penso que temos que oferecer para o paciente o que queríamos que oferecessem para nós, desde conforto, respeito, toque [silêncio], coisas que não tem disponível no setor, sabe, não tem no arsenal [...]. Não é difícil, poderíamos ter grupos para discutir as dificuldades, entender, saber o que acontece em cada setor. (T13, 19a) Elementos 1, 4, 5, 6 e 8.

A Teoria de Watson também destaca a importância de os profissionais atentarem-se para as necessidades humanas, considerando as particularidades de quem é cuidado. Nesse sentido, ao agir com consciência de cuidado intencional, o profissional potencializa o alinhamento da mente-corpo e espírito do paciente, favorecendo a prestação de cuidados mais abrangentes⁴. Plasmado nessa premissa, também o cuidado humanizado preconiza reencontrar a empatia no momento do cuidado, atribuindo um sentido aos sentimentos e opiniões do outro^{17,18}.

Do mesmo modo como 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, associado ao respeito à individualidade de cada usuário, como meio de inovação na prática de saúde, buscando diminuir o isolamento e a hierarquização nas relações de cuidado, com ampliação da comunicação e do contato entre as pessoas¹⁹.

É importante destacar que alguns profissionais associam a ciência e a arte ao processo do cuidado e acreditam ser possível, com o cuidado, melhorar o bem-estar do outro, restaurando sua saúde e seu destino.

Teve um paciente que era uma tentativa de suicídio [suspiro] que no início era muito agressivo, ficava na defensiva, sempre dizia que ia se matar e que, se eu ficasse tentando cuidar dele, ia me matar [silêncio]. Passados os dias, eu sempre do lado dele, cuidando, ajudando, ou só mesmo ali [...]. Ele melhorou, me agradeceu e disse: - Graças a você, ao que você fez por mim, não morri e agora vou tentar viver bem muitos anos da minha vida. (E8, 18a) Elementos 1, 2, 4, 5, 8 e 9.

Os participantes trabalham em um contexto de dualidade, pois buscam promover/restaurar a saúde exercendo suas funções em um ambiente propenso a produzir novas doenças. Neste estudo, os profissionais valorizam e buscam atender não somente às necessidades humanas básicas dos pacientes, mas também às de ordem psicológica e espiritual. Agir, dessa forma, faz com que se crie um ambiente facilitador das relações humanas, necessárias para o desenvolvimento do cuidado^{16,19}.

Outros demonstraram a importância da humanização da assistência de enfermagem, valorização das relações entre os profissionais, com vistas a promover um melhor ambiente de trabalho para a equipe:

[...] tem o profissional que é descomprometido. Mas, é muita correria, e vira uma bola de neve, poderíamos sentar e 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. Dessa forma, entenderíamos quando há atraso, quando não punccionou, ou não passou a sonda. (T9, 17a) Elementos 1, 5, 7 e 10.

Observou-se que há uma busca por realizar o cuidado que priorize a valorização dos pacientes, evidenciando-se que os profissionais estabelecem conexão entre si como seres humanos, 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 seus familiares em diversos contextos assistenciais, destacando o cuidado emocional e espiritual¹⁶⁻²⁰.

Observou-se que a valorização do profissional, de maneira individual ou coletiva, por parte das chefias e dos colegas, foi ressaltada pelos participantes. Todos precisam sentir-se valorizados. A valorização serve de estímulo para continuarem e até mesmo melhorarem o modo de cuidar.

Porém, não foram encontradas pesquisas abordando medidas implantadas para a valorização dos profissionais de enfermagem. No presente estudo, percebeu-se, em alguns momentos, que os participantes se reportavam 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.

Por fim, um estudo realizado com enfermeiras chilenas demonstrou que é possível avaliar, dimensionar e aplicar um escore ao cuidado transpessoal. Seus resultados sugerem que as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para realizar o cuidado transpessoal relacionam-se às próprias crenças e às normas rígidas das instituições²¹. Já como potencialidade, foi identificada a possibilidade de acercarem-se dos pacientes mediante o diálogo da relação interpessoal e do cuidado centrado no indivíduo^{21,22}.

Encontrar os elementos do PCC nos relatos sobre o cotidiano do cuidado em ambiente hospitalar demonstrou possibilidades de aplicação da Teoria do Cuidado Humano. Foi possível desmistificar as dificuldades, muitas vezes relatadas, para se realizar o processo de cuidar pautado nos valores humanos, no cuidado sensível, na gentileza e na bondade, logrando estabelecer um ambiente de cuidado intencional e consciente.

Os profissionais deste estudo buscavam realizar cuidados diferenciados, os quais Watson denomina de cuidado transpessoal, de forma que se potencializem a cura e a integridade do paciente²³.

Os elementos do PCC foram ressaltados pelos participantes, demonstrando que o cuidar que exercem guarda relação com a Teoria do Cuidado Humano. Tal fato lhes confere a denominação de profissionais *cáritas*, pois atuam com respeito perante si e o outro com consciência do cuidado e apresentam comportamento ético-moral ideal para estabelecer a intencionalidade do cuidado com cada paciente⁵.

Mesmo desconhecendo o conceito de cuidado transpessoal e seus preceitos, é possível aludir que eles estão conscientes do seu papel como seres de cuidadores e que essa postura permite que eles se acerquem e deem a devida atenção aos pacientes, mesmo diante das adversidades enfrentadas cotidianamente nos diferentes setores.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que, no cotidiano, os profissionais em estudo desenvolvem cuidados que guardam relação com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, pois os elementos do PCC puderam ser identificados em sua prática. Por conseguinte, são considerados profissionais de enfermagem *cáritas*.

Ressalta-se que a despeito de algumas fragilidades relacionadas à estrutura física e déficit no contingente de trabalhadores, do hospital, campo do estudo, os profissionais demonstraram que realizam cuidados pautados em valores humanos, como o respeito, responsabilidade, ética e amor, ressaltando a valorização de si, do paciente e de seus familiares. Portanto, colocam em prática o cuidado transpessoal.

Contudo, os resultados evidenciam alguns aspectos preocupantes como o sentimento de desvalorização percebido por certos profissionais e o incipiente cuidado de si. Tais achados apontam para a necessidade de pesquisas e intervenções que possibilitem a adoção de condutas de cuidado de si, por parte dos profissionais, e de valorização deles, por parte da instituição.

Este estudo está demonstrando que é possível a articulação da Teoria do Cuidado Humano à prática dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar e isso pode fortalecer o processo do cuidado. Ademais, esta é uma abordagem útil aos enfermeiros gestores que pretendem utilizar/implementar o processo de cuidado pautado em uma teoria. É possível, por exemplo, identificar os profissionais *cáritas*, e a partir deles iniciar o processo de capacitação, no intuito de que eles se tornem multiplicadores dos preceitos da Teoria do Cuidado Humano.

Como limitação do estudo, destaca-se que os participantes foram indicados por suas chefias como referências de cuidado e que, associando seu reduzido número frente ao total de profissionais da instituição, as características identificadas possivelmente não refletem a realidade de cuidado no hospital pesquisado. Apesar disso, ao solicitar às chefias de setor a indicação de profissionais que fossem referência de cuidado, mesmo sem conhecimento da teoria em questão, todas as chefes indicaram profissionais com perfil *cáritas*, demonstrando que o cuidado transpessoal seria uma possível solução para os infortúnios do cotidiano do cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in nursing: an analysis grounded in a conceptual model. *Esc. Enferm. USP*. 2013 [cited 2018 Apr 20]; 47 (2): 500-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>
2. Urra EA, Jana AM, García AV. Some essential aspects of Jean Watson thought and her transpersonal caring theory. *Cienc. enferm*. 2011 [cited 2018 Apr 09]; 17 (3): 11-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
3. Raimond ML, Fregadoli D, Meier MJ, Wall ML, Labronici LM, Raimondo-Ferraz MI. Brazilian scientific production based on Orem's Nursing Theory: integrative review. *Rev. bras. enferm.* (Online) 2012 [cited 2018 Apr 09]; 65 (3): 529-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300020>
4. Santos MR, Bouso RS, Vendramim P, Baliza MF, Misko MD, Silva L. The practice of nurses caring for families of pediatric inpatients in light of Jean Watson. *Esc. Enferm. USP*. 2014 [cited 2018 Apr 09]; 48 (esp): 82-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600012>
5. Fonseca ALN, Lacerda MR, Maftum MA. Transpersonal nursing home care to the mentally ill and their families. *Cogitare enferm. rev.* 2006 [cited 2018 Apr 09]; 11 (1): 7-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i1.5973>
6. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors. *Texto & contexto enferm.* (Online). 2007 [cited 2018 Jun 8]; 16 (1): 129-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
7. Watson J. Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creat. nurs.* 2018 [cited 2018 May 15]; 14(2):54. DOI: <http://doi.org/10.1891/1078-4535.14.2.54>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 6ª ed. Lisboa (Pt): Edições 70; 2011.
9. Santos I, França LR, Clos AC, Kestenberg CCF, Silva AV. Clinical process and comprehensive care in nursing people with cancer: a pilot study. *Rev. enferm. UERJ*, 2013 [cited 2019 May 16] dez; 21(sp.1):587-93. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10011/7805>
10. Gomes AMT. Nursing care as a significant presence: an intersection between creativity and technology. *Rev. enferm. UERJ*. 2014 [cited 2018 May 15]; 22 (6): 733-4. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.15783>
11. Silva AAA, Terra MG, Freitas FF, Ely GZ, Mostardeiro SCS. Self care under the perception of the mental health nursing professionals. *Rev RENE*. 2013 [cited 2018 May 15]; 14 (6): 1092-102. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3717>
12. Felipin LCS, Merino MFGL, Baena JA, Oliveira RBSR, Borghesan NBA, Higarashi IH. Family-centred care in neonatal and pediatric intensive care unit: nurse's vision. *Cienc. cuid. saude*. 2018 [cited 2018 Dec 15]; 17(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i2.41001>
13. Soares LG, Rosa NM, Higarashi IH, Marcon SS, Molina RCM. Pediatric UCI: the meaning of taking care in the mother's perspective. *Rev. pesqui. cuid. fundam*. 2015 [cited 2018 May 15]; 7(4): 3110-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4965-4971>
14. Catañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. "Empowerment" a possible utopia to rebuild humanization in critical care units. *Hacia. promoc. Salu.* 2015 (Online) [cited 2018 May 15]; 20 (1): 13-34. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000100002&lng=en
15. Ferreira ES, Souza MB de, Souza NVD de O, Tavares KFA. The importance of self-care for nursing professionals. *Ciênc. cuid. saúde*. 2015 [cited 2018 May 15]; 14 (1): 233-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i1.23360>
16. Formiga NS. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre o construto psicológico em diversas áreas científicas. [internet]. Porto (Pt), 2012 [cited 2018 Apr 12]. Available from: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0639



17. Alcântara EH, Almeida VL, Nascimento MG, Andrade MBT, Dázio EMR, Resck ZMR. Perception of nursing staff professionals about the care of patients in palliative care. *Rev. enferm. cent.-oeste min.* 2018 [cited 2019 May 15]. 8:e2673. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2673>
18. Espírito Santo CC, Gomes AMT, Oliveira DC, Munhen AP, Pontes ÉIDS, Costa CPM. Dialogs between spirituality and nursing: an integrative literature review. *Cogitare enferm.* 2013 [cited 2018 Apr 12]; 18 (2): 372-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32588>
19. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
20. Barbosa GC, Menegui S, Lima SAM, Moreno V. National Policy of Humanization and education of health care professionals: integrative review. *Rev. bras. enferm.* (Online) 2013 [cited 2016 Aug 12]; 66 (1): 123-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>
21. Poblete- Troncoso MC, Valenzuela- Suazo SV, Merino J M. Validation of two scales used to measure transpersonal human caring, based on Jean Watson's theory. *Aquichan.* 2012 [cited 2018 Abr 25]; 12(1):8-21. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972012000100002&lng=e&nrm=iso&tlng=pt
22. Taylor EJ, Petersen C, Oyedele O, Haase J. Spirituality and spiritual care of adolescents and young adults with cancer. *Semin. oncol. nurs.* 2015 [cited 2018 Apr 25]; 31(3): 227-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2015.06.002>
23. Gomes IM, Silva DI, Lacerda MR, Mazza VA, Méier MJ, Mercês NNA. Jean Watson's theory of transpersonal caring in nursing home care to children: a reflection. *Esc. Anna Nery Rev. Enf.* 2013 [cited 2018 May 15]; 17(3):555-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300021>