

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

PATRÍCIA KUERTEN ROCHA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE
MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

R582i ROCHA, Patrícia Kuerten

Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem, 2008 [tese] / Patrícia Kuerten – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

110 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – modelo de cuidado.
2. Enfermagem – instrumento de avaliação.
3. Enfermagem - cuidado. I. Autor.

CDU – 616.083

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

PATRÍCIA KUERTEN ROCHA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE
MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2008**

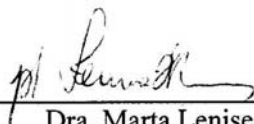
PATRÍCIA KUERTEN ROCHA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE
MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 15 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

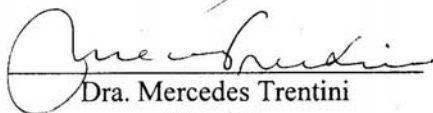


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

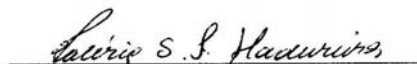
BANCA EXAMINADORA:



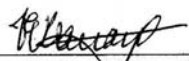
Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente



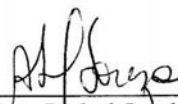
Dra. Mercedes Trentini
Membro



Dra. Valéria S. F. Madureira
Membro



Dra. Telma Elisa Carraro
Membro



Dra. Ana Izabel Jobá de Souza
Membro

Dra. Maria Tereza Leopardi
Membro Suplente

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro Suplente

Dedico este estudo aos meus pais, Márcio e Regina, que me ensinaram a sempre procurar a ser e a fazer o melhor, que me amam incondicionalmente e que estão sempre ao meu lado.

ROCHA, Patrícia Kuerten. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem**. 2008. 110p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientador: Dra. Marta Lenise do Prado

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

RESUMO

Os Modelos de Cuidado representam uma importante estrutura de conhecimento da Enfermagem, sendo que há diferentes propostas de modelos de cuidado que vem sendo progressivamente desenvolvidas. Os mesmos representam uma importante possibilidade de desenvolvimento para a Enfermagem. Todavia, não há uma proposição que permita verificar a legitimidade destes e a efetiva contribuição dos mesmos para a qualidade do cuidado de Enfermagem. Assim, os objetivos deste estudo foram construir um Instrumento de avaliação para Modelos de Cuidado de Enfermagem; sustentar a validade de cada critério de avaliação incluído no instrumento; e, aplicar o instrumento na avaliação do Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Institucionalizadas Vítimas de Violência de Rocha (2005). Consiste em uma pesquisa metodológica e avaliativa. A pesquisa metodológica foi utilizada para a construção da proposta de elaboração e validação do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem, e a pesquisa avaliativa, foi utilizada para a avaliação do Modelo de Cuidado de Rocha (2005). Este estudo foi realizado no período de Março de 2006 a Novembro de 2008. O caminho metodológico para a elaboração do Instrumento de Avaliação para Modelos de Cuidado de Enfermagem foi constituído de quatro diferentes etapas. Primeiramente realizou-se a elaboração dos critérios avaliativos, posteriormente esta proposta passou por uma banca de três especialistas. A proposta foi reelaborada, e avaliada por uma segunda banca com dezoito especialistas. Realizou-se a análise estatística simples dos dados e, as sugestões e comentários das especialistas também foram considerados. Já a avaliação do Modelo de Rocha (2005) foi realizada por um painel de dezoito especialistas, utilizando a proposta do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem deste estudo, ou seja, as especialistas avaliaram o Modelo de Rocha (2005) ao mesmo tempo em que analisaram a proposta do Instrumento. A análise das respostas, sugestões e comentários descritivos das especialistas foi realizada de modo a oferecer sustentabilidade e confiabilidade ao processo avaliativo, incluindo uma análise quantitativa das respostas objetivas e outra qualitativa dos textos elaborados pelas especialistas como parte do processo de avaliação que efetuaram. O rigor e as considerações éticas deste estudo estão interligados ao longo do seu desenvolvimento. Obtivemos como resultados um Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem composto por sete critérios e suas respectivas questões avaliativas. E, o Modelo de Cuidado para Crianças Vítimas de Violência (ROCHA, 2005) foi considerado pelas especialistas como um Modelo de Cuidado para a Enfermagem, sendo que necessita de alguns ajustes. Acreditamos que através da utilização do instrumento como um guia, os enfermeiros poderão avaliar, bem como orientar-se para a construção, de outras propostas de Modelos de Cuidado de Enfermagem, reconhecendo sua consistência teórica e prática.

Palavras chaves: enfermagem, modelo de cuidado, avaliação, instrumento, cuidado.

ROCHA, Patrícia Kuerten. **Construction and Validation of n Instrument To Evaluate The Nursing Care Models**. 2008. Thesis (Nursing Doctorate) Federal University of Santa Catarina. Nursing Postgraduation Program. Florianópolis. 110p.

Advisor: Dr. Marta Lenise do Prado

ABSTRACT

The care models represent an important knowledge in nursing. There are different nursing care models, which have been progressively developed and represent an important possibility of development in the area of nursing. However, there is not any proposition which allows to verify the legitimacy of these models and their effective contribution to the quality in nursing care. Thus, the objectives of this study were to create an instrument to evaluate the Nursing Care Models, to support the validity of each evaluation criterion included in the instrument, and, apply the instrument to evaluate Rocha's (2005) Nursing Care Model to Institutionalized Children Victims of Violence. This research is methodological and evaluative research. The methodological research was used to create the instrument elaboration and validation proposal to evaluate the nursing care models. The evaluative research was used to evaluate Rocha's (2005) Care Model. This study was carried out from March 2006 to November 2008. The methodological path to elaborate the Nursing Care Model Evaluation Instrument had four different steps. First, the elaboration of the evaluation criteria; second, the proposal was analyzed by a three-member committee of specialists, third, the proposal was revised and evaluated by a second eighteen-member committee of specialists; and, fourth, the statistical analysis was made and the comments and suggestions made by the specialists were taken into consideration. The evaluation of Rocha's (2005) Model was made by eighteen specialists using the proposal of nursing care model evaluation instrument presented in the present study, that is, the specialists evaluated Rocha's (2005) Model and the instrument proposal at the same time. The analysis of their answers, suggestions and comments was used to offer support and reliability to the evaluative process, including the quantitative analysis of the objective answers and the qualitative analysis of the texts elaborated by the specialists as part of the evaluative process they participated. The rigor and the ethical considerations of this study are presented throughout the study. The final result was an Instrument to Evaluate the Nursing Care Models consisting of seven criteria and their respective evaluative questions. The Care Model to Children Victims of Violence (ROCHA, 2005) was considered as a Nursing Care Model by the specialists, which, on the other hand, needs some small changes. Moreover, this is believed that, the nurses will evaluate, guide themselves to create other Nursing Care Model proposals, recognizing their theoretical and practical consistencies through the use of the instrument as a guide.

Key-words: Nursing, care model, evaluation, instrument, care.

ROCHA, Patrícia Kuerten. **Construcción y Validación de un Instrumento para la evaluación de Modelos de Cuidado en Enfermería**. 2008. Tesis (Doctorado en Enfermería) Universidad de Santa Catarina. Programa de Posgrado en Enfermería. Florianópolis. 110 p.

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado

RESUMEN

Los modelos de cuidado representan una importante estructura para el conocimiento de la Enfermería, donde existen diferentes propuestas de modelos de cuidado que están siendo desarrollados progresivamente. Esos modelos representan una importante posibilidad de desarrollo para la Enfermería, sin embargo, no existe todavía, una proposición que permita verificar su legitimidad y su efectiva contribución para la calidad de la atención en Enfermería. Por ese motivo, los objetivos de este estudio fueron: construir un Instrumento de Evaluación para Modelos de Cuidado en Enfermería; sustentar la validez de cada criterio de evaluación incluido en el instrumento; y, aplicar el instrumento en la evaluación del Modelo de Cuidado en Enfermería para Niños Institucionalizados, Víctimas de Violencia de Rocha (2005). Este estudio, realizado en el período de marzo de 2006 a noviembre de 2008, se hizo a partir de una investigación metodológica y de evaluación. La investigación metodológica se realizó para la construcción de la propuesta de elaboración y validación del Instrumento para la Evaluación de los Modelos de en Enfermería, y la investigación de evaluación, fue empleada para la evaluación del Modelo de Cuidado de Rocha (2005). El camino metodológico para la elaboración del Instrumento de Evaluación para Modelos de Atención en Enfermería se constituye de cuatro etapas diferentes: Primero, se realizó la elaboración de los criterios de evaluación. Posteriormente, esa propuesta fue evaluada por un grupo de tres especialistas. La propuesta fue reformulada y evaluada luego por un segundo grupo formado por dieciocho especialistas. Se hizo un análisis estadístico simple de los datos, y las sugerencias y comentarios de los especialistas también fueron consideradas para la elaboración del estudio. En relación a la evaluación del Modelo de Rocha (2005), fue realizada por un grupo de dieciocho especialistas, utilizándose para ello, la propuesta del Instrumento para Evaluación de Modelos de Cuidado en Enfermería de este estudio. O sea, los especialistas evaluaron el Modelo de Rocha (2005) al mismo tiempo que analizaban la propuesta del Instrumento. El análisis de las respuestas, sugerencias y comentarios descriptivos de los especialistas fue realizado de forma que pudiese ofrecer sustentación y confiabilidad al proceso de evaluación, incluyendo un análisis cuantitativo de las respuestas objetivas, y otro análisis cualitativo de los textos elaborados por los especialistas como parte del proceso de evaluación que realizaron. El rigor y las consideraciones éticas de este estudio se encuentran interrelacionados a lo largo de su desarrollo. Como resultado, se obtuvo un instrumento de Evaluación de Modelos de cuidado en Enfermería formado por siete criterios y sus respectivas cuestiones evaluativas. Además, el Modelo de Cuidado para Niños Víctimas de Violencia (ROCHA, 2005) fue considerado por los especialistas como un Modelo de Cuidado para Enfermería, pero necesita de algunas modificaciones. Creemos que a través de la utilización del instrumento como una guía, los enfermeros podrán evaluar y orientarse en la construcción de otras propuestas de Modelos de Cuidado en Enfermería, reconociendo su valor teórico y práctico.

Palabras Clave: Enfermería; Modelo de Cuidado; Evaluación; Instrumento; Cuidado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	13
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 TIPO DE ESTUDO	14
3.2 A PESQUISA METODOLÓGICA: PASSOS DA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	14
3.2.1 Primeira Etapa.....	14
3.2.2 Segunda Etapa	16
3.2.3 Terceira Etapa	16
3.2.4 Quarta Etapa	17
3.3 A PESQUISA AVALIATIVA: PASSOS DA AVALIAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO DE ROCHA (2005).....	18
3.4 RIGOR DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	19
4 PUBLICAÇÕES	20
4.1 ARTIGO 1 - MODELO DE CUIDADO ¿QUE ÉS Y COMO ELABORARLO?	20
4.2 ARTIGO 2 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	28
4.3 ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
6 REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO

O cuidado é o fio condutor da ciência da Enfermagem, de sua estrutura de conhecimento, de sua evolução, sendo que tanto a prática quanto a estrutura teórica desta Disciplina estão embasadas na forma e na complexidade do cuidado prestado.

O conceito de cuidado é construído a partir do conhecimento científico e empírico do profissional, da cultura e das crenças tanto do cuidador quanto do ser cuidado e seu acompanhante, da instituição e do ambiente em que estes se inserem.

Pela forma como o cuidado é realizado se estabelece um processo: o processo de cuidado de enfermagem, que emerge do encontro entre dois (ou mais) seres humanos em que cada um detém elementos do processo de cuidado. É um sistema de trocas, tendo em vista a determinação da natureza do cuidado e os meios de desencadear. (COLLIÉRE, 1989).

Este processo de cuidado quando estruturado conceitualmente e/ou metodologicamente na Enfermagem, pode ser visto como diferentes estruturas que possuem um grau de abstração diverso, como: modelo de cuidado, teoria, modelo conceitual, metodologia de cuidado, entre outros.

Assim, para alguns autores como Fawcett (2005) e Meleis (1997), o conhecimento de Enfermagem é classificado e estruturado do maior para o menor grau de abstração. Fawcett (2005) refere que o conhecimento de Enfermagem é classificado e estruturado em ordem decrescente de abstração, podendo ser definido em: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos. Meleis (1997) não classifica as estruturas de conhecimento de enfermagem, porém cita que modelos conceituais possuem um nível de abstração inferior ao das teorias.

Já a estrutura do conhecimento apresentada por outros autores como Tomey (2000) e Keck (2000), diferem da de Fawcett (2005), pois aparecem outros componentes, como: filosofia, ciência, modelo, modelo conceitual, paradigma, teoria.

Assim, os termos que denominam as estruturas do conhecimento como teoria, modelo conceitual, modelo de cuidado, entre outros, nos indicam que não há um consenso entre os autores, no que tange a unicidade de termos e a composição estrutural.

Para entendermos o porquê desta diferenciação nas terminologias e da evolução do conhecimento, necessitamos compreender o contexto da Enfermagem na história. Precisamos voltar às fontes do conhecimento da Enfermagem, onde se destacam Catherine McAuley que conjuntamente com outras enfermeiras Irlandesas, no começo do Século 19, fundaram em

Dublin o “Institute of Our Lady Mercy”, estabelecendo assim serviços de enfermagem domiciliar e hospitalar, desenvolvendo o conhecimento de enfermagem por vários anos. Suas experiências e conhecimentos foram registrados e são apresentados por autores como um modelo conceitual. (MEEHAN, 2003).

Os escritos de Florence Nightingale, de 1859, que são considerados as primeiras teorias ou modelos conceituais desenvolvidos, também expressam o significado do processo de cuidado, a conceitualização de ambiente, a advertência para as enfermeiras não focarem somente a doença e a diferenciação do enfoque teórico da Enfermagem do da Medicina, assim estabelecendo as diretrizes da Enfermagem. (RIEHL e ROY, 1974; VILLALOBOS, 1998; CARRARO, 2001; FAWCETT, 2005; ADUE, CHERVO, PRADO, CARRARO, 2008).

Todavia, foi depois de 1950 que grande número de enfermeiras teóricas passam a desenvolver modelos conceituais de Enfermagem que oferecem suporte para o desenvolvimento das teorias de Enfermagem e do conhecimento desta. (ALLIGOOD, 2006). Segundo Leddy e Pepper (1993), a ciência da Enfermagem tem sido derivada principalmente das teorias sociais, biológicas e médicas.

Estas mudanças também ocorreram devido a transformações na educação de Enfermagem, ou seja, os alunos de Enfermagem começaram a frequentar faculdades ou universidades, em vez de hospitais escolas. E, isto, determinou uma nova aprendizagem, com alunos diferenciados, conteúdo voltado à Enfermagem, bem como à metodologia utilizada. Enfermeiras educadoras assumiram a educação destes alunos, o que anteriormente era realizado por médicos; idéias e conceitualizações de Enfermagem receberam destaque; os objetivos dos cuidados de enfermagem foram focados, como também, o cuidado ao paciente. (RIEHL e ROY, 1974).

A partir disto, os modelos conceituais e teorias de Enfermagem foram sendo aprimorados e desenvolvidos nas últimas décadas em diferentes partes do mundo, sendo que a enfermagem norte-americana se destacou devido a sua elaboração teórica e filosófica. (HERRERA, 2002).

No Brasil, no final dos anos 60, a investigação sistematizada em busca de um corpo de conhecimento específico de Enfermagem e a construção de modelos para a prática começaram a tomar destaque. A construção do conhecimento da Enfermagem teve suas primeiras tentativas quando surgiu a sistematização das técnicas de Enfermagem e, mais tarde, com a preocupação em organizar princípios científicos para nortear a sua prática. (PAIM, 1998).

Segundo Silva e Arruda (1993), a Enfermagem brasileira vem utilizando referenciais

com base em diferentes paradigmas na prática e no ensino, devido aos avanços teóricos promovidos pelo avanço dos programas de pós-graduação *strictu-sensu* (mestrado e doutorado). Como consequência disto há o desenvolvimento de estudos e a utilização de referenciais, que trazem questionamentos quanto a questões conceituais e/ou práticas.

A partir destes avanços no conhecimento apareceram divergências conceituais, e, o termo modelo de cuidado recebeu diversas conotações, o que nos levou a busca de seu esclarecimento. Segundo Rocha e Prado (2008), modelo de cuidado pode ser definido como uma estrutura do conhecimento de Enfermagem formada por um marco referencial (ou um marco teórico) que define as referências teóricas e filosóficas do modelo e, uma metodologia que descreve o método de como o cuidado será realizado na prática da enfermagem.

No Brasil, em meados da década de noventa, aparecem diferentes propostas de modelos de cuidado (ERDMANN, 1987; ZANCHETTA, 1990; VIEIRA, 1991; SILVA, 1994, CARRARO, 1994, CARRARO e WALL, 2005; TEIXEIRA e NITSCHKE, 2008) que vem sendo progressivamente desenvolvidas na Enfermagem. Os modelos de cuidado nem sempre foram assim designados por seus autores, porém representam uma importante possibilidade de desenvolvimento do conhecimento desta Disciplina. No entanto, o avanço na construção dos mesmos ainda necessita de processos validativos, com parâmetros que permitam avaliar sua coerência teórica e pragmática.

Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, Graham (2006) propõem uma possível avaliação para modelos de cuidado, mas os mesmos não elaboraram seu próprio conceito de modelo de cuidado, bem como não criaram critérios que poderiam ser utilizados na avaliação de modelos de cuidado. Os autores re-elaboraram os critérios de avaliação de programas de saúde de Hawe, Degeling, Hall (1990), utilizando um conceito de modelo de cuidado voltado para serviços de saúde de Queensland Health (2000), o qual considera que “modelo de cuidado” é um conceito multidimensional, no qual define amplamente como os serviços de saúde são oferecidos.

Desse modo, um novo desafio se apresenta e consiste na proposta de elaborar um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem, que seja capaz de contribuir para a valoração/aplicabilidade do mesmo nos contextos da prática desta Disciplina. Pela sua natureza subjetiva, um modelo de cuidado guarda uma dificuldade maior para a proposição de critérios que sejam capazes de destacar e considerar tal natureza.

Para entendermos a complexidade desta temática e elaborarmos os critérios para a avaliação de modelos de cuidado de enfermagem propomos a elaboração desta tese, sendo que a mesma foi desenvolvida com o auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico – CNPq, como um doutorado sanduiche. Assim, a doutoranda foi aceita como aluna na University of Alberta, em Edmonton, Alberta, Canadá, no período de Fevereiro a Setembro de 2008. Durante a estada na University of Alberta, desenvolveu várias atividades acadêmicas, entre elas, discussões formais e informais com especialistas em teorias e modelos conceituais sobre o tema proposto.

A avaliação de um modelo de cuidado se aproxima dos fundamentos que sustentam a avaliação de uma pesquisa qualitativa. Como afirma Demo (1998) a pesquisa qualitativa investiga fenômenos subjetivos, sendo estes difíceis de serem estruturados e sistematizados, pois são caracterizados como qualidades, que realçam emoções, e por isso há uma dificuldade formal científica. Assim, por acreditarmos, que um modelo de cuidado alcança a subjetividade do cuidado ao mesmo tempo que consegue expressar sua objetividade, questionamos: quais são os critérios válidos para avaliar modelos de cuidado de enfermagem?

Além disto, a elaboração do Modelo de Cuidado de Enfermagem de Rocha (2005), durante o Curso de Mestrado em Enfermagem desenvolvido na Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 2004 a 2005, que enfoca o cuidado à crianças vítimas de violência utilizando o brinquedo terapêutico, nos reportou durante e após a sua elaboração questionamentos quanto a sua aplicabilidade e fidedignidade. O que nos fez pensar em avaliá-lo, e foi devido a construção deste modelo de cuidado que surgiu a idéia central desta tese. Assim, propomos utilizar os critérios para avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem desenvolvidos neste estudo, no Modelo de Cuidado de Rocha (2005) no intuito de identificar quais as fortalezas e as fragilidades do mesmo.

Buscamos na literatura como os estudos qualitativos eram avaliados, e verificamos que por apresentarem questões direcionadas ao desenvolvimento da compreensão do significado e experiência das dimensões de vidas humanas e mundos sociais, os mesmos são difíceis de serem avaliados. (FOSSEY, HARVEY, MCDERMOTT, DAVIDSON, 2002; PICKLER, 2007). No entanto, apesar de ser um desafio efetuar esta avaliação, há a necessidade de ultrapassar estas barreiras e buscar abordagens, estratégias e metodologias que nos permitam, através de padrões e técnicas, especialmente pela lógica, pelo senso comum e por algumas estruturas já existentes, construir processos avaliativos. (AMEZCUA e TORO, 2002; MORSE, 2006; BURNS E GROVE, 1993).

Como afirma Demo (1998), a quantidade é parte constituinte de qualquer qualidade e vice-versa, ou seja, toda qualidade admite alguma formalização, o que não faz sentido em apostar na dicotomia entre quantidade e qualidade, pela razão simples de que não é real, ou seja, o reino da pura quantidade ou da pura qualidade é ficção conceitual. E é através disso

que percebemos a possibilidade da utilização de critérios para a avaliação de pesquisas qualitativas.

Concordamos com Morse et all (2002) quando se referem à necessidade de haver rigor nos estudos qualitativos e de mantermos a qualidade do mesmo durante a sua elaboração. Mas, pensamos que a avaliação de um estudo qualitativo pode ser verificada também após o término do mesmo, já que são momentos diferentes. O primeiro momento, consiste na elaboração da pesquisa, assim, necessitando seguir os passos metodológicos, assegurar a confiabilidade e a validade da proposta do estudo. E, a pesquisa em si também gera um produto, neste caso um modelo de cuidado, que também necessita ser avaliado.

Deste modo, este estudo é uma investigação que pode representar para a Enfermagem novas contribuições devido à clarificação de conceitos, novas proposições e um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem.

2 OBJETIVOS

- Construir um Instrumento de avaliação para Modelos de Cuidado de Enfermagem.
- Sustentar a validade de cada critério de avaliação incluído no instrumento.
- Aplicar o instrumento na avaliação do Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Institucionalizadas Vítimas de Violência de Rocha (2005).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo consiste em uma pesquisa metodológica e avaliativa. A pesquisa metodológica foi utilizada para a elaboração do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem. A mesma permite o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos ou métodos de investigação. (POLIT, BECK, 2008; WILSON, 1989).

Já a pesquisa avaliativa, foi utilizada para a avaliação do Modelo de Cuidado de Rocha (2005). As pesquisas avaliativas são utilizadas quando os pesquisadores buscam determinar a efetividade de um programa, prática ou procedimento. Estudos avaliativos questionam se uma intervenção é mais efetiva que o cuidado usual ou verificam, ou apreendem se o programa funciona na prática. Os mesmos podem focar o processo ou os resultados. (POLIT, BECK, 2008; WILSON, 1989). Os estudos avaliativos possuem os seguintes propósitos: identificar as metas; descobrir as fortalezas do estudo; determinar as razões para o sucesso ou o insucesso do mesmo; analisar os problemas encontrados; estudar o sucesso de técnicas alternativas; identificar inesperados resultados. (WILSON, 1989; WASSERBAUER E ABRAHAM, 1995).

3.2 A PESQUISA METODOLÓGICA: PASSOS DA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

O caminho metodológico para a elaboração do Instrumento de Avaliação para Modelos de Cuidado de Enfermagem foi constituído de quatro diferentes etapas descritas a seguir:

3.2.1 Primeira Etapa

A primeira etapa consistiu na revisão de literatura e elaboração dos critérios do

Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem. Para tal elaboração fizemos uma revisão da literatura e verificamos que, assim como os conceitos, os critérios de avaliação para modelos de cuidado de Enfermagem não estavam claramente definidos.

Após a revisão de literatura que constou do reconhecimento de como se dá a construção do conhecimento e das estruturas do conhecimento da Enfermagem, estabelecemos critérios que poderiam ser utilizados para a elaboração do instrumento. Nesse processo, também foi considerada a experiência na construção de um modelo de cuidado: Modelo de Cuidado de Rocha (2005) construído por meio de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). (TRENTINI e PAIM, 1999; 2004).

O modelo de cuidado de Rocha (2005) foi construído à partir de uma abordagem qualitativa, assim, buscamos referências de processos avaliativos com esta abordagem. Nos deparamos com diferentes indicadores vinculados ao rigor dessas pesquisas. Como referência de abordagem metodológica selecionamos os indicadores propostos na PCA e na meta-síntese. A escolha dessas abordagens foi em decorrência de que a PCA foi a abordagem utilizada no modelo de Rocha (2005) (Anexo 1), como já referenciado. A escolha da meta-síntese foi em decorrência de que esta metodologia consegue analisar diferentes pesquisas qualitativas que tenham uma mesma abordagem e avaliá-las. Associamos a estes os critérios propostos por Morse, et al (2002) para a avaliação de pesquisas qualitativas.

Consideramos que esse conjunto de critérios não abrangia todas as dimensões envolvidas para uma avaliação de modelos de cuidado. Buscamos então, dentre as estruturas de conhecimento da Enfermagem, aquela que mais se aproximava de um modelo de cuidado, considerando seu nível de abstração. Desse modo, as médias teorias foram as escolhidas, selecionando os critérios propostos por Fawcett (2005), pela sua clareza e reconhecimento na Enfermagem. Além disto, ainda utilizamos os critérios de Hawe, Degeling, Hall (1990) modificados por Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, Graham (2006), para avaliação de modelos de cuidado.

Para verificar as congruências existentes entre os critérios de avaliação da pesquisa qualitativa (MORSE, BARRET, MAYAN, OLSON, SPIERS, 2002), da PCA (TRENTINI e PAIM, 1999; 2004), da Meta-síntese (JENSEN e ALLEN, 1996; THORNE, JENSEN, KEARNEY, NOBLIT, SANDELOWSKI, 2004; BONDAS e HALL, 2007), de médias teorias (FAWCETT, 2005) e do modelo de cuidado (DAVIDSON, HALCOMB, HICKMAN, PHILLIPS, GRAHAM, 2006), elaboramos um quadro comparativo (Anexo 2). Após a análise detalhada das semelhanças destes critérios, elaboramos inicialmente dez critérios específicos (consistência interna, adequação empírica do marco referencial/teórico, adequação empírica

da metodologia, adequação pragmática, desenvolvimento do raciocínio teórico-prático, significância, coerência metodológica, simplicidade, resolubilidade, testabilidade) com as respectivas questões para a avaliação de modelo de cuidado.

3.2.2 Segunda Etapa

A segunda etapa constou de uma primeira validação da proposta do instrumento por um painel de especialistas¹. Este painel foi composto por três especialistas, que eram enfermeiras brasileiras, sendo duas doutoras e uma pós-doutora em Enfermagem, que apresentavam publicação no tema proposto e participavam de grupos de pesquisa. Nesta etapa, as especialistas apresentaram sugestões aos critérios do instrumento e as questões avaliativas.

Após a análise detalhada pelas especialistas, a proposta do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem sofreu alterações, quando foi suprimido o critério testabilidade, reelaborados outros e algumas questões foram alteradas. Assim, o Instrumento para Avaliação ficou composto por nove critérios (consistência interna, adequação empírica do marco referencial/teórico, adequação empírica da metodologia, adequação pragmática, desenvolvimento do raciocínio teórico-prático, significância, coerência metodológica, simplicidade, resolubilidade), com questões avaliativas correspondentes. Ao final de cada critério, foi colocado um espaço sombreado para a especialista indicar se concordava, não concordava ou concordava em parte com o critério proposto, e outro para sugestões e comentários, (quando indicado o não concordava ou o concordava em parte) (Anexo 3).

3.2.3 Terceira Etapa

A terceira etapa constou de um segundo painel de dezoito especialistas em Enfermagem. As mesmas utilizaram para testar a proposta do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem, o Modelo de Cuidado de Rocha (2005). A seleção das especialistas atendeu aos seguintes critérios: representatividade das cinco regiões brasileiras (sul, sudeste, norte, nordeste e centro-oeste), em consideração as diferentes realidades; ser

¹ Este painel foi parte da qualificação da tese de doutorado.

enfermeira brasileira; publicar trabalhos na área da criança, violência e/ou metodologia da pesquisa; possuir doutorado ou pós-doutorado e participar de grupos de pesquisa. As especialistas foram escolhidas através da Plataforma Lattes/CNPq/MCT². Foram selecionados trinta e nove especialistas, utilizando o critério de maior score do currículo registrado na plataforma lattes (acima de 100 pontos) e respeitando a proporção de especialistas por região, sendo que destas, dezoito responderam o Instrumento (Tabela 1).

Para cada uma das especialistas selecionadas foi enviado um e-mail com uma carta convite com explicação sintética sobre o estudo. Após o aceite da especialista foi enviado um segundo e-mail, anexando: o Instrumento de Validação de Modelo de Cuidado (Anexo 0), o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) (Anexo 04) ; um resumo explicativo sobre o propósito do estudo (Anexo 5) e o Termo de Autorização (Anexo 6).

Tabela 1: Seleção das especialistas por região

	Sul	Sudeste	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Total
Enviados	11	15	03	07	03	39
Respondidos	04	05	02	06	01	18

3.2.4 Quarta Etapa

A quarta etapa constou da análise das respostas das especialistas. As respostas foram organizadas em quadros analíticos, nos quais constaram os critérios, as questões avaliativas, as respostas das especialistas e suas sugestões. Os dados foram analisados por meio da leitura e re-leitura do quadro analítico, verificando a concordância das especialistas aos itens do instrumento. Além, da análise estatística simples dos dados, consideramos todas as sugestões e comentários das especialistas, independentemente de terem assinalado a concordância. De posse dessa análise, o instrumento foi re-elaborado (Anexo 7), ficando

² A Plataforma Lattes representa uma base de dados de currículos e de instituições da área de ciência e tecnologia em um único Sistema de Informações, cuja importância atual se estende, não só às atividades operacionais de fomento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) do Brasil, como também às ações de fomento de outras agências federais e estaduais do Brasil. O Currículo Lattes registra a vida pregressa e atual dos pesquisadores sendo elemento indispensável à análise de mérito e competência dos mesmos. Disponível em: (<http://lattes.cnpq.br/conteudo/aplataforma.htm>)

composto por sete critérios (consistência interna, adequação empírica do marco referencial/teórico, adequação empírica da metodologia, adequação pragmática, desenvolvimento teórico-prático, significância, coerência metodológica), com questões validativas correspondentes.

3.3 A PESQUISA AVALIATIVA: PASSOS DA AVALIAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO DE ROCHA (2005)

A avaliação do Modelo de Rocha (2005) foi realizada por um painel de dezoito especialistas, as quais utilizaram, para tanto, a segunda proposta do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem deste estudo, ou seja, as especialistas avaliaram o Modelo de Rocha (2005) ao mesmo tempo em que analisaram a proposta do Instrumento.

O painel de especialistas foi o mesmo utilizado para validar o Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem, assim foi composto por especialistas em Enfermagem do Brasil, especializados em pediatria e/ou violência e/ou metodologia de pesquisa. Sendo que procuramos abranger todas as regiões do país: quatro da região sul, cinco da sudeste, dois da norte, seis da nordeste e uma da centro-oeste.

O Instrumento de Avaliação continha os nove critérios e as perguntas avaliativas correspondentes. Apresentamos ao lado de cada questão avaliativa um espaço para a especialista realizar sugestões e outros comentários sobre o modelo proposto (Anexo 3).

A análise das respostas, sugestões e comentários descritivos das especialistas foi realizada de modo a oferecer sustentabilidade e confiabilidade ao processo avaliativo, incluindo uma análise quantitativa das respostas objetivas e outra qualitativa dos textos elaborados pelas especialistas como parte do processo de avaliação que efetuaram.

Assim, as respostas quantitativas foram sistematizadas em quadros com o intuito de facilitar a análise. Cabe ressaltar, que as especialistas responderam sim, não e algumas não assinalaram nenhuma das alternativas, apresentando apenas comentários descritivos. No intuito de sistematizar os dados, essas situações foram registradas como “somente sugestões”.

As sugestões e comentários das especialistas foram analisadas através dos seguintes passos: 1 - elaboração de um quadro com os textos de sugestões e comentários por critério da avaliação das especialistas; 2 - codificação dos textos; 3 - agrupamento dos códigos

semelhantes; 4 - identificação das temáticas correspondentes; 5 - realização da interpretação do conteúdo.

3.4 RIGOR DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O rigor e as considerações éticas deste estudo estão interligados ao longo do seu desenvolvimento, pois a ética se mostra com a realização adequada e fidedigna da utilização de instrumentos e critérios avaliativos nas questões propostas, enquanto que o rigor se mostra pela fidelidade aos princípios da pesquisa. Foi enviado a todas as especialistas um Termo de Autorização, no intuito que as mesmas autorizassem o uso de suas respostas em publicações e apresentações de trabalhos, como também, na elaboração do relatório final de Tese (Anexo 6).

4 PUBLICAÇÕES

4.1 ARTIGO 1 - MODELO DE CUIDADO ¿QUE ÉS Y COMO ELABORLARLO?

Rocha, P. K.; Prado, M. L. **Modelo de cuidado: ¿qué es? ¿Y cómo elaborarlo?** Index de Enfermería, v. 17, n. 2, p. 128-132. 2008. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es> Acesso em: 13 nov. 2008.

METODOLOGIA CUALITATIVA



Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo?

Patricia Kuerten Rocha,¹
Marta Lenise do Prado²

¹Enfermera, Maestra.
Universidad Federal de Santa
Catarina, Florianópolis, Santa
Catarina, Brasil. ²Enfermera,
Doctora en Filosofía de la
Enfermería. Profesora y
Coordinadora del Programa de
Postgrado del Departamento de
Enfermería de la Universidad
Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, Santa Catarina,
Brasil

Correspondencia: Patrícia
Kuerten Rocha. Av. Buriti, s/n,
Bl. B, Apto 508, Bairro Parque
São Jorge, Florianópolis, Santa
Catarina, Brasil, Cep 88034500

Manuscrito recibido el 1.10.07
Manuscrito aceptado el 6.2.08

Index de Enfermería [Index
Enferm] **2008; 17(2): 128-132**

Cómo citar este documento

Kuerten Rocha, Patricia; Prado, Marta Lenise do. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2008; 17(2). Disponible en <[http://www.index-f.com/index-](http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6619.php)

enfermeria/v17n2/6619.php> Consultado el

12 de Noviembre de 2008

Resumen

En el presente artículo se realiza una reflexión teórica sobre el significado del modelo de cuidado de enfermería, además de ofrecer elementos para su elaboración. Existe una diversidad de terminologías sobre lo que es modelo de cuidado y sus elementos, tales como: modelo de cuidado, marco/sistema/modelo conceptual, marco de referencia, marco teórico, metodología y método. En este estudio son presentadas las etapas que sistematizan el desarrollo de un modelo de cuidado, a saber: planeamiento, desarrollo, implementación y evaluación. Por ser dinámica, la elaboración de un modelo de cuidado necesita de la interacción directa entre el investigador y el sujeto. La lógica inductiva-deductiva-inductiva le permite al investigador un ir y venir del mundo de la práctica al mundo abstracto reflexivo. Un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, al mismo tiempo que estimula el conocimiento y el desarrollo de la Enfermería. De esa manera, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos que califican y perfeccionan la praxis de la Enfermería.

Palabras clave: enfermería, modelo de cuidado, conocimiento.

Abstract (Model of care: What is it? And how do you elaborate it?)

This article develops a theory about the nursing care model's meaning and it also offers subsidies for its elaboration. There is a diversity of terminologies on what care model and their components are, like the following ones: care model, mark, system, conceptual model, referential mark, theoretical mark, methodology and method. The stages that systematize the development of a care model are the following: planning, development, implementation and evaluation. The elaboration of a care model is dynamic and it needs the direct interaction between the researcher and the subject. The inductive-deductive-inductive logic allows the researcher to move from the practice world to the reflexive abstract one. A care model implies the construction of knowledge that favors differentiated and specific care and, at the same time, it impels knowledge itself and the Nursing development. This way, care models include knowledge that qualify and improve the Nursing praxis.

Key-words: nursing, care model, care, knowledge.

Introducción

En el presente artículo se establece una reflexión sobre lo qué es un modelo de cuidado y cómo puede ser realizada su elaboración. Existen varios conceptos sobre lo que significa modelo y las formas de estructuración del conocimiento de la Enfermería. Los conceptos de modelo de cuidado y las formas de elaboración de estructuras del conocimiento aquí presentadas son de filósofos y enfermeras. El concepto de cuidado es construido a partir del conocimiento científico y empírico del profesional, de la cultura y de las creencias, tanto del profesional como del ser que es cuidado y de su acompañante, así como de la institución y del ambiente en que ellos se ubican.

Estos conceptos se complementan en determinados momentos, divergen en otros, o nos auxilian en la búsqueda de nuevos conceptos.

El cuidado se produce en la relación entre el cuidador y el ser que es cuidado, en la cual podemos identificar cinco perspectivas respecto a su naturaleza: el cuidado como característica humana, el cuidado como imperativo moral, el cuidado como afecto, el cuidado como interacción interpersonal, y el cuidado como intervención terapéutica, siendo que en el proceso de cuidar existe interrelación entre esas categorías.¹ Por la forma como el cuidado es realizado se establece un proceso: el proceso de cuidado de enfermería. Ese cuidado procede de un encuentro entre dos (o más) seres humanos, en el cual cada uno de ellos contiene elementos del proceso de cuidado. Es un sistema de intercambios, teniendo en cuenta la determinación de la naturaleza del cuidado y los medios para producirlo.² Cuando es estructurado conceptualmente o metodológicamente, ese proceso de cuidado puede recibir diferentes denominaciones, tales como: modelo de cuidado, teoría, modelo conceptual, metodología del cuidado/ asistencia, entre otras. Para comprender lo que cada término significa, necesitamos primero comprender la estructura del conocimiento de Enfermería.

El conocimiento de Enfermería es clasificado y estructurado según un mayor o menor grado

de abstracción. La estructura del conocimiento en orden decreciente de abstracción puede ser definida como: metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos. Todos los elementos de la estructura del conocimiento, a excepción de los indicadores empíricos, son compuestos por conceptos y proposiciones.³ El metaparadigma es la perspectiva más global y más abstracta de la disciplina. En su estructura conceptual encontramos cuatro diferentes conceptos metaparadigmáticos: ser humano, ambiente, salud y Enfermería. La Filosofía es el segundo elemento de esta estructura, la cual puede ser definida como una afirmación ontológica sobre el fenómeno central de interés de la disciplina, una afirmación epistemológica sobre cómo aquel fenómeno es visto, y, una afirmación ética sobre lo que los miembros de la disciplina evalúan. El tercer elemento es el modelo conceptual, que es definido como un conjunto de abstracciones relativas y conceptos generales que orientan el fenómeno central de interés de la disciplina. Ahí encontramos las proposiciones que son las que generalmente describen esos conceptos, así como también, las proposiciones que afirman la abstracción relativa y las relaciones generales entre dos o más conceptos. El modelo conceptual es sinónimo de varios términos, tales como: sistema conceptual, "*framework*", paradigma, y *matrix* disciplinaria. [Debemos aclarar que no existe un consenso global sobre el concepto de paradigma. El uso común del significado de paradigma es amplio, variado y poco definido, pero existe un cierto consenso cuando es conceptualizado como ejemplo fundamental de alguna categoría de objetos.⁴ La misma autora complementa su reflexión definiéndolo como un modelo o un modo de conocer, que incluye la comprensión del individuo cognosciente, así como una comprensión acerca del mundo en que vive y de las relaciones entre ambos. Para la autora, paradigma es descrito como un ámbito de producción del conocimiento constituido por tres dimensiones fundamentales: ontología, epistemología y metodología]. El cuarto elemento de la estructura de conocimiento de la Enfermería es la teoría. La teoría es definida como uno o más conceptos relativamente concretos y específicos que son derivados de un modelo conceptual, y proposiciones que describen limitadamente esos conceptos, y que afirman relaciones específicas y concretas entre dos o más conceptos. El último elemento de la estructura de conocimiento son los indicadores empíricos, los cuales son definidos como instrumentos, o condición experimental, o procedimientos, los cuales son usados para observar o medir un concepto de media teoría.³

Las estructuras del conocimiento pueden ser diferenciadas de las anteriormente citadas, en: filosofía, ciencia, conocimiento, modelo, modelo conceptual, paradigma, teoría.⁵ También existe una distinción entre modelos y teorías.⁶ Modelo es una representación esquemática de ciertos aspectos de la realidad, mientras que las teorías son modelos de ciertos fenómenos. Los modelos son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y determinar las relaciones entre esos conceptos. Los modelos también permiten que los conceptos sean operados en el papel antes de ser confrontados con la realidad. Además de eso, los modelos auxilian las enfermeras en el sentido de que les ofrecen una explicación observable de los elementos que integran una teoría. Todas las teorías son modelos, pero no todos los modelos son teoría.⁶ Los términos que denominan las estructuras del conocimiento, tales como teoría, modelo conceptual, modelo de cuidado, entre otros, nos indican que no hay un consenso entre los autores en lo que se refiere al nivel de abstracción y composición estructural. Para poder entender el porqué de esa diferenciación en las terminologías y en la evolución del conocimiento, necesitamos comprender el contexto de la Enfermería en la historia.

¿Qué es el modelo de cuidado?

La ciencia de la Enfermería ha derivado principalmente de las teorías sociales, biológicas y médicas. Después de 1950, un gran número de enfermeras teóricas han desarrollado modelos de Enfermería que ofrecen apoyo para el conocimiento y el desarrollo de las teorías de Enfermería.⁷ Según algunos autores, Florence Nightingale demostró las primeras teorías (o modelos conceptuales) de la Enfermería. En sus escritos se encontró registrado el significado del proceso de cuidado, la conceptualización de ambiente, la advertencia para que las enfermeras no enfocasen su atención solamente en la enfermedad sino para que también considerasen la diferenciación que hay entre el enfoque teórico de la Enfermería y el de la medicina.^{3,8,9}

En los últimos años, los modelos conceptuales y teorías de enfermería fueron perfeccionados y desarrollados en diferentes partes del mundo, pero fue la enfermería norteamericana la que se destacó con la elaboración teórica y filosófica.¹⁰ A finales de los años sesenta en el Brasil,

comenzó a destacarse la investigación sistematizada en la búsqueda de un cuerpo de conocimiento específico de Enfermería, así como también, la construcción de modelos para la práctica. La construcción del conocimiento de la Enfermería presentó sus primeros intentos cuando surgió la sistematización de las técnicas de Enfermería, y más tarde, con la preocupación por organizar principios científicos para orientar su práctica.¹¹ La Enfermería brasileña ha utilizado en la práctica y en la enseñanza, referenciales procedentes de diferentes paradigmas. Los avances teóricos de los programas de postgrado en Enfermería han contribuido para el desarrollo de los estudios y la utilización de referenciales que aportan cuestionamientos teóricos o prácticos.¹²

Una de las cuestiones conceptuales abordadas se refiere al término modelo de cuidado, el cual en algunos momentos es visto como un marco/sistema/modelo conceptual. En otros momentos es visto como una metodología de cuidado/asistencia, donde existe un marco de referencia (o marco teórico) o simplemente, una metodología o método, y, en otros momentos, es considerado con una cierta indefinición, como un modelo de cuidado que posee la misma estructura de lo que llamamos metodología del cuidado o de la asistencia.

Es necesario definir primero lo que significa cada término, para después definir lo que es para nosotros un modelo de cuidado. Considerando lo anterior, podemos preguntar: ¿qué es un modelo de cuidado? ¿Cuál es su estructura?

En primer lugar, necesitamos revisar lo que es un marco/sistema/modelo conceptual. Para ello, retomamos la definición citada anteriormente, donde se expresa que el modelo conceptual está compuesto de abstracciones relativas y conceptos generales que orientan el fenómeno central de interés de la disciplina, siendo que existen las proposiciones que generalmente describen esos conceptos, así como las que afirman la abstracción relativa y las relaciones generales entre dos o más conceptos.³

Para entender lo que significa metodología del cuidado/asistencia, necesitamos revisar sus elementos: marco referencial, marco teórico, metodología, método. El marco de referencia es definido como un conjunto de conceptos y presupuestos derivados de una o más teorías o modelos conceptuales de enfermería o de otras áreas del conocimiento, u originado en las propias creencias y valores de aquellos que lo conciben para utilizarlo en su práctica con individuos, familias, grupos o comunidades, atendiendo a situaciones generales o específicas en el área de la asistencia, de la administración o en la enseñanza de enfermería.¹²

El marco teórico se refiere a una teoría o grupo de teorías que suministran fundamentos para las hipótesis, para las políticas y para el currículo de una ciencia. Así, la diferencia entre un marco teórico y un marco/modelo conceptual reside en el nivel de abstracción. El marco/modelo conceptual es un conjunto elevadamente abstracto de conceptos relacionados de manera multidimensional, mientras que el marco teórico contiene conceptos que son limitados, específicos y explícitamente interrelacionados.¹³ El marco de referencia posee un nivel de abstracción de menor complejidad que el marco conceptual y el marco teórico, en lo que se refiere al proceso de su construcción teórico-conceptual. O sea, que tiene la finalidad de demarcar el conocimiento en el que se apoya, sirviendo como base para las acciones de enfermería.¹² De esa forma, los conceptos de un marco/modelo conceptual, así como los conceptos y proposiciones contenidos en una teoría pueden ser utilizados como marco de referencia en la práctica de enfermería. En nuestra práctica, el marco de referencia ha sido desarrollado para su utilización en una situación específica, presentando entre sus elementos, la descripción del proceso de enfermería y de las tecnologías a ser usadas, incluyendo parámetros para la recolección de datos, diagnósticos, planos de estrategias, forma de intervención y criterios de evaluación.¹²

Otro de los elementos importantes es la metodología o el método. Para aclarar el significado de esos términos, verificamos que metodología significa el arte de dirigir el espíritu en la investigación de la verdad, o el estudio de los métodos, y especialmente, de los métodos de la ciencia.^{4:1128} La metodología puede designar cuatro cosas diferentes: lógica o parte de la lógica que estudia los métodos, lógica trascendental aplicada; conjunto de procedimientos metódicos de una o más ciencias, y análisis filosófico de tales procedimientos.^{15:669} Método significa proceso o técnica de enseñanza, modo de proceder, manera de actuar.^{14:1128} El método posee dos significados fundamentales, a saber: cualquier investigación u orientación de investigación; una técnica particular de investigación.^{15:668} Así, verificamos que la metodología es la parte conceptual o explicativa de cómo será realizado el cuidado. La metodología abarca el método como un instrumento. O sea, la metodología es la manera como se describe la realización de algo, y el instrumental es el método. Entonces, es la metodología la que explicará cómo se realizará el cuidado, y la forma del cuidado es el método.

A través de la aclaración de los conceptos, podemos observar que la estructura que adoptamos en la elaboración de un modelo de cuidado está compuesta por un marco de referencia (o un marco teórico) que define las referencias teóricas y filosóficas del modelo, y una metodología que describe el método de cómo el cuidado será realizado en la práctica de la enfermería.

Figura 1
Elementos del Modelo de Cuidado de Enfermería



A pesar de esas aclaraciones continuamos con una cuestión conceptual pendiente: la que se refiere a la diferencia que existe entre las terminologías: modelo de cuidado y metodología de cuidado/asistencia. Para algunos autores, los términos modelo y metodología son sinónimos. Sin embargo, existe una diferencia conceptual entre esos dos términos. Por lo tanto, necesitamos verificar el concepto de modelo, el cual significa un conjunto de hipótesis sobre la estructura o el comportamiento de un sistema físico por el cual se busca explicar o proveer, dentro de una teoría científica, las propiedades del sistema; representación en pequeña escala de algo que se pretende ejecutar en escala mayor.^{14:1146} Significa lo mismo que arquetipo: es un ejemplar originario u original de una serie cualquiera. Los arquetipos son ideas simples o ideas complejas asumidas como modelos para medir la adecuación de otras ideas.^{15:678}

Percibimos que el significado de metodología es limitado en relación al término modelo, y que cuando hablamos de modelo de cuidado estamos hablando de algo más amplio que la realización de una asistencia. Aquí estamos hablando de

una estructura teórica y filosófica que fundamenta científicamente los pasos de un cuidado específico, complejo y singular: la metodología. Por lo tanto, los términos metodología del cuidado/asistencia y modelo de cuidado no son correspondientes. Un modelo de cuidado es una estructura del conocimiento de enfermería formada por un marco de referencia (o marco teórico) y una metodología. Posee un nivel de abstracción inferior al de la teoría, porque puede ser derivado de una o más teorías, y presenta, además de un aporte filosófico y teórico, una posibilidad de planeamiento y sistematización del cuidado.

Un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la Enfermería. De esa forma, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de la Enfermería. Si pensamos el modelo de cuidado de enfermería dentro de la estructura de conocimiento anteriormente propuesta,³ también podemos considerar como se estructuran sus elementos, lo cual puede ser visto en la *figura 1- Elementos del Modelo de Cuidado de Enfermería*.

¿Cómo elaborar un modelo de cuidado?

Después de establecer lo que significa modelo de cuidado, necesitamos verificar cómo ocurre su elaboración. Para ello, formulamos algunos cuestionamientos, a saber: ¿cómo se elabora un modelo de cuidado? ¿Cuáles son las etapas de elaboración de un modelo de cuidado? La elaboración de un modelo de cuidado posee las mismas propiedades y necesidades que las de

la construcción del conocimiento. Por lo tanto, necesitamos en primer lugar comprender cómo se adquiere un conocimiento, para después poder entender el proceso de construcción de un modelo.

Conocimiento es idea, noción; información, noticia, ciencia; práctica de la vida, experiencia.^{14:454} El conocimiento es adquirido a través de varios factores, siendo subjetivos y objetivos. Y es a través de esos factores que el conocimiento es elaborado, perfeccionado, y evaluado, cuando es en forma de investigación científica. El conocimiento de enfermería puede ser adquirido de diferentes formas, o sea, es un conjunto de conocimientos empírico y científico, que posee como factores determinantes para su elaboración, las tradiciones o cultura, la autoridad; los préstamos de teorías de otras disciplinas; el ensayo y el error; las experiencias personales; las influencias de otros investigadores; la intuición; el raciocinio lógico y la investigación científica.¹⁶ El raciocinio es el procesamiento y la organización de las ideas para poder llegar a conclusiones. A través de él, las personas son capaces de dar sentido a sus pensamientos y experiencias, siendo que ese raciocinio puede ser inductivo o deductivo, o inductivo-deductivo-inductivo.¹⁶ La lógica inductiva posee un movimiento que va de la observación específica hacia la amplia generalización y teorías. La lógica deductiva se produce de lo general hacia lo particular.¹⁷

Si pensamos en la construcción de un modelo de cuidado, primero necesitamos comprender cómo son elaborados sus elementos (marco de referencia o marco teórico y metodología), y verificar que algunos de sus elementos son elaborados en momentos simultáneos, y otros, en diferentes momentos. Algunos autores proponen las siguientes etapas que sistematizan el desarrollo de un modelo de cuidado: planeamiento, desarrollo, implementación y evaluación.¹⁸ Sin embargo, esos autores no especifican detalladamente cómo desarrollar los elementos de un modelo dentro de estas etapas. Entonces, podemos preguntar lo siguiente: ¿en qué momento se produce la elaboración de cada uno de los elementos de un modelo de cuidado?

El primer paso a ser seguido para la elaboración de un modelo de cuidado es la inquietud del investigador en relación a algún tema a ser desarrollado, lo cual puede surgir de su práctica o de su conocimiento previo sobre el tema. Esa inquietud se convierte en la pregunta de investigación que conducirá al desarrollo del modelo de cuidado. La pregunta de investigación debe ser concisa, coherente, aplicable y lógica. En el momento en el que surge la inquietud, también surgirá el sujeto y el posible ambiente para el cual se desarrollará y aplicará el modelo de cuidado.

Después de la elaboración de la pregunta de investigación, de la elección de los sujetos y del ambiente, el investigador, a través de la revisión de la bibliografía sobre el asunto, verifica el panorama global sobre el tema elegido y delimita los objetivos del estudio, actividades esas que ya acontecen en la primera etapa. La revisión de la bibliografía debe ser profundizada en la segunda y tercera etapas de la elaboración del modelo. En la primera etapa ocurren de manera simultánea la identificación del eje teórico y filosófico y la elaboración de un marco de referencia (o marco teórico). El investigador también comienza a desarrollar la metodología de forma teórica y sistemática.

La determinación por la construcción de un marco de referencia (o de un marco teórico) dependerá de la elección del investigador en relación a los sujetos de la investigación, al ambiente y, principalmente, del objetivo que se quiere alcanzar. Sin embargo, el investigador debe respetar la línea de investigación de su estudio, así como el rigor y la coherencia de la investigación. La construcción del marco de referencia (o marco teórico) es un proceso que está basado en conceptos y presupuestos definidos a partir de creencias, valores y del posicionamiento del investigador ante el tema, el cual debe reflejar su mundo de significaciones, la forma como él realiza el cuidado en el cotidiano y cómo pretende abordar el tema en el estudio. El marco de referencia (o marco teórico) fundamenta las acciones del modelo de cuidado y orienta el cuidado como un todo. Esa construcción teórica y filosófica parte de la conceptualización del investigador sobre la práctica de la Enfermería, y exige la búsqueda del conocimiento a través de lecturas y relecturas, de la elaboración y reformulación del soporte teórico y filosófico hasta que se exprese en sus cuatro conceptos básicos (sujeto, ambiente, cuidado y enfermería) la situación que está siendo estudiada.

La construcción teórica proporciona al investigador la evidencia que él necesita para poder fundamentar, orientar y aclarar sus acciones, señalando y justificando el porqué selecciona un determinado problema de estudio. También permite profundizar, por medio de los conceptos, formas de orientar las acciones de Enfermería, efectuando así, una construcción mental lógicamente organizada.⁹ La construcción del marco de referencia (o marco teórico) se realiza

durante todo el proceso de construcción del modelo de cuidado. En la primera etapa, el marco de referencia es seleccionado, reflexionado y preelaborado. En la segunda etapa es elaborado y aplicado, en la tercera, testado e implementado, y en la cuarta etapa, reevaluado. Los conceptos y presupuestos del marco de referencia (o marco teórico) pueden ser retomados o reelaborados cuantas veces sea necesario hasta que se obtenga la idea central del estudio y se fundamente la práctica de manera adecuada.

La metodología también es delineada en la primera etapa, sin embargo, su desarrollo ocurre principalmente en la segunda etapa, cuando ya existe la interacción entre el investigador y el sujeto de estudio, y cuando es desarrollada totalmente. En la tercera etapa, el investigador tiene la oportunidad de perfeccionar la metodología propuesta y hasta cambiar sus métodos. La metodología se debe adecuar al eje teórico y filosófico del modelo, así como también, a las necesidades de cuidado de los sujetos de la investigación. En la cuarta etapa se vuelve a evaluar la metodología. La flexibilidad metodológica es una importante exigencia de estudios de esa naturaleza. El investigador necesita prestar atención a las preguntas del contexto de la investigación, confrontándolas con el conocimiento ya existente, ajustando el decurso del proceso de acuerdo con su análisis riguroso. En el *cuadro 1*-Etapas del desarrollo del modelo de cuidado (modificado), son presentadas las etapas del modelo de cuidado propuesto,¹⁸ las cuales han sido modificadas a partir de este estudio.

La estructura de elaboración de un modelo de cuidado,¹⁸ nos remite a una visión sistemática en el desarrollo de un modelo, sin embargo, debemos estar atentos, sabiendo que esa estructura no es inmóvil, por el contrario, es un proceso dinámico, en el cual pueden ocurrir etapas simultáneamente o también pueden ser excluidas esas mismas etapas. Lo que no aparece muy claro en los autores,¹⁸ pero que en este estudio se intentó evidenciar, es que la elaboración de un modelo de cuidado por el hecho de ser dinámica, necesita de la interacción directa entre el investigador y el sujeto, para poder realizar los ajustes necesarios en el modelo, adecuándolo al cuidado. La etapa de implementación del modelo es condición necesaria para el refinamiento de la propuesta, ya que le permite al investigador confrontar su modelo abstracto con la realidad concreta. De ese modo, hemos presentado una propuesta para la elaboración de un modelo de cuidado a partir de la estructura anteriormente señalada,¹⁸ que es complementada con la descripción de sus elementos, contribuyendo así para la construcción del conocimiento. Sin lugar a dudas, ese es un proceso complejo dada su unidualidad y subjetividad.

Cuadro 1
Etapas del desarrollo del modelo de cuidado (modificado)

Etapas	Elementos de un Modelo de Cuidado
Planeamiento	- identificación de la pregunta de investigación; - definición de los sujetos y del ambiente; - revisión de la bibliografía; - delimitación de los objetivos; - elaboración preliminar del marco teórico o marco de referencia; - elaboración preliminar de la metodología del modelo de cuidado.
Desarrollo	- implementación de la bibliografía; - desarrollo y aplicación del marco de referencia o marco teórico; - desarrollo y aplicación de la metodología.
Implementación	- implementación de la bibliografía; - implementación del modelo de cuidado.
Evaluación	- evaluación de la eficiencia y eficacia del modelo de cuidado.

Consideraciones finales

La elaboración de un modelo de cuidado de enfermería es la construcción de un nuevo conocimiento o la reestructuración de uno ya preexistente, en el que el protagonista es el ser que es cuidado, y es él, el que dirige cómo ese modelo va a ser finalizado. Es por eso que en este trabajo resaltamos la importancia de la construcción del modelo según la lógica deductiva e inductiva concomitantemente. De esa forma, la Enfermería ha buscado su afirmación a través de la actuación efectiva, teniendo al individuo y no a la patología, como su principal preocupación, vivenciando el proceso de vivir del individuo, centrando su enfoque en la promoción del bienestar y de la salud. La Enfermería cada vez más se dirige hacia la fundamentación científica y la autonomía en las decisiones del tipo de cuidado prestado.⁹

La definición del concepto de modelo de cuidado de Enfermería nos remite a una construcción científica que puede ser incorporada dentro de la estructura de conocimiento de la enfermería, y nos muestra una posibilidad de estructuración del conocimiento en que se encuentra lo abstracto con lo concreto, y la unidualidad de la investigación y del cuidado.

Bibliografía

1. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 1990; 13(1): 1-14.
2. Collière MF. Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Damaia: Printipo Indústrias Gráficas Ltda, 1989. Pp. 243- 283.
3. Fawcett J. *Knowledge Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evolution of nursing models and theories*. 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005. Pp. 3-28.
4. Montero M. Sobre La Noción de Paradigma. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. *Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en Salud: una antología iberoamericana*. México: Universidad de Guadalajara, 2002. Pp. 233-248.
5. Tomey AM. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería. En: Tomey AM, Alligood MR, editors. *Modelos y Teorías en Enfermería*. INDICAR CIUDAD España: Harcourt, 2000. Pp. 3-15.
6. Keck JF. Terminología del Desarrollo de la Teoría. En: Tomey AM, Alligood M R, editores. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt, 2000. Pp. 16-24.
7. Leddy S, Pepper JM. *Conceptual bases of professional nursing*, New York: Lippincot, 1993.
8. Villalobos MMD. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 1998. Pp. 91-109.
9. Carraro TE. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. En: Carraro TE, Westphalen MEA, editores. *Metodologias para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB Editora, 2001:29-38.
10. Herrera BS. Utilidad de los Modelos Conceptuales de Enfermería en la Práctica: el arte y la ciencia del cuidado. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2002.
11. Paim L, Prado ML, Silva DMGV, Carraro TE, Mazza Va. *Conceitos e visões teóricas*. Florianópolis: REPENSUL: ESPENSUL, 1998. Pp. 107.
12. Silva AL, Arruda EN. Referenciais com Base em Diferentes Paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem? *Texto Contexto Enfermagem*, 1993; (1): 82-92.
13. Fawcett J. The Metaparadigm of Nursing: current status and future refinements. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1984; 16: 84-87.
14. Ferreira ABH. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986; Pp. 1128, 1146, 454.
15. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2003; Pp. 669, 668, 678.
16. Burns N, Grove SK. *Investigación en Enfermería*. Madrid: Elsevier, 2005.
17. Bishop SM. Processo de Desenvolvimento de Teorias. En: Tomey AM, Alligood MR, editors. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt, 2000. Pp.25-34.
18. Davidson P, Halcomb E, Hickman L, Phillips J, Graham B. Beyond the Rhetoric: what do we mean by a "model of care". *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006; 23(3): 47-55.



4.2 ARTIGO 2 - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA

Este artigo será submetido a Revista Latino-Americana de Enfermagem.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM*

Patrícia Kuerten Rocha[†]

Marta Lenise do Prado[‡]

Sherrill Conroy[§]

Denise Guerreiro V. da Silva^{**}

Resumo: Modelos de cuidado representam uma importante estrutura de conhecimento da Enfermagem, os quais necessitam passar por processos avaliativos. Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida no período de 2006 a 2008, em quatro etapas, cujo objetivo foi elaborar um instrumento para avaliar modelos de cuidado de Enfermagem. Primeiramente, com base na literatura e experiência das autoras, foram elaborados critérios avaliativos, sendo posteriormente validados por uma banca de três especialistas, sendo a proposta reelaborada, e novamente avaliada por um painel de dezoito especialistas. Os resultados foram analisados utilizando-se frequência simples (concordo, concordo em parte e não concordo) e, as sugestões e comentários das especialistas foram analisadas qualitativamente. Como resultado obteve-se um Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem, composto por sete critérios e suas respectivas questões avaliativas. Acreditamos que através da sua utilização os enfermeiros poderão avaliar propostas de modelos de cuidado de Enfermagem, reconhecendo sua consistência teórica e prática.

Palavras chaves: enfermagem, cuidado, modelo, avaliação.

* Este estudo é parte da Tese de doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, com colaboração da Faculty of Nursing, Universidade de Alberta, Canadá.

[†] Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre pela UFSC, Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica pela Universidade Federal de São Paulo, bolsista CNPq. E-mail: pkrochaucip@yahoo.com.br

[‡] Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-graduação da UFSC. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora CNPq. E-mail: mpradop@ccs.ufsc.br

[§] Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Alberta – Canadá. E-mail: sherrill.conroy@ualberta.ca

^{**} Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

Resumen: Los modelos de cuidado representan una importante estructura de conocimiento de la Enfermería, los cuales necesitan ser sometidos a procesos de evaluación. El presente estudio trata de una investigación metodológica, desarrollada en el período de 2006 a 2008, a partir de cuatro etapas, cuyo objetivo fue elaborar un instrumento para evaluar modelos de cuidado de Enfermería. Primero, con base en la bibliografía y en la experiencia de las autoras, fueron elaborados los criterios de evaluación, para posteriormente ser evaluados por un grupo de tres especialistas. A continuación, la propuesta fue reestructurada, y evaluada de nuevo por un grupo de dieciocho especialistas. Los resultados se analizaron utilizando la frecuencia simple (estoy de acuerdo, estoy de acuerdo en parte, y no estoy de acuerdo), y las sugerencias y comentarios de los especialistas fueron analizados cualitativamente. Como resultado se obtuvo un Instrumento para Evaluación de los Modelos de Cuidado en Enfermería, formado por siete criterios y sus respectivas cuestiones de evaluación. Creemos que con su utilización, los enfermeros podrán evaluar las propuestas de los modelos de cuidado en Enfermería, reconociendo su valor teórico y práctico.

Palabras Clave: Enfermería; cuidado; modelo; evaluación.

Abstract: Care Models represent an important knowledge in Nursing, which nevertheless, need some to be evaluated. This is a four-step-methodological research, developed from March 2006 to November 2008, whose main objective was to elaborate an instrument to evaluate Nursing Care Models. First, base on the literature and on the authors' experience, evaluative criteria were elaborate, which were evaluated by a three-member committee of specialists lately, and, revised by an eighteen-member committee of specialists. The results were analyzed in terms of frequency (agree, partially agree, don't agree), and the specialists' comments and suggestions were qualitative analyzed. The results yielded an Instrument to Evaluate the Nursing Care Models which consists of seven criteria and their respective evaluative questions. This is believed that the nurses will evaluate nursing care model proposals, recognizing their theoretical and practical consistencies, through the use of the instrument as a guide.

Key-words: Nursing, care, model, evaluation

INTRODUÇÃO

O cuidado é o fio condutor da Enfermagem, de sua estrutura de conhecimento, de sua

evolução, sendo que tanto a prática quanto a estrutura teórica desta Disciplina estão embasadas na forma e na complexidade do cuidado prestado. Pela forma como o cuidado é realizado se estabelece um processo: o processo de cuidado de Enfermagem, que procede do encontro entre dois (ou mais) seres humanos em que cada um detém elementos desse processo. É um sistema de trocas, tendo em vista a determinação da natureza do cuidado e os meios de desencadear⁽¹⁾.

Este processo de cuidado, quando estruturado conceitualmente e/ou metodologicamente na Enfermagem, pode ser visto como diferentes estruturas que possuem um grau de abstração diverso, como: modelo de cuidado, teoria, modelo conceitual, entre outros.

A definição da terminologia modelo de cuidado não está clara na literatura, onde são encontradas diferentes termos/definições, tais como: modelo conceitual, modelo de enfermagem, “framework”, metodologia. Também, são distintas as estruturas de conhecimento de Enfermagem apresentadas por diferentes autores^(2,3), sendo que há uma compreensão diversa das estruturas de conhecimento e a expressão modelo de cuidado não está explícita em nenhuma delas⁽⁴⁾.

Os modelos de cuidado vêm sendo estruturados e são constituídos por um marco referencial (ou um marco teórico) e uma metodologia. Podem ser considerados de acordo com o nível de abstração e dentro da estrutura do conhecimento de Enfermagem⁽²⁾, imediatamente abaixo das teorias, uma vez que podem ser derivados de uma ou mais teorias, modelos conceituais, Disciplina, Filosofia e o conhecimento de outras áreas. Além de um aporte filosófico e teórico, os modelos de cuidado apresentam uma possibilidade de planejamento e sistematização do cuidado⁽⁴⁾. É denominado de modelo por propor um desenho da realidade pela conceitualização e pelo conhecimento sobre a mesma, e pela proposição de um processo de cuidar.

No Brasil, em meados da década de oitenta apareceram diferentes propostas de modelos de cuidado⁽⁵⁻⁷⁾ que vem sendo progressivamente desenvolvidas na Enfermagem. Os modelos de cuidado, que nem sempre foram assim designados por seus autores, representam uma importante possibilidade de desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem. No entanto, o avanço na construção dos mesmos, ainda necessita de processos avaliativos, com parâmetros que permitam avaliar sua coerência teórica e pragmática.

Alguns autores propuseram uma avaliação para modelos de cuidado⁽⁸⁾, com base nos critérios de avaliação dos programas de saúde de Hawe, Degeling, Hall⁽⁹⁾, utilizando um conceito de modelo de cuidado voltado para serviços de saúde de Queensland Health. Este considera “modelo de cuidado” como um conceito multidimensional, que define amplamente como os serviços de saúde são oferecidos, como um modelo de oferta de serviços de saúde (na perspectiva macro), o que não atende a especificidade do cuidado de enfermagem, quando considerado na dimensão das micro-relações profissional-cliente no cotidiano de prática de enfermagem.

Desse modo, nossa proposta foi elaborar um Instrumento para Avaliar Modelos de Cuidado de Enfermagem, que pudesse levar em consideração a especificidade e as características do cuidar de Enfermagem, no sentido de valorizar sua subjetividade e contemplar suas múltiplas dimensões. Isso nos remeteu a consideração que não é possível avaliar um modelo de cuidado somente medindo ou quantificando. É preciso manter a abertura para a apreciação de seus diferentes aspectos, e propor um instrumento que leve a uma avaliação onde se considere a dimensão objetiva, mas também que apreenda e que permita a expressão da subjetividade de um modelo de cuidado de Enfermagem.

Desse modo, os objetivos do estudo foram construir um instrumento de avaliação de modelos de cuidado de enfermagem e sustentar a validade de cada critério de avaliação incluído no instrumento. Acreditamos que seus resultados possam trazer contribuições na

clarificação de conceitos expressos, apresentar caminhos não só para a análise e avaliação de modelos, mas também, servir como um guia na construção de novos modelos.

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a construção de um instrumento de pesquisa de maneira geral, existem vários passos. O primeiro passo consiste na revisão da literatura sobre o tema de interesse do pesquisador ⁽⁸⁾. Neste momento o pesquisador foca as dimensões conceituais que a ele interessam e começa delimitar os itens a serem validados.

Este primeiro aprofundamento teórico é considerado uma validação do conteúdo, ou seja, para o instrumento possuir validade de conteúdo, os itens precisam representar todas as dimensões do tema de interesse do pesquisador. A expressão destas dimensões em um instrumento possui implicações metodológicas. Assim, o instrumento precisa ter um número adequado de itens em cada dimensão, que permitam apreender o que está sendo validado. Outro fator importante, é a identificação da população que irá utilizar o instrumento ⁽¹⁰⁾. Nesta construção, se deve considerar o tipo de validação que será utilizada. A maioria dos processos de construção de instrumentos tem seguido a linha quantitativa, utilizando como referência escalas numéricas, nominais, de intervalo e de razão ⁽¹⁰⁾.

O próximo passo é a definição dos itens do instrumento. Neste momento, o pesquisador deve ter claro o objetivo do estudo, para elaborar as opções de resposta em cada um dos itens do instrumento. Pode-se buscar inspiração em instrumentos já existentes, na literatura, em resultados de pesquisas, na análise de conceitos, no domínio sobre a temática do estudo, em grupos focais e na observação da prática clínica ⁽¹⁰⁾. Após isto, o pesquisador necessita decidir a quantidade de itens a serem incluídos como essenciais para validar aquilo a que está se propondo, assim como, as opções de respostas e o tempo que será utilizado para responder o instrumento ⁽¹⁰⁾.

Após isto, se inicia a validação preliminar dos itens. Há diferentes formas de se validar

os itens de um instrumento. Exploraremos a validação por especialistas, por ter sido esta a utilizada nesta pesquisa. Primeiramente o pesquisador pode analisar os itens quanto ao conteúdo, a gramática e a clareza. Para tanto pode ser aplicado a um número reduzido da população de interesse, no intuito de adequar os itens, e avaliar se os mesmos são compreensíveis e operacionais. Posteriormente, pode ser realizada uma revisão externa, com um painel de especialistas, o que é essencial para se estabelecer a validade do conteúdo. Esta revisão externa possui dois momentos, no primeiro os especialistas refinam ou removem itens, ou ainda, adicionam novos itens no intuito de adequar o domínio do instrumento. No segundo momento, os especialistas avaliam a validade do conteúdo dos itens e do instrumento como um todo⁽¹⁰⁾.

Os painéis de especialistas precisam ser compostos por pessoas com reconhecido conhecimento na área a ser estudada. Os seguintes critérios de seleção podem ser considerados: experiência clínica, realização de pesquisas e publicações na temática, participação em programas de pesquisas do tópico em questão, entre outros. Após os especialistas analisarem o instrumento e sugerirem alterações, no segundo painel de especialistas, os pesquisadores efetuam a análise das respostas das mesmas, considerando as congruências, as divergências e as sugestões. De posse desse novo conjunto de considerações, o pesquisador efetuará as modificações indicadas⁽¹⁰⁾.

Além disto, pode-se também utilizar a análise estatística dos dados e há várias formas de realizar este tipo de análise, como análise da frequência, de porcentagens e de correlação.. A forma mais simples consiste na verificação da porcentagem de concordância dos especialistas perante os itens do instrumento, ou seja, se estabelece um padrão mínimo, podendo isto ser realizado através da relação entre o número de concordância ao item do instrumento dividido pelo número de especialistas, no intuito de obter um padrão de corte como, por exemplo, 80%. Valores inferiores a este indicam a necessidade de modificações ou até mesmo de

exclusão do item. Essas modificações são efetuadas de acordo com as críticas e sugestões e requerem na maioria das vezes um retorno a literatura para maior aprofundamento teórico e esclarecimento de aspectos que não estão claros. Deste processo resultarão as modificações no instrumento⁽¹⁰⁾. Outra forma de analisar quantitativamente os itens é a análise estatística dos dados no primeiro painel de especialistas através do Índice do Conteúdo de Validação no Nível de Itens (I-CVI), e utilizar no segundo painel de especialistas a Escala de Validade de Conteúdo dos Itens (S-CVI)⁽¹⁰⁾.

Conforme os autores⁽¹⁰⁾, se o estudo chegou até este passo, o pesquisador pode considerar que o instrumento está elaborado, pois o mesmo realizou a revisão de literatura, e desenvolveu as bases conceituais e metodológicas do instrumento. O próximo passo será testar o novo instrumento através de sua aplicação a uma amostra considerável de sujeitos de interesse do estudo.

CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo consistiu em uma pesquisa metodológica, para construção de um Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem. As pesquisas metodológicas permitem o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos ou métodos de investigação⁽¹⁰⁾. O caminho metodológico do presente estudo foi constituído de quatro diferentes etapas descritas a seguir.

PRIMEIRA ETAPA

A primeira etapa consistiu na revisão de literatura e elaboração dos critérios do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem. Através da revisão da literatura verificamos que assim como o conceito, os critérios de avaliação para modelos de cuidado de Enfermagem não estavam claramente definidos.

A revisão de literatura constou do reconhecimento de como se dá a construção do

conhecimento e de que estruturas existem na estrutura do conhecimento da Enfermagem, após isto, estabelecemos os critérios que poderiam ser utilizados para a elaboração do instrumento. Nesse processo, também foi considerada a experiência na construção de um modelo de cuidado: Modelo de Cuidado de Rocha⁽¹¹⁾ construído por meio de uma Pesquisa Convergente Assistencial - PCA⁽¹²⁾.

Identificamos que a maioria dos modelos estudados tiveram sua elaboração a partir de pesquisas com metodologia qualitativa. Buscamos então, em abordagens qualitativas, referências para processos avaliativos. Assim, nos deparamos com diferentes indicadores vinculados ao rigor dessas pesquisas. Como referência de abordagem metodológica selecionamos os indicadores propostos na PCA e na meta-síntese. Os critérios propostos pela PCA foram escolhidos já que a mesma foi utilizada para a elaboração de um modelo de cuidado⁽¹¹⁾, demonstrando que esta metodologia pode ser uma referência na construção de modelos de cuidado. A escolha da meta-síntese foi em decorrência de que esta metodologia consegue analisar diferentes pesquisas qualitativas que tenham uma mesma abordagem e avaliá-las. Associamos a estes, os critérios propostos para a avaliação de pesquisas qualitativas⁽¹³⁾ e os critérios de Hawe, Degeling, Hall modificados por Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, Graham^(8,9), para avaliação de modelos de cuidado.

Consideramos que esse conjunto de critérios não abrangia todas as dimensões envolvidas para uma avaliação de modelos de cuidado. Buscamos então, dentre as estruturas de conhecimento de Enfermagem, aquela que melhor se aproximava de um modelo de cuidado, considerando seu nível de abstração. Desse modo, as médias teorias foram as escolhidas, selecionando os critérios propostos, pela sua clareza e reconhecimento na enfermagem⁽⁸⁾.

Para verificar as congruências existentes entre os critérios de avaliação da pesquisa qualitativa⁽⁹⁾, da PCA⁽¹²⁾, da Meta-síntese⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, de médias teorias⁽²⁾ e do modelo de cuidado⁽⁸⁾,

realizamos um quadro comparativo. Após a análise detalhada das convergências destes critérios, elaboramos dez critérios específicos com as respectivas questões para, de modo a comporem a primeira proposta de instrumento para a avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem.

SEGUNDA ETAPA

A segunda etapa constou de uma primeira validação da proposta do instrumento por um painel de especialistas*. Este painel foi composto por três especialistas, que eram enfermeiras brasileiras, doutoras e pós-doutoras em Enfermagem, que apresentavam publicação no tema proposto e participavam de grupos de pesquisa. Nesta etapa, as especialistas apresentaram sugestões aos critérios do instrumento e as questões avaliativas.

Após a análise detalhada das sugestões das especialistas a proposta do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem sofreu alterações, quando foram suprimidos critérios, reelaborados outros e algumas questões foram alteradas. Assim, a segunda proposta do Instrumento para Avaliação ficou composto por nove critérios, com as questões avaliativas correspondentes.

TERCEIRA ETAPA

Para a terceira etapa foram selecionados trinta e nove especialistas, utilizando o critério de maior score do currículo registrado na Plataforma Lattes/CNPq/MCT[†] (acima de 100 pontos) e respeitando a proporção de especialistas por região. Destas, dezoito especialistas responderam. A seleção atendeu os seguintes critérios: representatividade das

* Este painel foi parte da qualificação da tese de doutorado.

† A Plataforma Lattes representa uma base de dados de currículos e de instituições da área de ciência e tecnologia em um único Sistema de Informações, cuja importância atual se estende, não só às atividades operacionais de fomento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) do Brasil, como também às ações de fomento de outras agências federais e estaduais do Brasil. O Currículo Lattes registra a vida progressa e atual dos pesquisadores sendo elemento indispensável à análise de mérito e competência dos mesmos. (<http://lattes.cnpq.br/conteudo/aplataforma.htm>)

cinco regiões brasileiras (sul, sudeste, norte, nordeste e centro-oeste), em consideração as diferentes realidades; ser enfermeira brasileira; publicar trabalhos na área da criança, violência e/ou metodologia da pesquisa; possuir doutorado ou pós-doutorado e participar de grupos de pesquisa.

Para cada uma das especialistas selecionadas foi enviado um e-mail com uma carta convite com explicação sintética sobre o estudo. Após o aceite da especialista foi enviado um segundo e-mail, anexando: o Instrumento para Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem (composto pelos nove critérios, com as questões avaliativas correspondentes, sendo que ao final de cada critério, foi colocado um espaço para a especialista indicar se concordava, não concordava ou concordava em parte com o critério proposto, e outro para sugestões e comentários, quando indicado que não concordava ou que concordava em parte), o Modelo de Cuidado de Rocha (2005); um resumo explicativo sobre o propósito do estudo e o Termo de Autorização.

QUARTA ETAPA

A quarta etapa constou da análise das respostas das especialistas. As respostas foram organizadas em quadros analíticos, nos quais constaram os critérios, as questões avaliativas, as respostas das especialistas e suas sugestões. Os dados foram analisados por meio da leitura e re-leitura do quadro analítico, verificando a concordância das especialistas aos itens do instrumento, por meio de percentuais. Além, da análise estatística simples dos dados, consideramos todas as sugestões e comentários das especialistas, independentemente de terem assinalado a concordância. A decisão de inclusão ou não das sugestões das especialistas também foi sustentada pela revisão de literatura realizada. Finalmente o instrumento foi re-elaborado.

O rigor e as considerações éticas deste estudo estão interligados ao longo do seu

desenvolvimento, pois a ética se mostra com a realização adequada e fidedigna da utilização de instrumentos e critérios avaliativos nas questões propostas, enquanto que o rigor se mostra pela fidelidade aos princípios da pesquisa.

RESULTADOS E ANÁLISE

O instrumento obteve a concordância de quinze especialistas em relação aos itens do mesmo, variando entre onze e dezessete especialistas de acordo com os itens. Critérios que apresentaram a concordância entre onze e quatorze especialistas, sofreram maior avaliação, com aprofundamento no sentido de decisão sobre a manutenção ou exclusão do mesmo. Essa decisão foi baseada nos comentários e sugestões e nos argumentos teóricos das especialistas sobre o mesmo. Esta avaliação resultou na exclusão de dois critérios: Resolubilidade e Simplicidade, que obtiveram a concordância de doze e quatorze especialistas, respectivamente. A decisão de exclusão partiu do reconhecimento de que o mesmo já havia sido contemplado em critérios anteriores. De modo diverso, o critério Desenvolvimento Teórico-Prático, mesmo recebendo a concordância de onze especialistas e quatro especialistas concordando em parte, foi mantido por sua relevância e possibilidade de modificações.

Desse modo, o instrumento de avaliação, após passar pelo processo validativo, ficou composto por sete critérios e suas respectivas questões, que variam de duas a nove perguntas. A seguir apresentamos, em forma de quadros, os critérios e as questões avaliativas já modificadas, as quais constituem a proposta final do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem,, como também, a análise do processo efetuado pelas especialistas.

O Quadro 1 apresenta as questões avaliativas do **Critério Consistência Interna**, sendo que o mesmo foca o contexto e o conteúdo do marco referencial/teórico. Este critério requer que os elementos do marco referencial/teórico (os conceitos e os pressupostos), sejam congruentes com as exigências filosóficas da(s) Disciplina(s), do(s) modelo(s) conceitual(is),

das teorias, dos estudos científicos e do entorno.

Quadro 1 Critério *Consistência Interna* do Instrumento para Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem. Questões Avaliativas.

- 1.1. Está clara a visão de mundo ou o pensar filosófico que orientou o modelo quanto ao fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade de estudo?
- 1.2. O modelo de cuidado apresenta um marco teórico ou um marco referencial?
- 1.3. Caso tenha sido elaborado um marco teórico, a sustentação filosófica da(s) teoria(s) de base esta(ão) explícita(s) nos conceitos?
- 1.4. Caso tenha sido elaborado um marco teórico, a sustentação filosófica da(s) teoria(s) de base esta(ão) explícita(s) nos pressupostos?
- 1.5. Caso tenha sido elaborado um marco referencial, a filosofia da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual(is), a(s) teoria(s) e estudos científicos estão explícitos nos conceitos?
- 1.6. Caso tenha sido elaborado um marco referencial, a filosofia da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual(is), a(s) teoria(s) e estudos científicos estão explícitos nos pressupostos?
- 1.7. Os conceitos estão claros e consistentes?
- 1.8. Os pressupostos estão claros e consistentes?
- 1.9. O marco teórico ou referencial abrange as dimensões da proposta do modelo?

Neste critério, quinze especialistas concordaram com o mesmo e três concordaram em parte. As sugestões e comentários das especialistas foram referentes a necessidade de clarificar o conceito do critério e simplificar a redação de algumas questões. Desse modo, consideramos que o critério deve permanecer na estrutura do Instrumento, já que promove a avaliação da consistência interna de um modelo de cuidado e as sugestões quanto a questões foram aceitas.

O Quadro 2 apresenta as questões avaliativas do **Critério Adequação Empírica do Marco Referencial/Teórico**, que se refere a congruência teórica e científica entre o marco referencial/teórico e a evidência empírica*. A adequação empírica do marco referencial/teórico é o resultado do refinamento dos conceitos e pressupostos através da prática.

* Empírica significa o conhecimento que provém da experiência⁽¹⁶⁾.

Quadro 2 – Critério *Adequação Empírica do Marco Referencial/Teórico* do Instrumento para Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem – Questões Avaliativas.

2.1.Os conceitos são congruentes com a realidade da prática?

2.2.Os pressupostos são congruentes com a realidade da prática?

Um total de dezesseis especialistas concordaram com o critério acima exposto e duas concordaram em parte. As sugestões das especialistas se referiram a necessidade da utilização de uma terminologia mais simples para o termo “adequação empírica”, no intuito de uma maior compreensão do mesmo, já que a terminologia é complexa e exigiria do usuário do instrumento um nível de conhecimento teórico avançado. Porém, mesmo compreendendo que possa haver um certo grau de dificuldade no entendimento deste termo por alguns profissionais, este termo é entendido como uma referência comum a prática, assim decidimos mantê-lo e colocar um adendo explicando seu significado. As especialistas também sugeriram a exclusão da seguinte questão avaliativa: “A metodologia do estudo é congruente com as exigências filosóficas e do conteúdo do marco teórico ou referencial?”, pela mesma aparecer repetida.

O Quadro 3 apresenta as questões avaliativas do **Critério Adequação Empírica da Metodologia**, que é a congruência da metodologia e da evidência empírica, ou seja, se a metodologia abrange todas as dimensões da prática a qual o modelo se refere.

Quadro 3 – Critério *Adequação Empírica da Metodologia* do Instrumento de Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem – Questões Avaliativas.

3.1. A metodologia está adequada à evidência empírica?

3.2. A metodologia possui aplicação prática?

A maioria das especialistas (quinze) responderam que concordavam com o critério Adequação Empírica da Metodologia e três especialistas concordaram em parte. As

especialistas realizaram as mesmas sugestões quanto ao termo “adequação empírica”, sendo que foi mantida a mesma posição anterior. Além disto, as mesmas sugeriram adequações ortográficas nas questões que foram aceitas.

O Quadro 4 apresenta as questões avaliativas do **Critério Adequação Pragmática***, que é determinado pela descrição do uso do modelo de cuidado na prática. A compatibilidade das expectativas dos sujeitos da prática, do serviço de saúde e da aplicação das ações de Enfermagem baseadas no modelo de cuidado também podem ser avaliadas. Além disso, o modelo deve ser significativo na condução a resultados positivos para aqueles que participam nas ações, como por exemplo, a redução nas complicações, favorecimento das condições de saúde e aumento na satisfação com o cuidado prestado.

Quadro 4 – Critério *Adequação Pragmática* do Instrumento para Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem – Questões Avaliativas.

- 4.1. O modelo de cuidado tem aplicabilidade na prática de enfermagem?
- 4.2. O modelo de cuidado subsidia as ações de Enfermagem?
- 4.3. O modelo de enfermagem é de fácil entendimento para as enfermeiras?
- 4.4. As ações de enfermagem embasadas no modelo de cuidado são compatíveis com as expectativas da prática de Enfermagem, do sujeito da prática /família e ambiente?
- 4.5. As ações de enfermagem propostas no modelo de cuidado conduzem para resultados favoráveis?
- 4.6. O modelo de cuidado orienta as práticas de cuidado objetivando a busca de alternativas para a solução de problemas?

Das dezoito especialistas, quatorze concordaram com este critério e quatro concordaram em parte. As sugestões e comentários das especialistas foram referentes a necessidade de clarificar o conceito do critério, no sentido de fazer uma melhor conexão com a prática, além, de simplificar a redação de algumas questões. As sugestões foram aceitas, assim simplificamos o conceito e clarificamos as questões avaliativas.

* Pragmática significa atos que se devem praticar⁽¹⁶⁾.

O Quadro 5 apresenta as questões avaliativas do **Critério Desenvolvimento Teórico-Prático**, que é o desenvolvimento do pensar durante a aplicação do modelo de cuidado, de uma micro perspectiva dos dados com o alcance de um macro entendimento do fenômeno, associando o marco referencial/teórico e a prática. A aplicação do modelo provoca o surgimento de novas idéias. O modelo de cuidado nos proporciona micro-macro perspectivas, assim conduzindo a avanços cognitivos, movimentos recíprocos entre teoria e prática.

Quadro 5 – Critério *Desenvolvimento Teórico-Prático* do Instrumento para Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem – Questões Avaliativas.

- 5.1. A enfermeira consegue perceber a necessidade de um movimento recíproco entre a sua prática e o modelo?
- 5.2. Consegue-se ampliar ou ajustar as ações de enfermagem na prática seguindo o modelo, sem alterar a essência do mesmo?

Neste critério onze especialistas concordaram, duas não concordaram e quatro concordaram em parte, sendo que uma especialista não respondeu. Assim, este critério foi o que mais sofreu alterações, já que a denominação do mesmo foi alterada, como também, seu conceito foi simplificado. Algumas questões validativas foram eliminadas, devido suas similaridades e as perguntas também foram simplificadas para um melhor entendimento.

O Quadro 6 apresenta as questões avaliativas do **Critério Significância**, o qual verifica a relevância do modelo de cuidado para a sociedade e para a Enfermagem. Para tanto, a descrição dos resultados do modelo necessitam demonstrar se o modelo de cuidado implantado modifica ou não a prática. Nos resultados precisamos também reconhecer se o modelo oferece alternativas para a solução de possíveis problemas identificados na prática.

Quadro 6 – Critério *Significância* do Instrumento para Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem – Questões Avaliativas.

- | |
|---|
| <p>6.1. A utilização do modelo modifica a prática do cuidado de enfermagem?</p> <p>6.2. A utilização do modelo modifica uma determinada situação?</p> <p>6.3. O modelo de cuidado dá subsídios para a resolução de problemas?</p> |
|---|

O Critério *Significância* recebeu a concordância de dezessete especialistas.. As sugestões e os comentários apresentados foram quanto a similaridade entre duas questões, sendo assim, uma foi eliminada. Este foi o critério que mais recebeu concordância das especialistas, sendo assim, percebemos que o mesmo é de suma importância para o Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem.

O Quadro 7 apresenta as questões avaliativas do **Critério Coerência Metodológica**, o qual foca a relação entre o contexto, o marco referencial/teórico e a metodologia. Este critério requer que a metodologia seja congruente com a prática e que expresse o marco referencial/teórico.

Quadro 7 – Critério *Coerência Metodológica* do Instrumento de Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem – Questões Avaliativas.

- | |
|--|
| <p>7.1. O fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade esta evidente na metodologia do modelo proposto?</p> <p>7.2. A metodologia utilizada no modelo está claramente desenhada descrevendo sistematicamente todas as suas etapas?</p> <p>7.3. A metodologia do estudo é congruente com o marco teórico ou referencial?</p> <p>7.4. A metodologia proposta é de fácil aplicação?</p> |
|--|

A maioria das especialistas, (quinze) afirmaram concordar com o critério acima exposto, sendo que uma não concordou e duas concordaram em parte. Segundo as sugestões e comentários das especialistas, o conceito do critério estava muito complexo e extrapolava em alguns pontos o objetivo de avaliação do mesmo, pois avançava para o processo da construção

metodológica do modelo. Ainda, algumas sugestões foram referentes a necessidade de clarificar o conceito do critério e simplificar a redação de algumas questões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Instrumento de Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem conjugou abordagem de dimensões subjetivas e objetivas. Os critérios foram elaborados a partir de parâmetros da pesquisa qualitativa, no intuito de assim captar a subjetividade do modelo, porém para a avaliação foram conjugadas questões objetivas e subjetivas, as quais favoreceram a expressão da concordância ou não das especialistas, bem como a expressão de sugestões acerca dos critérios propostos. Isto porque reconhecemos que a quantidade é parte constituinte de qualquer qualidade e vice-versa, ou seja, toda qualidade admite alguma formalização, de tal forma que não faz sentido apostar na dicotomia entre quantidade e qualidade, pela razão simples de que não é real, ou seja, o reino da pura quantidade ou da pura qualidade é ficção conceitual⁽¹⁵⁾.

O instrumento proposto a partir desse estudo poderá ser utilizado por pesquisadores que queiram avaliar Modelos de Cuidado de Enfermagem. Sua utilização, tendo em vista a complexidade teórico-conceitual e a necessidade de abstração, requer familiaridade com o processo de construção das estruturas de conhecimento, os diferentes tipos de pesquisa e seus métodos para a avaliação de tais estruturas.

O Instrumento pode ser aplicado a qualquer modelo de cuidado, desde que o mesmo esteja suficientemente detalhado, tanto em sua base conceitual, como em sua prática e em seus resultados. Este instrumento é complexo e demanda do usuário atenção e tempo, pois mesmo as questões sendo objetivas, o usuário necessita refletir e elaborar argumentos que sustentem a sua concordância ou não com os itens do instrumento ao modelo. Para a análise dos resultados, deve-se sempre levar em consideração as sugestões e comentários, além, da

análise da frequência das respostas. Cada resposta (concordantes ou discordantes) deve ser considerada independente de sua maior ou menor frequência, pois cada critério tem relevância em si mesmo e não pode ser preterido em função do outro. Este instrumento indica as dimensões que um modelo de cuidado deve possuir tanto em sua estrutura teórica quanto metodológica, porém para verificarmos seu real impacto, há a necessidade de submetê-lo a um processo de avaliação.

O instrumento proposto além de contribuir na avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem, pode auxiliar na elaboração de novos modelos, ou seja, cada um dos critérios pode servir como guia para outros enfermeiros construírem propostas de modelos de cuidado.

Ainda que alguns autores⁽¹⁰⁾ afirmem que a elaboração de um instrumento termina quando o pesquisador realiza a revisão de literatura, desenvolve as bases conceituais e metodológicas do instrumento, validando as mesmas, este estudo não está acabado. Isto porque o processo de construção de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado demanda contínua revisão, já que está dirigido a uma realidade complexa e em permanente transformação. Isso significa reconhecer que a proposta aqui apresentada está sujeita a críticas e reformulações à medida que sua utilização demonstrar inadequações, necessidade de complementações ou de ajustes.

Assim, neste estudo a elaboração do instrumento utilizou abordagens qualitativas e quantitativas, pois tanto a subjetividade como a objetividade dos resultados foram considerados. Acreditamos que através da utilização do instrumento como um guia, os enfermeiros poderão validar propostas de modelos de cuidado de Enfermagem, reconhecendo sua consistência teórica e prática, bem como favorecendo a promoção de um cuidado seguro e dirigido aos seus contextos próprios.

REFERÊNCIAS

1 Coliére MF. Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de

Enfermagem. Damaia: Printipo Indústrias Gráficas Ltda; 1989.

2 Fawcett J. Knowledge Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evolution of nursing models and theories. 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005.

3 Meleis AI. Theoretical Nursing Development and Progress. 3 ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.

4 Rocha PK, Prado ML. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? *Index de Enfermería* 2008; 17(2): 128-132.

5 Erdmann AL. Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de ensino: proposta de um modelo. Rio de Janeiro: UERJ, 1987.

6 Zanchetta MS. O processo de avaliação de um modelo assistencial em cancerologia: modelo assistencial. Rio de Janeiro: UERJ, 1990.

7 Teixeira MA, Nitschke RG. Modelo de Cuidar em Enfermagem junto as Mulheres-avós e sua Família no Cotidiano do Processo de Amamentação. *Texto & Contexto Enfermagem* 2008 janeiro-março; 17 (1): 183-191.

8 Davidson P, Halcomb E, Hickman L, Phillips J, Graham B. Beyond the Rhetoric: what do we mean by a “model of care”. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2006; 23(3): 47-55.

9 Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluating Health Promotion: a health worker’s guide. Philadelphia: MacLennan+Petty; 1990.

10 Polit DF, Beck CT. Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

11 Rocha PK. Brinquedo terapêutico e crianças institucionalizadas vítimas de violência: propondo um modelo de cuidado de enfermagem. [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; 2005.

12 Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.

13 Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K., Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *Internacional Journal of Qualitative Methods* 2002; 1(2).

14 Jensen LA, Allen, MN. Meta-Syntesis of Qualitative Findings. *Quantitative Health Research* 1996; 6(4).

15 Demo P. Pesquisa Qualitativa Busca de Equilíbrio entre Forma e Conteúdo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 1998; 6(2): 89-104.

16 Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

4.3 ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Este artigo será submetido a *International Journal of Qualitative Methods*.

Avaliação de um Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência¹²

The evaluation of a Nursing Care Model to Children Victims of Violence

Patrícia Kuerten Rocha

Doutoranda, Enfermeira, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Marta Lenise do Prado

Doutora, Enfermeira, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Sherrill Conroy

Doutora, Enfermeira, Faculty of Nursing, University of Alberta, Canada

Denise Guerreiro V. da Silva

Doutora, Enfermeira, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Resumo

Modelos de cuidado de Enfermagem representam uma importante possibilidade de desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem e vem sendo desenvolvidos por enfermeiras ao longo do tempo.. Todavia, não há uma proposição que permita verificar a legitimidade dos modelos de cuidado e a sua efetiva contribuição para a qualidade do cuidado de Enfermagem. Assim, a objetivo deste estudo foi avaliar o Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência de Rocha (2005). O Modelo de Rocha (2005) foi elaborado a partir de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo Convergente Assistencial, o qual possui no marco referencial quatro conceitos e pressupostos, e sua metodologia é composta por três etapas, sendo que cada etapa contém passos metodológicos correlacionados. O presente estudo consiste em uma pesquisa avaliativa, realizada de Março de 2006 a Setembro de 2008. Para a avaliação do Modelo de Rocha (2005) foi utilizado Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem, por um painel de 18 especialistas. A análise das respostas das especialistas foi realizada abrangendo uma análise quantitativa das respostas objetivas e outra qualitativa dos textos elaborados pelas especialistas como parte do processo de avaliação que efetuaram. O rigor e as considerações éticas deste estudo estão interligados ao longo do seu desenvolvimento. os resultados demonstraram que o Modelo de Cuidado para Crianças Vítimas de Violência, pode ser considerado um Modelo de Cuidado para a Enfermagem, embora ainda necessite de ajustes e adequações.

Palavras chaves: enfermagem, modelo de cuidado, violência, criança, avaliação

Abstract

The nursing care models present an important possibility to develop the Nursing knowledge, which have been developed by nurses throughout the time. However, there is not any proposition allows to verity the legitimacy of these models and their effective contribution to the quality in nursing care. Thus, the objective of the present study was to evaluate the nursing care model to Children Victims of Violence proposed by Rocha (2005). Rocha's (2005) model was elaborated from a qualitative research which has four different concepts and pretexts and whose methodology consists of three different steps in which each step contains related methodological paths. The present study consists in an evaluative research that was carried out from March 2006 to Novermber 2008. An instrument to evaluate nursing care models was used by eighteen specialists to evaluate Rocha's (2005) model. The analysis of the

¹² Este estudo é parte da tese de doutorado, desenvolvido na Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, com colaboração da Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Canadá, desenvolvida no período de Março de 2006 a Setembro de 2008.

specialists' answers followed a quantitative analysis to their objective answers and the qualitative analysis to the texts they elaborated as part of the evaluative process they participated. The rigor and the ethical considerations of this study are presented throughout the study. The results demonstrated that the Care Model to Children Victims of Violence may be considered a Nursing Care Model despite the fact that it still needs some small changes.

Key-words: Nursing, care model, violence, child, evaluation

Introdução

Ao longo do processo de construção do conhecimento da Enfermagem foram propostos modos de sistematização do cuidado desta Disciplina. Tais propostas tinham como finalidade desenvolver modos sistemáticos de cuidado ao cliente/família de maneira a permitir um acompanhamento e avaliação das intervenções de Enfermagem. Dentre esses modos, surge o modelo de cuidado, o qual recebe diferentes denominações tais como modelo conceitual, teoria, metodologia, modelos de enfermagem, “frameworks”. Essas diferentes terminologias são utilizadas por diferentes autores, e muitas vezes são interrelacionados, quando discutem a estrutura do conhecimento em Enfermagem (Polit & Beck, 2008).

Para Fawcett (2005), o conhecimento de Enfermagem é classificado e estruturado em ordem decrescente de abstração, podendo ser definido em: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos. A autora quando apresenta as estruturas do conhecimento não se refere a modelo de cuidado. Para a autora, as teorias são derivadas de modelos conceituais, sendo que modelo conceitual representa a visão global da razão de estudo (conceitos e proposições) e utiliza blueprints¹³ para a aplicação na prática, na educação e na pesquisa (Jonhson, 1968 apud Meleis, 1997). As teorias podem ser classificadas conforme seus graus de abstração em grandes e médias (Fawcett 2005; Polit & Beck, 2008).

Meleis (1997) não apresenta uma classificação para as estruturas de conhecimento de Enfermagem, porém cita que modelos conceituais possuem um nível de abstração inferior ao das teorias. A autora descreve ainda, que teorias podem ser classificadas dentro de três níveis de abstração ou conforme os seus objetivos. Quando classificada, pelo nível de abstração, podem ser divididas em grandes teorias (são construções sistemáticas da natureza de Enfermagem, da missão de Enfermagem e dos objetivos do cuidado de Enfermagem); médias teorias (são mais limitadas, menos abstratas e possuem fenômeno ou conceitos específicos, e refletem a prática); e, teorias de situação específica (focam especificamente o fenômeno de Enfermagem que reflete a prática clínica e que são limitadas a populações específicas ou para um específico campo da prática). Quando classificadas conforme seus objetivos podem ser descritivas e prescritivas. Teorias descritivas descrevem a relação entre fenômenos, como relação entre pacientes e enfermeiras. Já as teorias prescritivas descrevem as terapêuticas de enfermagem e as conseqüências de suas intervenções, como guidelines de intervenção. Mas, a autora, também não faz referência a modelos de cuidado.

Modelos de cuidado podem ser compreendidos como uma estrutura do conhecimento de enfermagem formada por um marco referencial (ou um marco teórico), que define as referências teóricas e filosóficas do modelo, e uma metodologia, que descreve o método de como o cuidado será realizado na prática (Rocha & Prado, 2008).

No Brasil em meados da década de oitenta, apareceram diferentes propostas de modelos de cuidado (Erdmann, 1987; Zanchetta, 1990; Carraro, 1994; Teixeira e Nitschke, 2008) que vem sendo

¹³ Blueprints são designados para serem usados como guias para estudantes, práticos, administradores, educadores e pesquisadores que estão interessados em implantar os modelos teóricos de enfermagem dentro de variados cenários (Walker & Neuman, 1996).

progressivamente desenvolvidas. As mesmas, que nem sempre foram assim designados por seus autores, representam uma importante possibilidade de desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem.

Todavia, não há uma proposição que permita verificar a legitimidade dos modelos de cuidado e a sua efetiva contribuição para a qualidade do cuidado de enfermagem. A partir disto, percebemos a necessidade em verificar como os modelos de cuidado podem ser avaliados. Para tanto, precisamos levar em consideração que os modelos de cuidado são estruturas do conhecimento que alcançam a subjetividade do cuidado ao mesmo tempo em que conseguem expressar sua objetividade. Assim, a avaliação de um modelo de cuidado se aproxima dos fundamentos que sustentam a avaliação de uma pesquisa qualitativa. Os estudos qualitativos são difíceis de serem avaliados devido as suas características, sendo que uma das principais é traduzir e expressar o sentido do fenômeno de interesse do pesquisador, sendo necessário, para tanto, utilizar padrões e técnicas, tais como a lógica, a avaliação qualitativa e o senso comum (Amezcuca e Toro, 2002; Morse, 2006).

Morse e colaboradores (2002) expressam que os termos confiabilidade e validade são importantes para a pesquisa qualitativa e não devem ser verificados somente ao término do estudo, pois os pesquisadores correm o risco de cometer danos na confiabilidade e validade do estudo proposto. As mesmas indicam o uso de estratégias de verificação como: a coerência metodológica (congruência entre a questão do estudo e os métodos), a amostra adequada (evidência da adequação pela saturação e replicação), a coleta e análise dos dados simultaneamente, o pensar teoricamente (idéias vindas dos dados e sendo confirmadas por novos dados) e o desenvolvimento teórico (como um resultado do processo da pesquisa).

Junto, todas estas estratégias de verificação incrementam e contribuem interativamente para a construção da confiabilidade e da validade que asseguram o rigor. Assim, o rigor do inquérito qualitativo pode ser questionado, desafiado, e fornece a evidência científica pragmática que precisa ser integrada no conhecimento desenvolvido (Calderón, 2002; Morse, Barret, Mayan, Olson, Spiers, 2002).

Assim, concordamos com Morse e colaboradores (2002) quando os mesmos citam a necessidade dos estudos seguirem o rigor científico das suas propostas metodológicas, mas percebemos que além disso pode-se desenvolver métodos para a avaliação destes estudos, como instrumentos de avaliação.

Desse modo, acreditamos que um modelo de cuidado de Enfermagem precisa ser avaliado abrangendo critérios específicos que alcancem todas as dimensões que o mesmo possui. Assim, o objetivo deste estudo foi de avaliar o Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência de Rocha (2005) utilizando uma proposta de Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem (Rocha, 2008).

Modelo de Cuidado de Enfermagem

As estruturas do conhecimento de Enfermagem, têm suscitado discussões conceituais assim como sobre os componentes estruturais do modelo de cuidado. Buscando clarificar tais denominações, discutiremos três questões conceituais importantes, que são: o significado do termo modelo; a diferença entre as terminologias modelo e metodologia e a conceitualização dos componentes da estrutura de modelo de cuidado.

Segundo Ferreira (1986, p. 1146) modelo significa um conjunto de hipóteses sobre a estrutura ou o comportamento de um sistema físico pelo qual se procuram explicar ou prever, dentro de uma teoria científica, as propriedades do sistema; representação em pequena escala de algo que se pretende executar em uma grande escala. Significa o mesmo que arquétipo; é um exemplar originário ou original de uma série qualquer; arquétipos são idéias simples ou idéias complexas assumidas como

modelos para medir a adequação de outras idéias (Abbagnano, 2003, p.678). Também definido como uma representação simbólica da experiência empírica. As representações simbólicas de modelos podem ser construídas por palavras, cálculos matemáticos ou possuir uma forma física, como o modelo de um avião. Os modelos também podem expressar conceitos com alto nível de abstração. Estes são frequentemente chamados de modelos conceituais, embora, todos os modelos são conceituais, pois todos são representativos de idéias (Chinn & Kramer, 1995).

Deste modo, modelo de cuidado é uma estrutura do conhecimento de enfermagem assim denominado por propor um desenho da realidade através da conceitualização e proposição do conhecimento sobre a mesma, além da proposição de um processo de cuidar, que é representado, geralmente, por modelos esquemáticos utilizando caixas de textos, figuras geométricas e outros símbolos.

Para Ferreira (1986, p.1128) a metodologia significa a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade; o estudo dos métodos e especialmente, dos métodos da ciência. Metodologia pode designar quatro coisas diferentes: lógica ou parte da lógica que estuda os métodos; lógica transcendental aplicada; conjunto de procedimentos metódicos de uma ou mais ciências e análise filosófica de tais procedimentos (Abbagnano, 2003, p.669). Assim, metodologia é restrita em relação ao modelo, o que sugere que os termos metodologia do cuidado e modelo de cuidado não são correspondentes, pois quando falamos em modelo de cuidado, estamos falando de algo mais amplo do que a execução (o modo de fazer) de um cuidado, e, quando falamos em metodologia nos referimos a descrição de um cuidado específico.

Outra questão conceitual importante diz respeito às estruturas do modelo de cuidado, a saber: marco teórico ou marco referencial, metodologia e método. Marco teórico refere-se a uma teoria ou grupo de teorias que fornecem fundamentos para as hipóteses, para as políticas e para o currículo de uma ciência. E os conceitos que o definem são limitados, específicos e explicitamente interrelacionados (Fawcett, 1984). Já o marco referencial é conceituado como:

“um conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo a situações gerais ou específicas na área da assistência, administração ou ensino de enfermagem (Silva & Arruda, 1993, p. 85).”

A metodologia, portanto, é a parte conceitual ou explicativa de como será realizado o cuidado, e, abrange o método como um instrumento. A maneira como se descreve a realização do processo de cuidado é a metodologia, e o instrumental é o método.

Através do esclarecimento dos conceitos observamos que o marco teórico ou o marco referencial oferecem a sustentação teórica para as ações de Enfermagem, pois os conceitos embasam o saber científico e os pressupostos demonstram as crenças e valores da enfermeira quanto a sua prática profissional e seu conhecimento. Já a metodologia representa o caminho que a enfermeira vai trilhar na prática, e desenvolver as bases do cuidado, predizer o cuidado clínico, possuindo dimensões objetivas e subjetivas, podendo ser desenvolvido no âmbito hospitalar, no extra-hospitalar, na comunidade, na educação, no gerenciamento e na pesquisa.

Assim, um modelo de cuidado nos reporta a construção de um conhecimento que favorece um cuidar diferenciado, que subsidia o cuidado prestado ao ser humano. Ao mesmo tempo, impulsiona o próprio conhecimento e o desenvolvimento da Enfermagem.

O Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência

O Modelo de Cuidado de Enfermagem de Rocha (2005, 2008) foi elaborado a partir de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo Convergente Assistencial (PCA), durante o Curso de Mestrado, no

período de Março de 2004 a Agosto de 2005, na Universidade Federal de Santa Catarina. A PCA é compreendida e realizada em articulação com ações que envolvem os pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, em uma relação de cooperação mútua (Trentini & Paim, 1999, 2004).

O marco referencial do Modelo foi embasado em diversos autores e na experiência, crenças e valores da autora. O mesmo consta de quatro conceitos, além dos pressupostos. A metodologia possui três etapas, sendo que cada etapa contém passos metodológicos correlacionados.

Marco Referencial do Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência

O marco referencial apresenta quatro conceitos, a saber: criança vítima de violência, cuidado de enfermagem à criança vítima de violência, brinquedo terapêutico e institucionalização. E quatro pressupostos:

“- A criança é, por vezes, indefesa, dependente e algumas podem ser carentes de amor e de cuidados. Assim, o cuidado à criança deve ser específico e respeitar as características apresentadas conforme a idade destas. Quando se pensa em criança vítima de violência, este quadro se agrava, pois temos, assim, a certeza que esta criança não recebeu devidamente a atenção, o zelo e o estímulo para ter seu desenvolvimento adequado a idade, e, por isso, precisa de um cuidado diferenciado e especializado.

- As crianças que se encontram em casas lares¹⁴ são crianças que passaram por uma série de dificuldades e sofreram diversos tipos de violência. São crianças que foram afastadas de suas famílias temporária ou definitivamente. A inclusão delas na casa lar tem o objetivo de favorecer a busca do espírito infantil, ou seja, a inocência, a segurança, o sorriso, o respeito e a auto-estima.

- O brinquedo terapêutico é uma tecnologia para o cuidado que pode e deve ser aplicado pela enfermeira em crianças vitimizadas, com o intuito de conhecer as necessidades da criança, para definir quais dimensões de cuidado estão afetadas, proporcionando um espaço cuidativo específico e educativo.

- A enfermeira é um profissional de saúde que possui o cuidar como motivador de suas ações, sendo que este cuidado deve ser desempenhado tanto na esfera tecnicista e objetiva, quanto na subjetiva. A enfermeira deve conhecer o paciente, ou seja, escutar suas dores, medos, angústias, temores, entender suas falas verbais e não verbais, observar o contexto em que está incluído, e então planejar seu cuidado, enfocando a situação saúde doença física, social e emocional.” (Rocha, 2005, p.33)

Metodologia do Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência

A metodologia do cuidado foi embasada na técnica do brinquedo terapêutico dramático ou catártico proposto por Borba (2002); nos três passos para o uso do brinquedo terapêutico proposto por Green (1974), nos princípios da natureza do cuidado de Morse, Solberg, Neander, Bottorff e Johnson (1990) e fundamentado no marco referencial que orientou o estudo.

Segundo Borba (2002), o brinquedo terapêutico dramático ou catártico, permite à criança expressar os seus sentimentos, fantasias, desejos e experiências vividas; exteriorizar as relações e papéis sociais internalizados por ela; comunicar-se eficazmente com o adulto; fazer críticas ao meio e às relações familiares; passar do ser passivo para o ativo; assumir papéis sociais, ao “fazer de conta” ser mãe, pai, profissionais; fortalecer o ego; conseguir modificações de comportamento. A técnica utilizada para o desenvolvimento das sessões de brinquedo terapêutico foi a proposta por Borba (2002), já que a

¹⁴ Os Abrigos para Crianças e Adolescentes, são lares em que as crianças e adolescentes são abrigadas com medida judicial. Em Santa Catarina há projetos que os denominam de Casas Lares. As Casas Lares são geralmente organizações não governamentais e de cunho filantrópico. Os usuários chegam até as Casas Lares encaminhados pelo Juizado da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar e SOS Criança (Oliveira, 1999).

mesma tem a finalidade de conduzir sessões de brinquedo terapêutico, realizado por enfermeiras. O material utilizado foram figuras representativas da família, de animais, de profissionais de saúde; objetos de uso doméstico; e, material para desenho e pintura. Os passos de Green (1974) foram ajustados para três, a saber: observe, analise e planeje. Tais passos foram utilizados nas três etapas realizadas durante o processo metodológico.

A metodologia foi estruturada em etapas articuladas entre si, que se complementam e que ocorrem simultaneamente ou não. Estas etapas foram denominadas de: “Acolhendo, Brincando e Finalizando”, estando diretamente ligadas ao contexto, e podendo ser compostas por uma ou mais sessões de brinquedo terapêutico. Visualiza-se as etapas e seus passos através do esquema abaixo:

- 1.ª Etapa “*Acolhendo*”: 1.º Passo: Observar
2.º Passo: Analisar
3.º Passo: Planejar
- 2.ª Etapa “*Brincando*”: 1.º Passo: Observar
2.º Passo: Analisar
3.º Passo: Planejar
- 3.ª Etapa “*Finalizando*”: 1.º Passo: Observar
2.º Passo: Analisar

Para o modelo foi proposto a seguinte representação gráfica (Figura 1):

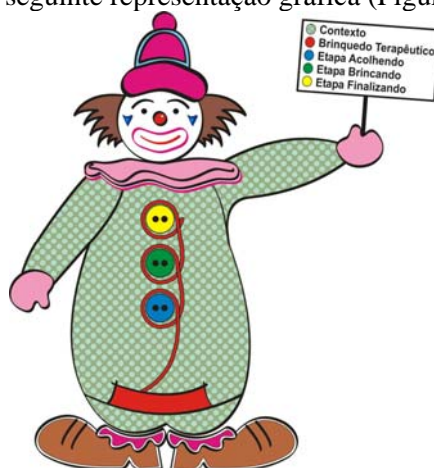


Figura 1 – Modelo de Cuidado de Enfermagem à Crianças Vítimas de Violência.

O Modelo de Cuidado de Rocha foi aplicado junto a quatro crianças, que sofreram violência física, e /ou sexual, e /ou negligência, com idade entre dez e doze anos, sendo duas do sexo feminino e duas do sexo masculino, em duas Casas Lares, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Caminho Metodológico

O presente estudo consiste em uma pesquisa avaliativa. As pesquisas avaliativas são utilizadas quando os pesquisadores estão tentando determinar a efetividade de um programa, prática ou procedimento. Estudos avaliativos questionam se uma intervenção é mais efetiva que o cuidado usual, ou verificam, ou apreendem se o programa funciona na prática. Os mesmos podem focar o processo ou os resultados (Polit & Beck, 2008; Wilson, 1989).

Para a realização da avaliação do modelo de Rocha (2005) foi utilizado a proposta de Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem (Rocha, 2008), por um painel de especialistas. Para compor o painel de especialistas foram selecionadas trinta e nove especialistas brasileiras, utilizando o

critério de maior score do currículo registrado na plataforma lattes¹⁵ (acima de 100 pontos), seguindo os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeira, brasileira; publicar trabalhos na área da criança, violência e metodologia da pesquisa; possuir doutorado ou pós-doutorado e participar de grupos de pesquisa. Após o aceite da especialista foi lhe enviado a proposta do Instrumento de Avaliação de Modelo de Cuidado de Enfermagem (Rocha, 2008), o Modelo de Cuidado de Rocha (2005), um resumo explicativo sobre o propósito do estudo e o Termo de Autorização. Do total de especialistas, dezoito responderam, sendo que quatro eram da região sul, cinco da sudeste, dois da norte, seis da nordeste e um da região centro-oeste.

A análise das respostas das especialistas foi realizada abrangendo todas as diferentes dimensões de modo a oferecer sustentabilidade e confiabilidade ao processo avaliativo, incluindo uma análise quantitativa das respostas objetivas e outra qualitativa dos textos elaborados pelas especialistas como parte do processo de avaliação que efetuaram. Cabe ressaltar, que as especialistas responderam sim ou não e algumas apresentaram apenas sugestões ao Modelo. No intuito de sistematizar os dados, essas situações foram registradas como “somente sugestões”.

As sugestões e comentários das especialistas foram analisados através dos seguintes passos: 1- elaboração de um quadro com os textos de sugestões e comentários por critério da avaliação das especialistas; 2- codificação dos textos; 3- agrupamento dos códigos semelhantes; 4- identificação das temáticas correspondentes; 5- realização da interpretação do conteúdo.

O rigor e as considerações éticas deste estudo estão interligados ao longo do seu desenvolvimento, pois a ética se mostra com a realização adequada e fidedigna da utilização de instrumentos e critérios avaliativos nas questões propostas, enquanto que o rigor se mostra pela fidelidade aos princípios da pesquisa.

Resultados e Discussão

O Modelo de Cuidado de Rocha (2005) obteve uma concordância de doze especialistas nas respostas objetivas perante todos os itens do instrumento, variando esta concordância entre nove e quinze especialistas em cada um dos itens. O maior índice de concordância das especialistas foram nos critérios de resolubilidade (quinze especialistas) e de significância (quatorze especialistas) do modelo, assim expressando a importância do mesmo. Para alguns critérios, as especialistas não responderam as alternativas (sim ou não), somente apontando sugestões, as quais foram analisadas qualitativamente.

A seguir apresentamos os critérios e as questões avaliativas em forma de quadros, como também, a análise do processo efetuado pelas especialistas.

O Critério Consistência Interna do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 1) foca o contexto e o conteúdo do marco referencial/teórico. Este critério requer que os elementos do marco referencial/teórico, ou seja, os conceitos e os pressupostos, sejam congruentes com as exigências filosóficas da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual (is), as teorias, os estudos científicos e o entorno.

Quadro 1 – Critério Consistência Interna.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Está clara a visão filosófica quanto ao fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade de estudo? 1.2. Foi elaborado um marco teórico ou um marco referencial? 1.3. O marco teórico ou referencial abrange todas as dimensões da proposta do modelo? 1.4. Caso tenha sido elaborado um marco teórico as exigências filosóficas da teoria de base estão |
|--|

¹⁵ A Plataforma Lattes representa uma base de dados de currículos e de instituições da área de ciência e tecnologia em um único Sistema de Informações, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil. O Currículo Lattes registra a vida pregressa e atual dos pesquisadores sendo elemento indispensável à análise de mérito e competência dos mesmos (<http://lattes.cnpq.br/conteudo/aplataforma.htm>).

explícitas nos conceitos e pressupostos?

1.5 Caso tenha sido elaborado um marco referencial as teorias, estudos científicos, entre outros embasam os conceitos e pressupostos? Estão explícitos?

1.6 Consegue-se perceber a profundidade de conhecimento da enfermeira sobre o assunto? E, a mesma faz uma interligação do seu conhecimento prévio de Enfermagem e disciplinas afins reconhecidas?

1.7 A teoria, ou teorias, ou a literatura vigente refletem a realidade estudada?

1.8 Os conceitos e pressupostos condizem e refletem a prática do cuidado?

1.9 Os conceitos e pressupostos refletem clareza e consistência?

Do total de especialistas, onze das mesmas avaliaram que o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) tem consistência interna, já duas não concordam, e cinco das especialistas apresentaram somente sugestões ou comentários, sem indicar sua concordância ou discordância.

Com relação às sugestões apresentadas, algumas especialistas afirmaram que a visão filosófica do estudo está evidenciada de forma clara, como também, o objeto do mesmo está explícito. O marco referencial elaborado sustenta filosófica e teoricamente o modelo. Os conceitos e os pressupostos foram considerados por algumas especialistas como condizentes com o modelo e a prática do cuidado.

Por outro lado, importantes considerações foram apresentadas no intuito do aprimoramento do modelo. Sugeriram uma maior delimitação do objeto do estudo, quanto à fase de crescimento e desenvolvimento da criança e tipo de violência. Outra sugestão, relevante foi quanto a necessidade de um maior aprofundamento teórico do marco referencial, utilizando conhecimentos de Disciplinas afins.

Com relação aos conceitos e pressupostos as especialistas sugerem: clarificar a redação dos mesmos; aprofundá-los quanto a visão filosófica da autora; aprofundá-los teoricamente, buscando uma sustentação filosófica, porém ao mesmo tempo deixá-los mais próximos da realidade. Além disto, definir com clareza termos, como: comunicação não verbal, análise do discurso e imagem, cuidado humanizado à criança, respaldo legal do brinquedo terapêutico, negligência e privação de direitos; ainda, ampliar o número de conceitos, assim sugerindo acrescentar subconceitos, como: vínculo, violência, técnica, tecnologia e acolhimento.

Cabe ressaltar a importância das sugestões das especialistas quanto a necessidade de um aprofundamento filosófico e teórico do marco referencial, principalmente dos conceitos, já que, o marco referencial que demarca o conhecimento, embasa e delimita as ações do cuidado (Silva & Arruda, 1993).

Também, as sugestões de incluir as técnicas de observação comportamental e de análise de discurso e imagem, são imprescindíveis, já que um dos objetivos deste Modelo de Cuidado é alcançar a aproximação entre a criança e a enfermeira no intuito de realizar um cuidado voltado não somente para técnicas, mas sim, para um cuidado diferenciado onde a criança demonstra suas necessidades de cuidado. Assim, há a necessidade de se observar a comunicação não verbal da criança, como também, compreender e analisar os desenhos, histórias e brincadeiras.

O Critério Adequação Empírica do Marco Referencial/Teórico do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 2) refere-se ao embasamento científico e teórico do marco referencial/teórico à metodologia ou aos instrumentos específicos que são desenvolvidos para conduzir a prática através do modelo de cuidado. Requer o acerto teórico realizado pela congruência do marco referencial/teórico com a evidência empírica. Os resultados da avaliação da adequação empírica são decisões com relação à necessidade de modificar, refinar ou desfazer um ou mais conceitos ou pressupostos do marco referencial/teórico, sendo isto verificado através da prática. Neste critério são consideradas três questões.

Quadro 2 –Critério Adequação Empírica do Marco Referencial/Teórico.

- 2.1. As afirmações teóricas são congruentes com a evidência empírica?
- 2.2. A metodologia do estudo é congruente com as exigências filosóficas e do conteúdo do marco teórico ou referencial?
- 2.3. Os conceitos são observados através do método para a prática do cuidado?

Segundo doze das especialistas o Modelo de Cuidado possui Adequação Empírica do Marco Referencial, uma discorda desta afirmação e cinco das especialistas apresentaram somente sugestões. Algumas especialistas afirmam que as exigências filosóficas e o marco referencial do modelo estão congruentes com as evidências empíricas e a metodologia proposta. Entretanto, há sugestões de clarificar como foi realizada a congruência do marco referencial com a evidência empírica, pois para algumas especialistas há necessidade de se descrever com mais detalhes a realidade estudada.

O detalhamento da realidade estudada foi descrito na revisão de literatura e metodologia da Dissertação de Mestrado (Rocha, 2005), a qual originou o modelo proposto. Porém, a mesma não foi enviada na sua totalidade as especialistas, ou seja, foi enviado as mesmas somente o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) (o marco referencial e a metodologia). Assim, estas sugestões nos remetem a reflexões: primeiro quanto ao marco referencial e segundo a possibilidade de se considerar a necessidade de se incluir na apresentação do Modelo uma descrição geral do contexto que gera a proposição. Concordamos com a necessidade de aprofundar o marco referencial, mas, pensamos que não é necessário o detalhamento geral do contexto, já que um Modelo de Cuidado deve ter um uso amplo, não sendo específico somente para um determinado local e/ou instituição.

O Critério Adequação Empírica da Metodologia do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 3) , diz respeito ao acerto da metodologia realizado pela congruência da própria metodologia com a evidência empírica. Os resultados da avaliação da adequação empírica são decisões com relação à necessidade de modificar, refinar ou desfazer os componentes da metodologia. Nesse critério são consideradas duas questões.

Quadro 3 –Critério Adequação Empírica da Metodologia.

- 3.1. A metodologia está representando adequadamente a evidência empírica?
- 3.2. A metodologia possui representatividade na prática?

Segundo onze das especialistas, o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) possui Adequação Empírica da Metodologia, uma delas discorda disto, e seis fizeram sugestões e comentários no intuito de aperfeiçoar o Modelo. As especialistas sugeriram detalhar mais a realidade estudada, para assim, realizar maior conexão entre a evidência empírica e a metodologia.

A análise dos Critérios Adequação Pragmática e Desenvolvimento do Raciocínio Teórico-prático do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado podem ser realizadas conjuntamente, pois ambos receberam as mesmas sugestões.

A Adequação Pragmática, outro critério do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 4) é determinada pela revisão de todas descrições do uso do mesmo na prática. É importante reconhecer que para a aplicabilidade do modelo há necessidade de uma metodologia adequada que instrua a aplicação prática do mesmo. A compatibilidade das expectativas entre os sujeitos da prática, o serviço de saúde e a aplicação das ações de Enfermagem baseadas no modelo de cuidado também podem ser avaliadas. Ainda, a enfermeira deve descrever e interpretar suas próprias experiências em relação às experiências dos sujeitos e o relatório precisa apresentar total transparência e fidelidade destas interpretações. O modelo deve ser socialmente significativo pela condução de resultados para aqueles que participam nas ações, como por exemplo, a redução nas complicações, o favorecimento das condições de saúde e o aumento na satisfação com o cuidado prestado. Nesse critério são consideradas seis questões.

Quadro 4 –Critério Adequação Pragmática.

- 4.1. O modelo de cuidado desenvolvido tem aplicabilidade na prática de enfermagem?
- 4.2. O modelo implementa a prática de enfermagem?
- 4.3. O modelo de cuidado é de fácil aplicação e avalia efetivamente as ações de Enfermagem?
- 4.4. O modelo de enfermagem é de fácil entendimento para as enfermeiras?
- 4.5. As ações de enfermagem embasadas no modelo de cuidado são compatíveis com as expectativas da prática de Enfermagem, do paciente/família e ambiente?
- 4.6. As ações de enfermagem propostas no modelo de cuidado conduzem para resultados favoráveis?

O Critério Desenvolvimento do Raciocínio Teórico-prático do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 5) consiste no desenvolvimento do pensar durante a aplicação do modelo de cuidado, de uma micro perspectiva dos dados com o alcance de um macro entendimento do fenômeno, associando o marco referencial/teórico e a prática. O modelo de cuidado nos proporciona macro-micro perspectivas, assim nos conduzindo a avançar, e objetivando uma construção sólida. Nesse critério são consideradas três questões.

Quadro 5 –Critério Desenvolvimento Teórico-prático.

- 5.1. A enfermeira consegue perceber a necessidade do ir e vir entre a prática e o modelo?
- 5.2. O modelo é estruturado para atender as necessidades específicas dos pacientes e ao mesmo tempo do todo?
- 5.3. Consegue-se especificar as ações de enfermagem seguindo o modelo, sem alterar a essência do mesmo?

Segundo doze das especialistas o Modelo de Cuidado proposto apresenta Adequação Pragmática, sendo que uma discorda desta afirmação e cinco realizaram comentários ou sugestões descritivas. Já para onze das especialistas, o Modelo de Cuidado favorece o Desenvolvimento Teórico-prático, sendo que nenhuma discordou, porém sete apresentaram sugestões e comentários.

Segunda as especialistas, o Modelo de Cuidado apresentado fornece sustentação significativa para a elaboração de ações de cuidado a crianças vítimas de violência, propiciando assim um cuidado humanizado, já que possui todas as etapas inerentes ao processo de cuidar. Além disto, as mesmas ainda reportam que este Modelo de Cuidado conduz para resultados favoráveis não somente para a criança, como também, para a enfermeira e a equipe de saúde. As especialistas sugeriram que o mesmo pode ser aplicado também em diferentes setores da área de saúde, como a hospitalar e os programas como a Estratégia de Saúde da Família/Ministério da Saúde/Brasil¹⁶, por ser de fácil aplicação e ser um avanço quando diagnostica os déficits de cuidado que a criança apresenta.

Entretanto, o mesmo precisa ser aprimorado, e para tanto, as especialistas sugeriram simplificar a metodologia, para facilitar a sua aplicação, com a clarificação dos passos a serem seguidos pelas enfermeiras através do detalhamento das atividades a serem realizadas nas sessões de brinquedo terapêutico. A inclusão da família no processo foi uma das questões apontadas pelas especialistas.

Concordamos com as especialistas sobre a necessidade de detalhamento dos passos a serem realizados nas sessões de brinquedo terapêutico. Devemos destacar que os passos podem ser novamente descritos e mais explicativos, porém percebemos que não há como se pré-estabelecer todas as ações de enfermagem. As ações são guiadas pelos princípios do cuidado propostos por Morse, et al (1990) e

¹⁶ A Estratégia de Saúde da Família é um projeto do Sistema Único de Saúde, é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149).

definidas a partir das necessidades manifestadas por cada criança, já que estamos advogando a favor de um cuidado que considere a individualidade de cada criança.

Além disso, também concordamos que houve uma lacuna no Modelo proposto, pois a família não foi de todo incorporada no processo. Devemos ressaltar que no caso destas Casas Lares as crianças estão afastadas do contato familiar, ou por não possuírem família, ou por medida de proteção determinada judicialmente. Todavia, a família pode ser mais incorporada no processo, quando o cenário de aplicação do modelo não apresentar restrição à participação dos familiares, como possibilidade de estabelecer e/ou fortalecer tais vínculos, desde que haja concordância por parte da criança. Além disso, as especialistas também sugerem incluir os aspectos espirituais da criança.

O Critério Significância, do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 6) demonstra a relevância do modelo de cuidado para a sociedade e para a Enfermagem. Além de mostrar como surgiu a idéia do estudo e a justificativa de seu desenvolvimento. Nesse critério são consideradas três questões.

Quadro 6 – Critério Significância.

- 6.1. A utilização do modelo modifica a forma com que se dá a prática do cuidado de enfermagem?
- 6.2. A utilização do modelo modifica uma determinada situação?
- 6.3. Há ou não diferença da prática de cuidado com o uso do modelo?

A maior parte das especialistas (quatorze) concordam que o Modelo de Cuidado proposto possui significância, porém duas das mesmas discordam e duas apresentaram sugestões e comentários, sendo a maioria positivos.

Segundo as especialistas o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) possui significância pois qualifica a prática do cuidado, considerando a proximidade e a profundidade na inter-relação entre a enfermeira e a criança. A partir disso, favorece a sistematização das ações de cuidado, ou seja, as ações a serem realizadas pela Enfermagem são estabelecidas e prescritas a partir das reais necessidades da criança.

Para as especialistas, o Modelo de Cuidado tem perspectivas para o uso geral, pois pode modificar situações e qualificar a prática do cuidado de crianças vítimas de violência, já que o mesmo considera as fragilidades e a necessidade de cuidado e proteção das crianças. Ainda referem que, neste caso, o brinquedo terapêutico é um meio para a enfermeira realizar os diagnósticos de Enfermagem e definir adequadamente sua intervenção. Segundo uma das especialistas, há necessidade de descrever com maior detalhamento os resultados da aplicação do modelo à prática.

O Critério Coerência Metodológica do Instrumento de Avaliação de Modelos de Cuidado (Quadro 7) tem o objetivo de assegurar a congruência entre o marco referencial/teórico e a metodologia. Nesse critério são consideradas três questões.

Quadro 7 – Critério Coerência Metodológica.

- 7.1. O fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade que é focado pelo modelo está claro?
- 7.2. A metodologia utilizada na elaboração do modelo está bem desenhada, possui todos os passos descritos?
- 7.3. A metodologia está condizente com o marco teórico ou referencial, a questão norteadora e os objetivos do modelo?

Segundo onze das especialistas o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) possui Coerência Metodológica, sendo que duas não concordaram, e cinco das especialistas apresentaram sugestões e comentários descritivos. Para algumas especialistas o objeto do estudo está claro e a metodologia bem elaborada, porém, para outras, há necessidade de ajustes.

As especialistas voltaram a sugerir neste critério um aprofundamento teórico do marco referencial. Porém, o maior número de sugestões se refere a metodologia, até porque é o objetivo de avaliação

deste critério. Assim, as mesmas sugeriram rever a redação e clarificar o conteúdo do referencial metodológico, como também, clarificar as etapas do processo metodológico através da sua descrição detalhada e da simplificação de suas denominações, ou seja, mudar a denominação das etapas: “Acolhendo” e “Brincando”. Ainda, as mesmas sugeriram clarificar e descrever as ações de Enfermagem nos passos metodológicos. Já quanto a representação gráfica, as especialistas comentaram que está um pouco confusa, e sugeriram realizar um algoritmo¹⁷. Concordamos com as especialistas que a representação gráfica do modelo, não está clara. A elaboração de um algoritmo pode trazer uma maior facilidade para a compreensão do modelo.

A denominação das etapas foi escolhida através de seus objetivos, no intuito de facilitar a compreensão da enfermeira e estabelecer de forma clara o ponto central de cada etapa. Por isso, a primeira é denominada “Acolhendo” que possui como “finalidade o estabelecimento de vínculo entre a criança e a enfermeira, já que partimos do pressuposto de que o cuidado para ser realizado necessita de interação” (Rocha, 2005). A segunda etapa é denominada de “Brincando” no qual se desenvolve a maior parte do processo, ou seja, a realização do maior número de sessões de brinquedo terapêutico ocorrerão nesta etapa. A terceira, denominada “Finalizando”, consta da(s) última(s) sessão(ões) a ser(em) desenvolvidas com a criança. Assim, a mudança na denominação das etapas não nos parece pertinente.

O Critério Simplicidade (Quadro 8), diz respeito a capacidade do marco referencial/teórico explicar de forma clara o fenômeno de interesse, sendo que o caminho metodológico e os métodos utilizados devem ser descritos com clareza, e o modelo de cuidado deve ser de fácil entendimento e aplicabilidade. Nesse critério são consideradas três questões.

Quadro 8 – Critério Simplicidade.

- 8.1. O conteúdo do marco teórico ou referencial é claro e conciso?
- 8.2. A metodologia está clara e é de fácil aplicabilidade?
- 8.3. O modelo, como um todo, é de fácil aplicação?

A avaliação do Modelo de Cuidado, demonstrou que há uma fragilidade do mesmo quanto a Simplicidade, pois nove das especialistas concordaram, duas discordaram e houve um grande número de sugestões, ou seja, sete das respostas das especialistas apresentam sugestões ou comentários.

As sugestões foram principalmente quanto à metodologia do estudo e repetiram as sugestões do critério anterior, como: clarificar a metodologia, tornando-a mais específica; simplificar as etapas, objetivando as mesmas; detalhar as ações a serem realizadas nos passos metodológicos; e clarificar a representação gráfica.

O Critério Resolubilidade (Quadro 9) permite verificar se o modelo de cuidado aplicado contribuiu para a modificação ou não da prática. Neste critério reconhece-se as mudanças na prática-assistencial ou se o modelo favoreceu a elaboração das alternativas de solução de possíveis problemas. Nesse critério são consideradas duas questões.

Quadro 9 – Critério Resolubilidade.

- 9.1. O modelo de cuidado dá subsídios para a resolução de problemas?
- 9.2. O modelo de cuidado orienta as práticas de cuidado objetivando a busca de alternativas para a solução de problemas?

O Critério Resolubilidade obteve o maior número de respostas positivas das especialistas, ou seja, quinze das especialistas concordam. Somente uma especialista discordou e duas das especialistas realizaram sugestões e comentários.

¹⁷ Algoritmo significa uma seqüência de procedimentos e regras claras e específicas para a consecução de um objetivo. Deve se descrever “passo a passo” a instrução a ser seguida das atividades a serem desenvolvidas, no intuito de alcançar o objetivo almejado (Appolinário, 2004).

Segundo as especialistas o modelo oferece subsídios para a resolução de problemas, pois permite avaliar as necessidades da criança vítima de violência, e intervir de forma sistematizada sobre as situações adversas, assim promovendo um cuidado de Enfermagem adequado e congruente às necessidades da cada criança.

Considerações Finais

A necessidade de avaliar modelos de cuidado é decorrente de relevância dos mesmos na sustentação teórica e metodológica das ações de Enfermagem, ou seja, através de um modelo de cuidado, a Enfermagem pode expressar seu domínio teórico e prático.

Concordamos com Silva e Arruda (1993) acerca de que a escolha e/ou a construção de qualquer referencial perpassa por intensas discussões conjuntas. Melhor dizendo, a produção do conhecimento não pode ser realizada dentro dos muros das academias e levada para ser implementada na prática. Ela deve resultar do processo de criação da enfermeira numa ação de vinculação entre teoria e prática, cujo protagonismo da pessoa que recebe cuidado é garantido e expresso. A garantia deste processo plural é permeada por avaliações críticas acerca da natureza dos pressupostos filosóficos que norteiam o cuidado.

A partir da avaliação do modelo de cuidado proposto, percebemos que a elaboração de modelos de cuidado para a prática e oriundos destas, fazem a diferença na sistematização e construção do conhecimento de Enfermagem. A avaliação do Modelo de Cuidado de Rocha (2005), não serviu apenas para a avaliação deste modelo, mas nos reportou à definição de proposições necessárias a elaboração de modelos de cuidado. A partir das sugestões e comentários das especialistas, é possível perceber onde um modelo de cuidado necessita estar fortalecido, para ser assim denominado e implementados na prática profissional.

A maior dificuldade encontrada nesse processo de avaliação foi verificado durante a análise das respostas das especialistas, tendo em vista a dissonância entre as mesmas, já que houve discordância das especialistas sobre o mesmo critério. Assim, a análise muitas vezes foi difícil de ser realizada, porém foram consideradas todas as sugestões e comentários, ou seja, todas as respostas foram valorizadas, no intuito de avaliar a relevância e a adequação do modelo.

A dificuldade na análise de algumas respostas foi em decorrência das especialistas apresentarem discordância conceitual entre si. Algumas, por exemplo, afirmaram que foi elaborado no modelo de cuidado de Rocha (2005) um marco referencial, enquanto outras referiram que foi elaborado um marco teórico. Quando da ocorrência destas dissonâncias, foi levado em consideração a proposta geral da sugestão da especialista.

Constatamos que o processo de avaliação de um Modelo de Cuidado não é um processo simples, requerendo que se coloque o mesmo, à disposição da comunidade de Enfermagem, instrumentos que favoreçam a compreensão daqueles que o analisam, além, da disposição para manter o movimento de implementação, avaliação e reformulação num processo que não se extingue, mas se aperfeiçoa e atende às renovações do mundo físico/material, espiritual e sensível que estão presentes em cada ação de cuidado da Enfermagem.

Assim como para a elaboração de um modelo de cuidado, também para sua avaliação, são necessárias a abstração, o conhecimento da literatura e da prática. Além disso, esse processo precisa ter clareza, e abranger a objetividade e a subjetividade do modelo, para que aqueles que o utilizam, possam compreendê-lo e apreendê-lo de forma completa.

Por fim, a partir da avaliação realizada, o Modelo de Cuidado para Crianças Vítimas de Violência de Rocha (2005) pode ser considerado um Modelo de Cuidado para a Enfermagem, embora necessite de alguns ajustes, principalmente no âmbito de aprofundamento conceitual e clarificação da metodologia.

Referências

- Abbagnano N. (2003). *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Amezcu, M. & Toro, A. G. (2002). Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76, 423-36.
- Appolinário, F. (2004). *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico* (p. 23). São Paulo: Atlas.
- Borba, R. I. H. (2002). Mesa Redonda: O Brinquedo e a Assistência de Enfermagem à Criança. *Enfermagem Atual*, 2(24), 9-11.
- Cálderon, C. (2002) Criterios de Calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76, 473-82.
- Carraro, T. E. *Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da Enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções*. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina., Florianópolis. 1994.
- Erdmann, A. L.(1987) *Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de ensino: proposta de um modelo*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Fawcett, J. (2005). *Knowledge Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evolution of nursing models and theories*. (2a ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ferreira ABH. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. (pp. 454, 1128, 1146). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Green, C. S. (1974). *Entendendo as necessidades das crianças através do brinquedo terapêutico* (Ribeiro, C. A, Trad.). São Paulo: EEUUFF.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1995). *Theory and Nursing: a systematic approach* (4a ed.). Missouri: Mosby-Year Book.
- Fawcett, J. (1984) The Metaparadigm of Nursing: current status and future refinements. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84-87.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing Development and Progress* (3a ed., pp. 17- 21, 135-139). Philadelphia: Lippincott.
- Morse, J. M. (2006). Insight, inference, evidence, and verification: Creating a legitimate discipline [Keynote address]. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), Article 8.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 1 (2), Article 2.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. & Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Oliveira, M. G. da S. de. *Apadrinhamento afetivo - uma parceria das Casas Lares Nossa Senhora do Carmo e São João da Cruz com a comunidade de Coqueiros*. 1999. 97 f. Monografia - Departamento de Serviço Social Universidade Federal de Santa Catarina.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8a ed., pp. 326-28). Filaphelfia: Wolters Kluwer/Lippicott Willians & Wilkins.

Rocha, P. K. (2005) *Brinquedo terapêutico e crianças institucionalizadas vítimas de violência: propondo um modelo de cuidado de enfermagem*. Dissertação, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Rocha, P. K.; Prado, M. L. (2008). Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? *Index de Enfermería*,. 17(2), 128-132.

Rocha, P. K. (2008). *Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem*. Tese, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

ROCHA, P. K. ; PRADO, Marta Lenise do ; CARRARO, T E. (2008) Nursing Care Model for Children Victims of Violence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25,80-85.

Silva, A. L. & Arruda, E. N. (1993). Referências com base em diferentes Paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem?. *Texto Contexto Enfermagem*, 2(1), 82-92.

Teixeira, M.A. & Nitschke, R.G. (2008) Modelo de Cuidar em Enfermagem junto as Mulheres-avós e sua Família no Cotidiano do Processo de Amamentação. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (1), 183-191.

Trentini, M. & Paim, L. (1999). *Pesquisa em enfermagem - uma modalidade convergente-assistencial*. (162 p). Florianópolis: UFSC.

_____. (2004) *Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*.(2a ed., 144 p) Florianópolis: Insular.

Zanchetta, M.S. (1990) *O processo de avaliação de um modelo assistencial em cancerologia: modelo assistencial*. Rio de Janeiro: UERJ.

Walker, P. H. & Neuman, B. M. (1996). Blueprint for Selection and Implementation of Nursing Models. In: Walker, P. H. & Neuman, B. M. *Blueprints for use of Nursing Models*. New York: NLN Press.

Wilson, H.S. (1989). Recognizing and Evaluating Study Designs. (pp. 132-176). In: Wilson, H.S., *Research in Nursing* (2a ed.). Redwood City: Addison-Wesley.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem é um assunto inovador e de grande relevância para a Disciplina, pois contribui para legitimar e avaliar suas estruturas de conhecimento. Como já referido, a inquietação de realizar um estudo que tivesse este propósito surgiu com a elaboração de um conhecimento com cunho teórico e metodológico ao qual denominamos de Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Institucionalizadas Vítimas de Violência. (ROCHA, 2005). A partir da elaboração deste processo nos questionamos se poderíamos ou não denominar tal processo de modelo de cuidado e que critérios poderíamos utilizar para avaliar modelos de cuidado de Enfermagem. Assim, surgiu a questão que norteou todo este estudo: quais são os critérios válidos para avaliar modelos de cuidado de Enfermagem?

A idéia central foi de elaborar um instrumento para avaliar modelos de cuidado de Enfermagem, validando os critérios e, a partir daí, utilizar o nstrumento proposta para avaliar o Modelo de Rocha (2005).

O processo avaliativo de um modelo exige que os critérios de avaliação sejam amplos e que abranjam tanto o cunho teórico quanto prático do mesmo. E, também, aborem as dimensões subjetivas e objetivas do modelo, ou seja, os critérios podem ser elaborados a partir de parâmetros da pesquisa qualitativa, no intuito de assim captar a subjetividade do modelo, porém a avaliação pode ser conjugada com questões avaliativas objetivas e subjetivas, as quais favorecem a expressão da concordância ou não, bem como a expressão de sugestões acerca dos critérios propostos.

Com a aplicação do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem proposto nesse estudo verificamos que sua utilização, tendo em vista a complexidade teórico-conceitual e a necessidade de abstração, requer familiaridade com as estruturas de conhecimento e com os diferentes tipos de pesquisas. O Instrumento pode ser aplicado a modelos de cuidado, desde que o mesmo esteja suficientemente detalhado, tanto em sua base conceitual, como em sua metodologia e em seus resultados. Este instrumento é complexo e demanda do usuário atenção e tempo, pois mesmo algumas questões sendo objetivas, o usuário necessita refletir e elaborar argumentos que sustentem a sua concordância ou não com os itens do instrumento ao modelo. Para a análise dos resultados, deve-se levar em consideração as sugestões e comentários, além, da análise da frequência das respostas. Cada resposta (concordante ou discordante) deve ser considerada independente de sua maior

ou menor frequência, pois cada critério tem relevância em si mesmo e não pode ser preterido em função do outro.

A validação dos critérios e questões avaliativas do Instrumento por um painel de especialistas nos levou a reestruturação dos critérios e de suas questões, reconhecendo que um instrumento necessita ser mais conciso e objetivo. Além disto, a avaliação por um grupo de dezoito especialistas foi importante para a formatação final do mesmo, pois foram agregados novas concepções, conceitos, gerando um novo instrumento com base quali e quantitativa para avaliar modelos de cuidado de Enfermagem.

A avaliação do Modelo de Cuidado de Rocha (2005), utilizando o Instrumento proposto nesse estudo permitiu identificar as fortalezas e as fragilidades, além de confirmar tratar-se realmente de um modelo para a prática de Enfermagem. Após a avaliação das especialistas conseguimos identificar em que aspectos o Modelo de Rocha pode ser reestruturado e fortalecido. Além disso, segundo as especialistas o Modelo de Rocha (2005) é um Modelo de Cuidado de Enfermagem.

O processo metodológico empregado nesse estudo, no qual se utilizou o mesmo painel de especialistas para, ao mesmo tempo, testar o Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado avaliando o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) demonstrou-se ser adequado, já que permitiu a testagem do Instrumento de forma prática, ou seja, utilizando um modelo de cuidado para verificar a necessidade de ajustes ao instrumento proposto. A validação dos critérios e das questões avaliativas utilizando o Modelo de Rocha (2005) foi importante, pois desse modo as sugestões, as concordâncias e as discordâncias foram emitidas a partir de um modelo contextualizado na prática da Enfermagem.

O processo de avaliação de um modelo de cuidado não é simples, necessita de um instrumento adequado e da compreensão daqueles que o analisam, além, da disposição para manter o movimento de implementação, avaliação e reformulação, num processo que não se extingue, mas se aperfeiçoa e atende as renovações do mundo físico/material, espiritual e sensível que estão presentes em cada ação de cuidado da Enfermagem.

O instrumento proposto além de contribuir na avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem, pode auxiliar na elaboração de novos modelos, ou seja, cada um dos critérios pode servir como guia para outros enfermeiros construírem propostas de modelos de cuidado.

Ainda que POLIT e BECK, (2008).afirmem que a elaboração de um instrumento termina quando o pesquisador realiza a revisão de literatura, desenvolve as bases conceituais e metodológicas do instrumento, validando as mesmas, este estudo não é terminal. Isto porque, um instrumento para avaliação de modelos de cuidado demanda contínua revisão, já que está

dirigido a uma realidade complexa e em permanente transformação. Isso significa reconhecer que a proposta aqui apresentada está sujeita a críticas e reformulações à medida que sua utilização demonstrar inadequações, necessidade de complementações ou ajustes. Assim também, o Modelo de Cuidado de Rocha (2005) necessita passar por um novo processo de revisão, aplicação e ajustes, tendo em vista as sugestões das especialistas.

6 REFERÊNCIAS

ABBAGNANO N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ADUE, I. M. CHERVO, M. A., PRADO, M. L. do et al. Las Controversias entre Cuantificación y Cualificación en Investigación. In: PRADO, M.L., SOUZA, M. de L.,

CARRARO, T. E. (Org.) **Investigación Cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales**. Série Paltex Salud y Sociedad 2000 No 9, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2008.

ALLIGOOD, Martha Raile. Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures. In: ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner. **Nursing Theory - Utilization & Application**. 3 Ee. Missouri: Mosby Elsevier, 2006.

_____. The Nature of Knowledge Needed for Nursing Practice. In: ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner. **Nursing Theory - Utilization & Application**. 3 Ee. Missouri: Mosby Elsevier, 2006.

AMEZCUA, M.; TORO, A. G. Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 76, p. 423-36. 2002.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a producao do conhecimento científico** São Paulo: Atlas, 2004.

BARROSO, J.; POWELL-COPE, G. M. Metasynthesis of Qualitative Research on Living with HIV Infection. **Qualitative health Research**, v. 10, n. 3, p. 340-353. 2000.

BISHOP, S. M. Processo de desenvolvimento de teorias. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. (Ed.) **Modelos y Teorías en Enfermería**. 4. ed. Espanha: Harcourt, 2000.

BONDAS, T.; HALL, E.O.C. Challenges in Approaching Metasynthesis Research. **Qualitative Health Research**, v. 17, n.1, p. 113-121. 2007.

BORBA, R. I. H. Mesa Redonda: O Brinquedo e a Assistência de Enfermagem à Criança. **Enfermagem Atual**, p. 9-11. nov/dez. 2002.

BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 243 p.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **Investigación en Enfermería**. 3 ed. Madrid: Elsevier, 2005.

BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. Introduccion a la investigacion en enfermeria. In: _____. **Investigacion en Enfermeria**. 3 ed. Madrid: Elsevier, 2005. p. 1-25.

CÁLDERON, C. Criterios de Calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 76, p. 473-82. 2002

CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da Enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções.** Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina., Florianópolis. 1994.

_____. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. En: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: AB Editora, 2001.

_____. Sobre Teorias e Marco Conceitual: sua influência na metodologia de assistência. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M.A. E. **Metodologias para assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: AB, 2001. p. 29-37.

COLLIÉRE, MF. **Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Traduzido: ABECASIS, M. L. B. Damaia: Printipo Indústrias Gráficas Ltda, 1989. 385p.

DAVIDSON, P.; HALCOMB, E.; HICKMAN, L.; PHILLIPS, J.; GRAHAM, B. Beyond the Rhetoric: what do we mean by a “model of care”. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 23, n. 3, p. 47-55. 2006.

DEMO, P. Pesquisa Qualitativa Busca de Equilíbrio entre Forma e Conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 89-104. 1998.

DIXON-WOODS, M.; BONAS, S.; BOOTH, A. et al. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. **Qualitative Health Research**, v. 6, n. 1, p. 27 – 44. 2006.

FAWCETT J. **Knowledge Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evolution of nursing models and theories.** 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005. 623 p.

_____. Criteria for Evaluation of Theory. **Nursing Science Quarterly**, v. 18, n. 2, p. 131-135. 2005.

_____. The Metaparadigm of Nursing: current status and future refinements. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 16, p. 84-87. 1984.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO W. C. A.; PORTO I. S. Dama de Negro X Dama de Branco: o cuidado na fronteira vida/morte. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 3, n. 2, p. 139-49. 1995.

FINFGELD, D. L. Metasynthesis: The state of the art – so far. **Qualitative Health Research**, v. 13, n. 7, p. 893-904. 2003.

GREEN, C. S. **Entendendo as necessidades das crianças através do brinquedo terapêutico.** São Paulo: EEUFF, 1974.

HERRERA, B. S. Utilidad de los modelos Conceptuales de enfermería en la práctica. **El arte y la Ciencia del Cuidado**. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 13-29.

CHINN, P. L. & KRAMER, M. K. **Theory and Nursing: a systematic approach**. 4. ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1995.

JENSEN, L.A.; ALLEN, M.N. Meta-Synthesis of Qualitative Findings. **Quantitative Health Research**, v. 6, n. 4. 1996.

JOHNSON, D.E. One Conceptual model of Nursing. Paper presented at Vanderbilt University, Nashville, TN. In: MELEIS, Afaf I **Theoretical Nursing Development and Progress**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

KECK, J. F. Terminología del Desarrollo de la Teoría. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. (Ed.) **Modelos y teorías en enfermería**. 4. ed. Espanha: Harcourt, 2000. p. 16-24.

LEDDY, S.; PEPPER, J. M. **Conceptual bases of professional nursing**. Lippincott Williams & Wilkins, 1993.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. p. 32.

MEEHAN, Therese Conneell. Careful Nursing: a model for contemporary nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 44, n. 1, p. 99-107. 2003.

MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing Development and Progress**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

MONTERO, M. Sobre La Noción de Paradigma. En: MERCADO, F. J.; GASTALDO, D.; CALDERÓN, C. **Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en Salud: una antología iberoamericana**. México: Universidad de Guadalajara, 2002. 620 p.

MORSE, J.M.; SOLBERG, S. M.; NEANDER, W. L. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, v. 13, n. 1, p. 1-14. 1990.

MORSE, J. M. BARRETT, M., MAYAN MARIA et al. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. **Internacional Journal of Qualitative Methods**, v.1, n. 2. 2002.

MORSE, J. M. Insight, Inference, Evidence and Verification: Creating a Legitimate Discipline. Keynote Adress for the II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud Madrid 22-25 de Junio de 2005. **Internacional Journal of Qualitative Methods**, v. 5, n. 1. 2006.

MULLEN Jodi E.; ASHER, Lucinda M. Implementation of a Nursing Professional Practice Model of Care in a Pediatric Hospital. **Pediatric Nursing**, v. 33, n 6. 2007.

NAGLER, J. Child Abuse and Neglect. **Pediatrics**, v. 14, n. 2, p. 251-254. 2002.

PAIM, L. et al. **Conceitos e visões teóricas**. Florianópolis: REPENSUL: ESPENSUL, 1998. 140 p.

PAIM, L.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. et al. **Conceitos e visões teóricas**. Florianópolis: REPENSUL, 1988.

POLIT, D. F. & BECK, C. T. **Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

RIEHL, Joan P, ROY, Callista. History of Nursing Models. In: _____. **Conceptual Models Nursing Practice**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

ROCHA, P. K. **Brinquedo terapêutico e crianças institucionalizadas vítimas de violência: propondo um modelo de cuidado de enfermagem**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005. 100 p.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? **Index de Enfermería**. v. 17, n. 2, p. 128-132. 2008.

SILVA, A.L.; ARRUDA, E.N. Referenciais com Base em Diferentes Paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**, v. 1, p. 82-92. 1993.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M.I.C.S. et al. O Cuidado em Enfermagem: uma Aproximação Teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-70. 2005.

STRASEN, Leann Developing New Models of Care, Roles, and Responsibilities. **Jona**, v. 19, n. 6, jun. 1989.

THORNE, S.; JENSEN, L.; KEARNEY, M. H. et al. Qualitative Metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. **Qualitative Health Research**, v. 14, n.10, p. 1342- 1365. 2004.

TOMEY, A. M. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. (Ed.) **Modelos y teorías en enfermería**. 4. ed. Espanha: Harcourt, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem - uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999. 162 p.

_____. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

VILLALOBOS, M. M. D. **Enfermería: desarrollo teórico e investigativo**. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 1998. 172 p.

_____. Teorías de rango medio: ¿ Por qué para el cuidado? Importancia y utilidad para la práctica de enfermería. **El arte y la ciencia del cuidado**. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 32.

WALKER, P. H. & NEUMAN, B. M. Blueprint for Selection and Implementation of Nursing Models. In: _____. **Blueprints for use of Nursing Models**. New York: NLN Press, 1996.

WASSERBAUER, L.I. & ABRAHAM, I. L. Qualitative Designs. In: TALBOT, L.A. **Principles and Practice of Nursing Research**. Missouri: Mosby-Year Book Ltda, 1995.

WEAVER, Kathryn; OLSON, Joanne K. **Understanding Paradigms Used for Nursing Research. Integrative Literature Reviews and Meta-analyses**. 2006.

WILSON, H.S. Recognizing and Evaluating Study Designs. In: _____. **Research in Nursing**. 2. ed. Redwood City: Addison-Wesley, 1989.

ANEXOS

Nursing care model for children victims of violence¹

AUTHORS

Patrícia Kuerten Rocha

RN

PhD student, Federal University of Santa Catarina (UFSC), Brazil; Specialist in Paediatric Intensive Therapy from the Federal University of São Paulo, Brazil; Substitute Professor for the Nursing Department of UFSC; CNPq Scholar, Av Buriti, 620, Bl B, Apto 508, Parque São Jorge, Centro, Florianópolis, SC, Brazil. pkrochaucip@yehoo.com.br

Marta Lenise do Prado

RN, Doctor of Nursing Philosophy

Faculty of the Post-Graduate Program of the Nursing Department at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Brazil.

Telma Elisa Carraro

RN, Doctor of Nursing Philosophy

Faculty of the Post-Graduate Program of the Nursing Department at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Brazil.

KEYWORDS

violence, institutionalisation, nursing, care model, children, therapeutic play

ABSTRACT

Introduction

Evidence exists that child abuse has occurred throughout human history however the magnitude of the increased incidence of violence toward children, as well as its complexity, deserves reflection and consideration.

Objectives

The objective of this study was to explore a nursing care model for child victims of violence who resided in Homes Houses² using therapeutic play; and to investigate the potential of using therapeutic play to create connections between the child, the nurse, and their surroundings in the Homes Houses.

Methodology

During completion of the Master's Program in Nursing at the Federal University of Santa Catarina, Brazil (UFSC), a care model using therapeutic play was developed with child residents of Homes Houses who had suffered physical violence. This is a qualitative assistential convergent research study, conducted with four children from July 2004 to July 2005.

Results

The results provide evidence that the proposed care model is adequate for application in this situation.

Conclusion

The model proposes a new field of practice, not only for the nursing profession, but for caring for child victims of violence generally.

¹ Therapeutic playing and institutionalised victims of child abuse: proposing a care model in nursing. Master's thesis presented to the post-graduate program in nursing at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Brazil, 2005.

² In Brazil, Homes Houses are houses where children and adolescent victims of violence are housed under judicial order and as a result of a judicial process (Oliveira 1988). Some of the homes are philanthropic organisations.

INTRODUCTION

Nursing practice is grounded in theories and models (Budo and Saupe 2005), which originated in the United States of America, later expanding to other countries (Carraro 2001).

Nursing care models provide the systems and science to support nursing care. They are instruments for the scientific planning of nursing actions and assist in our perception of nursing practice as a dynamic, mutational and creative process, rather than a set of procedures. Thus, care models form the basis for action; they justify action taken to address identified problems and direct the activities of each team member. Beyond this, they are a method for documenting nursing actions; an important aspect in contributing to the continuity and visibility of nursing care (Fawcett et al 2004; Carraro 2001).

The stages for developing a care model consist of planning, development, implementation, and evaluation (Davidson et al 2006). In the planning stage, the conceptual framework is developed, which, through its concepts and assumptions, forms the basis for the construction of the methodological proposal. The concepts of the conceptual framework are elaborated from theories, pre-existing concepts, or are drawn from current literature. The assumptions are defined from beliefs, values, and the positioning of the author around the theme.

The increased incidence of child victims of abuse demonstrates an urgent need to develop a care model based on a theoretical-methodological framework. For children who suffer from physical abuse and are out of the hospital environment, such as child and adolescent shelters or 'Homes Houses', there is an opportunity for nursing to develop a significant role, through caring for the health, psychosocial and interactive needs of such children and adolescents.

Homes Houses guarantee the rights of the children, favour family ties (when permitted by judicial decree), avoid undoing the family structure, and re-introduce the child to society. Homes Houses count on a multi-professional team, though currently nursing is

not part of this team. Thus, there is an opportunity for nursing to contribute to the promotion of health for these children, through the development of a theoretical-methodological framework and through the use of therapeutic play.

Therapeutic play, which is based on a philosophy of care, has a non-directive approach. It gives the child the freedom to express him/herself verbally and non-verbally, and offers a means through which the child can share their fears and concerns, assisting the nurse to identify their needs and feelings.

The present study's objective was to develop a nursing care model for children who are victims of violence, using therapeutic play, and to understand the contribution of therapeutic play toward the establishment of a therapeutic bond between the child, the nurse, and their surroundings.

The child has had various roles throughout human history. Up until around the 17th century, children were generally treated as 'miniature adults' with similar expectations of contributing to the household. Rather than an education and a childhood, they were required to work both inside and outside the home and to contribute to the running of the home. They usually had no separate bedtimes, participating in the same night time activities as their parents, often sleeping in the same bedrooms as adults (Ariès 1981).

Modern society however has developed a different set of family values with respect to children (Ariès 1981). But even with the child becoming the centre of the family, childhood continues to be violated. This is manifested in diverse ways, such as child labor, excessive discipline, physical and sexual abuse, and neglect. Today it constitutes a grave problem for health care (Dong et al 2003).

Violence is the outcome of a set of conditions that makes violence possible (Prado 1998 p.41). There are more than 900,000 children, or 13.9 children of every 1000 who suffer mistreatment in the United States of America every year. Of these, 53.5% are neglected, 22.7% suffer physical abuse and 11.5% suffer sexual abuse (Slep and Heyman 2004).

The damage to the children who suffer from violence is difficult to quantify. Beyond the physical trauma which results from the moment of aggression, there is associated psychological anguish over time, which has ongoing psychological, physical, social, and economic effects (Slep and Heyman 2004).

METHODOLOGY

This study consisted of qualitative assistential convergent research (QACR). QACR is research that requires the active participation of its subjects. This participation is necessary in order to discover realities, resolve or minimise problems in practice, introduce innovations in specific situations and thus permit theoretical construction in the context of assistential practice (Trentini and Paim 2004).

The stages of the QACR are conception (developing the idea); instrumentation (developing the instrument); scrutinisation (collection of the data); and analysis and interpretation. Each stage comprises a sub-process with several consecutive and inter-related steps (Trentini and Faganello 2005).

The stage of conception is related to the choice of the subject; the direction of the guiding question; the establishment of the goals of the research; the review of the literature on the subject chosen; the development of the concepts and assumptions; and the construction of the conceptual framework. The stage of instrumentation is the drafting of the methodological procedures; so in this phase the choice of the research space, selection of participants and determining the technique for the collection and analysis of information are included. The phase of scrutinisation includes the collection and recording of data which should not only provide information to inform scientific research but also lead to improvements in nursing care. The analysis phase of the QACR is divided between analysis and interpretation. The analysis is the process of discovery of the research results, while the interpretation phase consists of synthesis, development of the theory and re-contextualisation (Trentini and Faganello 2005).

The objective of the study was to develop a conceptual framework to support the care given to

institutionalised child victims of abuse. Four concepts were identified: Children victims of violence; Nursing care for children victims of violence; Therapeutic playing; and Institutionalisation.

The study was developed in Homes Houses in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Four children, aged ten to twelve years, participated in the study. Two were male and two were female; all had suffered sexual abuse, physical abuse, or neglect. They all presented with aggressive, introspective, anti-social behaviour, associated with anxiety, hostility, or interpersonal difficulties.

The children's legal guardians gave free and informed consent to their participation in the study, by signing the consent form.

This study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Brazil. Anonymity of the children was guaranteed, as well as the names used by the children during play with particular toys or games.

The conceptual framework of care offered by the toys was based on the technique of the dramatic therapeutic toy cited by Borba (2002), associated with the proposed steps of Green (1974), and the principles of care offered by Morse et al (1990).

The technique of dramatic therapeutic play consists of using representative figures; inviting the child to play; giving alternatives for the location of the game; permitting that the child play in a free fashion; and observing and registering all the behaviour manifested during this playtime (Borba 2002).

The therapeutic play sessions used the toy as a mediator in creating a relationship between the child and the nurse. The available toys were: an old couple, adults, children, a baby, a nurse, a doctor, electric wire, pieces of wood, a puzzle, a soccer ball and drawing materials.

Green's seven steps: observe, examine, analyse, confirm, determine, plan, and evaluate, were used for the structure of the therapeutic play sessions, however for this study, the seven steps were adjusted to three: observe, analyse, and plan (Green 1974).

The principles of care proposed by Morse et al (1990) were used in order to identify the children's care needs: care as a human characteristic; care as a moral imperative; care as affection; care as an interpersonal interaction; and care as a therapeutic intervention.

DATA ANALYSIS

The data was collected through open interviews with the children and through participant observation during the play sessions. The sessions were recorded in a field diary and on audio cassettes. The study was carried out from July 2004 to July 2005.

After application of the care model, data analysis occurred in four processes: apprehension, synthesis, theoretisation, and re-contextualisation (Trentini and Paim 2004).

In the apprehension process, the data were organised into a table which included the child's fictitious name, the interview notes, and the observational notes. Synthesis consisted in subjectively examining the associations and variables found in the apprehension process.

A theoretical framework was developed from the synthesis process in the theoretisation stage. In this stage, the contribution of the therapeutic play toward the children's care was verified.

Re-contextualisation sought to offer significance to the findings and contextualise them in similar situations.

RESULTS

Nursing Care Model

The nursing care model was structured in stages which at times occurred simultaneously and at other times did not. The stages were titled: "Taking in, Playing, and Finalising".

First Stage: Taking in

Steps: observe, analyse, plan.

The first stage of this model is composed of one or more therapeutic play sessions in order to engage with the child. Its objective is to establish a connection between the child and the nurse.

Second Stage: Playing

Steps: observe, analyse, plan.

In this stage, the nurse creates a connection with the child and uses the principles of care in an expressive form. It is during this stage that almost all the process is developed. There is no predetermined number of sessions in this stage.

Third Stage: Finalising

Steps: observe, analyse, plan.

This is the final session of play for the child, which occurs when it is observed that the emotional needs of the child have been met and their care deficits resolved, or it is determined that there is a need to direct the child to another professional, such as a psychiatrist or psychologist.

A need for contextualisation, using observers and social workers, may be identified during the process. Contextualisation can occur during all stages of the care model, from the time the child begins to play and continue throughout the entire care process carried out by the nurse. The objective is to evaluate the efficacy of the play sessions; observe alterations in the child's behavior; confirm the analyses; explain and work through concerns or doubts; and evaluate the process.

The proposed care model below demonstrates how the steps of this process should be developed (table 1).

The objectives of this study were met, for a nursing care model was developed using therapeutic play for children victims of violence living in Homes Houses. It became clear that therapeutic toys acted as a facilitator in the care process, as well as in the interaction between the child, the nurse, and their surroundings.

This is my dream, ma'am, because someday I'm going to be a football referee. But it's hard here because of the schedules, and also I don't have any money (football player)

I promised my mom that I wouldn't get married, so I wanted to make a story that tells of everything here, a story where the husband cheats on the wife, the daughter is dating, and her father beats

her. I wanted to make a story like that, you know?!!
(memory game)

That day I didn't say anything to my mom because I thought he would kill me. (memory game referring to the day he/she saw his/her sister being molested)

It was verified that care goes beyond a procedure that is simply concrete or objective. Care can be abstract or subjective, and is also based on sensibility, creativity,

and intuition (Prado and Souza 2002). It was further verified that subjective care, such as that of enrolling a child in football lessons, providing friendliness and compassion, giving a hug, or offering encouragement or a reward can be as important as objective forms of care. Often the results of subjective care can only be verified over time, however it is proposed that this type of care can minimise the consequences for children of violence they have experienced.

Table 1: Nursing care model for institutionalised child victims of violence using therapeutic play

CARE MODEL		
TAKING IN		
Observe	Analyse	Plan
Verify how the child perceives his/her relationships with other children, with family, with the institution, and others. Verify how to develop the play and how it is positioned before the situations Observe if the child is happy; sad; introverted; and their body language. Note the setting up of the play scenario, the toys that are used, if sounds are imitated, if he/she differentiates the voices of play personalities and others. Note the expectations of the child for the next session.	Use the data from observation and the participant observer recording achieved during the play session. Reflect on what the child expresses verbally and non-verbally. Observe the care principles during the analysis, together with the data offered by the child, thus verifying the existence of the child's care deficit. Discover the meaning of the toys chosen by the child and the child's explanations; the meanings of his/her commentary; and the feelings that he/she may be expressing. Verify the efficacy of the play and the intervention. Verify the connection between the nurse and the child. Determine the continuity or not of the process in order to plan the next session.	Plan the care within the principles of care according to the child's care needs and deficits. Plan activities for the next session. Verify the need for referral to another professional. <i>Methodological recommendation:</i> The nurse may, through analysis, elicit a list of questions about the history of the child, his/her behavior, and other issues. Later, these items may be clarified in other sessions.
PLAYING		
Observe	Analyse	Plan
Beyond what has been observed in the first stage, the nurse will observe the following: Verify how the child responds to the care offered. Verify and describe the care offered. <i>Methodological recommendation:</i> If it is verified in the analysis of the previous session that the process with this child can be finalised, the nurse schedules another session where she/he will prepare the child for conclusion.	Determine whether the process will advance to finalisation; if there is a need for contextualisation; or if there is still a need to remain at the same stage. Ensure the care offered is within the care principles. Assess the connection between the researcher and the child. Determine the continuity or not of the process for planning the next session.	Plan the appropriate care for the child using the care principles. Complete planning for the third stage when the child does not present further need for the therapeutic play; or contextualise, seeking to verify how the child is behaving with respect to Homes Houses after the beginning sessions; or continue the care.
FINALISING		
Observe	Analyse	
Observe the child's behavior when it is explained to him/her that it will be the last session. Observe verbal and non-verbal expression.	Verify if the care deficits have been met for the moment. Analyse the child's behavior regarding the finalisation of the process. <i>Methodological Recommendation:</i> It is possible to initiate a new care process with the child, if necessary, due to some adverse event.	

CONCLUSION

Children victims of violence suffer discrimination in society when they demonstrate inadequate behaviors for social interaction as a result of the violence they have experienced, especially if that violence remains unresolved.

Unconditional love between parents and their children can be but a myth. Institutionalised children victims of violence are children who need specific care, including attention, tenderness, and affection, because there may be a lack of these things in their own homes.

Therapeutic playing can be used to facilitate interaction between the nurse and the child to determine his/her care deficits. The therapeutic toy and playing takes the nurse into the imaginary world of the child, and the more the nurse is able to understand the thoughts and feelings of the child, the more she/he is able to offer adequate care. The proposed care model of therapeutic play allowed such results to be achieved.

The proposed nursing care model for children victims of violence is an important contribution to nursing practice. It is a dynamic, open, and continuous process, which offers the opportunity for children to have a healthier institutional experience and which contributes to buffer possible trauma. Beyond that, the developed care model was shown to be concise and practical, easily applied by nurses in their day-to-day practice.

The care model supports care provided by nurses; the evaluation of the health of the child and the violence they have experienced, as well as planning future actions for the promotion of health for children victims of violence.

REFERENCES

- Áries, P. 1981. *História social da infância e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Borba, R.I.H. 2002. O brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. *Enfermagem Atual*, pp.8-11.
- Budo, M.L.D. and Saube, R. 2005. Modos de Cuidar em Comunidades Rurais: a cultura permeando o cuidado de Enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 14(2):177-185.
- Carraro, T.E. 2001. Sobre Teorias e Marco Conceitual: sua influência na metodologia de assistência. In: T.E. Carraro, and M.A.E. Westphalen, *Metodologias para Assistência de Enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática*, pp.29-37.
- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente da Cidade de Florianópolis (SC). 1995. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Brasil. Lei 8069/90* p.120.
- Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Philips, J. and Graham, B. 2008. Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3):47-55.
- Dong, M., Anda, R.F., Dube, S.R., Giles, W.H. and Felitti, V.J. 2003. The relationship of exposures to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 27(8):625-638.
- Fawcett, J., Newman, D.M.L. and McAllister, M. 2004. Advanced practice nursing and conceptual models of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 17(2):135-138.
- Green, C.S. 1974. Understanding children's needs through therapeutic play (Entendendo as necessidades das crianças através do brinquedo terapêutico). *Nursing*, 4(10):31-32.
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. and Johnson, J.L. 1990. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1):1-14.
- Oliveira, M.G.S. 1999. *Apadrinhamento afetivo - uma parceria das Casas Lares Nossa Senhora do Carmo e São João da Cruz com a comunidade de Coqueiros*. (Monografia). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.
- Prado, M.L. 1998. *Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito*. Pelotas: Universitária/UFPel.
- Prado, M.L. and Souza, M.L. 2002. Innovaciones y Avances en el Cuidado de Enfermería: Osadía e Irreverencia para el Acto de Creación. In: *Anais XVI Congresso Argentino de Enfermería Argentina*.
- Slep, A.M.S. and Heyman, R.E. 2004. Severity of partner and child maltreatment: reliability of scales used in America's largest child and family protection agency. *Journal of Family Violence*, 19(2):95-108.
- Trentini, M. And Faganello, V.M. 2005. The usefulness of the convergent research approach. In: *First International Congress of Qualitative Inquiry, Urbana-Champaign: University of Illinois*, 5-7 May 2005.
- Trentini, M. and Paim, L. 2004. *Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*. Florianópolis: Insular.

Anexo 02 - Quadro comparativo entre os critérios de avaliação propostos por diferentes autores

<p>Pesquisa qualitativa (MORSE, BARRET, MAYAN, OLSON, SPIERS, 2002)</p>	<p>PCA (TRENTINI e PAIM, 1999; 2004)</p>	<p>Meta-síntese (JENSEN, ALLEN, 1996; THORNE, JENSEN, KEARNEY, NOBLIT, SANDELOWSKI, 2004; BONDAS, HALL, 2007)</p>	<p>Avaliação de Médias Teorias (Fawcett, 2005)</p>	<p>Modelo de Cuidado de (DAVIDSON, HALCOMB, HICKMAN, PHILLIPS, GRAHAM, 2006)</p>
<p>- coerência metodológica: tem o objetivo de assegurar a congruência entre a questão de pesquisa e os componentes do método. A interdependência da pesquisa qualitativa exige que a questão combine com o método, e que os dados combinem com os procedimentos analíticos. Como a pesquisa revela, o processo pode não ser linear. Os dados podem exigir ser tratados diferentemente de modo que a questão possa ter que ser mudada ou os métodos modificados. A amostragem pode ser expandida ou o curso mudado completamente;</p> <p>- amostra suficiente: a amostra deve consistir de participantes que melhor representem e que tenham conhecimento do tópico da pesquisa. Isto assegura a eficiência e a eficácia na saturação das categorias, com uma ótima qualidade dos dados e um mínimo de erro;</p> <p>- coleta e análise dos dados simultaneamente: formam uma</p>	<p>- mostra com clareza a trajetória metodológica;</p> <p>- mostra como surgiu a idéia do estudo e justifica seu desenvolvimento;</p> <p>- descreve com clareza como as informações foram organizadas para proceder a análise e interpretação;</p> <p>- mostra congruência entre a definição do tema, coleta de informações e resultados;</p> <p>- há o relato detalhado do processo de obtenção das informações e da análise;</p> <p>- há representatividade dos dados, devendo haver saturação dos dados, da análise e da interpretação;</p>	<p>- escolher estudos, problema específico é definido;</p> <p>- resolver as contradições encontradas, os critérios de inclusão são explicitados;</p> <p>- reduzir as críticas;</p> <p>- como resumir os resultados, um processo de recuperação é identificado, classificado e codificado;</p> <p>- integrar e interpretar os achados, os achados são interpretados, os índices do valor de efeito são calculados;</p> <p>- sintetizar os resultados;</p>	<p>- significância (foca o contexto da teoria. Requer a justificativa da importância da teoria para a Enfermagem. É encontrada quando o metaparadigma, a filosofia e os conceitos originais da teoria são explícitos, quando o conhecimento adjunto e de Enfermagem antecedente é citado, e quando as principais contribuições da teoria são identificadas);</p>	<p>Os objetivos e as expectativas dos resultados atribuídos ao modelo estão especificados?</p> <p>Há congruência na mensuração e testabilidade na realização dos indicadores?</p> <p>Há congruência entre os dados do plano e os dados da avaliação?</p>

<p>mútua interação entre o que é conhecido e o que se precisa saber. Este passo e a interação iterativa entre dados e análise são a essência para alcançar a confiabilidade e a validade;</p>				
<p>- pensar teoricamente: as idéias que emergem dos dados são reconfirmadas em novos dados; isto dá ascensão às idéias novas que, por sua vez, devem ser verificadas nos dados já coletados. Pensar teoricamente requer macro-micro perspectivas, avançando para a frente sem fazer saltos cognitivos, constantemente checando e recheckando novamente, e construindo uma fundação sólida;</p>	<p>- descreve e interpreta sua própria experiência como pesquisador em relação as experiências dos sujeitos; - os resultados são baseados na prática-assistencial e refletem elementos típicos e atípicos;</p>			
<p>- desenvolvimento da teoria: um é mover com deliberação entre uma micro perspectiva dos dados e um macro entendimento teórico/conceitual. Desta maneira, a teoria é desenvolvida através de dois mecanismos: (1) como um resultado do</p>	<p>- mostra associação entre a teoria e a prática;</p>		<p>- consistência interna (foca o contexto e o conteúdo da teoria. Este critério requer que os elementos da teoria, incluindo as exigências filosóficas, modelo conceitual, os conceitos teóricos e proposições, sejam congruentes); - testabilidade (foca o conteúdo da teoria. Este critério é freqüentemente visto como a maior característica da cientificidade de toda teoria. A avaliação da testabilidade da grande teoria é encontrada quando a mesma leva a produção de uma ou mais médias teorias. O critério da testabilidade para médias teorias</p>	<p>As suposições casuais/teorias do modelo de cuidado são plausíveis?</p>

<p>processo da pesquisa, sendo adotada como uma estrutura para mover a análise; e (2) como um molde para a comparação e adição no desenvolvimento da teoria.</p>			<p>é encontrado quando instrumentos específicos ou protocolos experimentais são desenvolvidos para observar os conceitos teóricos e técnicas estatísticas que mensuram as afirmações realizadas pelas proposições);</p> <ul style="list-style-type: none"> - adequação empírica (requer o acerto teórico realizado pela congruência da teoria com a evidência empírica. A adequação empírica é verificada através da extensão dos critérios determinados por uma visão sistemática dos estudos guiados pela teoria. Os resultados da avaliação da adequação empírica são uma decisão com relação à necessidade de modificar, refinar ou desfazer um ou mais conceitos ou proposições da teoria); - adequação pragmática (foca a utilidade da teoria para a prática de enfermagem. O alcance da qual a média teoria encontra este critério é determinado pela revisão de todas descrições do uso da teoria na prática. É importante reconhecer que para a aplicabilidade da teoria há necessidade de estudo e instrução sobre a aplicação teórica da mesma. A compatibilidade das expectativas entre os pacientes, o serviço de saúde e a aplicação 	
--	--	--	--	--

			das ações de Enfermagem baseadas em teorias também podem ser avaliadas. Devem ser socialmente significativas pela condução de resultados favoráveis para aqueles que participam nas ações, como por exemplo, a redução nas complicações, favorecimento das condições de saúde e aumento na satisfação do cuidado prestado).	
	<ul style="list-style-type: none"> - em seu relatório apresenta total transparência e fidelidade as interpretações das experiências humanas; - o processo deve ser descrito claramente, para mostrar a realidade estudada; 		<ul style="list-style-type: none"> - simplicidade (foca o conteúdo da teoria. O menor dos conceitos e proposições precisam explicar completamente o fenômeno de interesse); 	<p>O modelo de cuidado está claro?</p> <p>A avaliação deriva da informação usuário primário e a necessidade dele está claramente identificada?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - mostra se obteve feedback dos resultados; - não apresenta resultados definitivos; - o tema é relevante para a sociedade e especificamente para a prática-assistencial de Enfermagem; - mostra a prática-assistencial como componente do processo de investigação; - mostra abstrações da realidade prática; - mostra mudanças na prática-assistencial ocorridas durante o processo de pesquisa; - apresenta alternativas de solução de possíveis problemas identificados na prática. 	<ul style="list-style-type: none"> - estabelecer nova conceptualização. 		<p>O modelo de cuidado é implementado como planejado?</p>

Anexo 03 – Proposta do Instrumento de Validação para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem

Critérios de Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem	
1- Consistência interna	
Foca o contexto e o conteúdo do marco referencial/teórico. Este critério requer que os elementos do marco referencial/teórico, incluindo as exigências filosóficas, modelo conceitual, teorias, estudos científicos, os conceitos e pressupostos, sejam congruentes.	
Questões avaliativas	Parecer
- Está clara a visão filosófica da pesquisadora quanto ao fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade de estudo?	_____
- Foi elaborado um marco teórico ou um marco referencial?	_____ _____
- O marco teórico ou referencial abrange todas as dimensões da proposta do modelo?	_____
- Caso tenha sido elaborado um marco teórico as exigências filosóficas da teoria de base estão explícitas nos conceitos e pressupostos?	_____
- Caso tenha sido elaborado um marco referencial as teorias, estudos científicos, entre outros embasam os conceitos e pressupostos? Estão explícitos?	_____
- Consegue-se perceber a profundidade de conhecimento	

da enfermeira sobre o assunto? E, a mesma faz uma interligação do seu conhecimento prévio de Enfermagem e disciplinas afins reconhecidas?

- A teoria, ou teorias, ou a literatura vigente refletem a realidade estudada?

- Os conceitos e pressupostos condizem e refletem a prática do cuidado?

- Os conceitos e pressupostos refletem clareza e consistência?

A consistência interna é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo

Concordo em parte

Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

2- Adequação empírica do marco referencial/teórico

Encontrada quando o marco referencial/teórico embasa cientificamente e teoricamente a metodologia ou instrumentos específicos que são desenvolvidos para conduzir a prática através do modelo de cuidado.

Requer o acerto teórico realizado pela congruência do marco referencial/teórico com a evidência empírica. Os resultados da avaliação da adequação empírica são decisões com relação à necessidade de modificar, refinar ou desfazer um ou mais conceitos ou pressupostos do marco referencial/teórico, sendo isto, verificado através da prática.

Questões avaliativas	Parecer
<p>- As afirmações teóricas são congruentes com a evidência empírica?</p> <p>- A metodologia do estudo é congruente com as exigências filosóficas e do conteúdo do marco teórico ou referencial?</p> <p>- Os conceitos são observados através do método para a prática do cuidado?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A adequação empírica do marco referencial/teórico é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p>Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:</p> <p>_____</p>	
<p>3- Adequação empírica da metodologia</p> <p>Requer o acerto da metodologia realizado pela congruência da própria metodologia com a evidência empírica. Os resultados da avaliação da adequação empírica são decisões com relação à necessidade de modificar, refinar ou desfazer os componentes da metodologia, como tamanho da amostra, implementação de um método, entre outros, sendo isto, verificado através da prática.</p>	
Questões avaliativas	Parecer

- A metodologia está representando adequadamente a evidência empírica? _____

- A metodologia possui representatividade na prática? _____

A adequação empírica da metodologia é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo

Concordo em parte

Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

4- Adequação pragmática

O alcance do modelo de cuidado é determinado pela revisão de todas as descrições do uso do mesmo na prática. É importante reconhecer que para a aplicabilidade do modelo há necessidade de uma metodologia adequada que instrua a aplicação prática do mesmo. A compatibilidade das expectativas entre os pacientes, o serviço de saúde e a aplicação das ações de Enfermagem baseadas no modelo de cuidado também podem ser avaliadas. Ainda, a enfermeira deve descrever e interpretar suas próprias experiências em relação às experiências dos sujeitos; e o relatório precisa apresentar total transparência e fidelidade destas interpretações. Além disso, o modelo, como já referido, deve ser socialmente significativo pela condução de resultados para aqueles que participam nas ações, como por exemplo, a redução nas complicações, favorecimento das condições de saúde e aumento na satisfação do cuidado prestado.

Questões avaliativas

Parecer

- O modelo de cuidado desenvolvido tem aplicabilidade na prática de enfermagem? _____

- O modelo implementa a prática de enfermagem? _____

- O modelo de cuidado é de fácil aplicação e avalia efetivamente as ações de Enfermagem? _____

- O modelo de enfermagem é de fácil entendimento para as enfermeiras? _____

- As ações de enfermagem embasadas no modelo de cuidado são compatíveis com as expectativas da prática de Enfermagem, do paciente/família e ambiente? _____

- As ações de enfermagem propostas no modelo de cuidado conduzem _____ para resultados favoráveis?

A adequação pragmática é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo Concordo em parte Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

5- Desenvolvimento do raciocínio teórico-prático

É o desenvolvimento do pensar durante e após a elaboração do modelo de cuidado, de uma micro perspectiva dos dados com o alcance de um macro entendimento do fenômeno associando ao marco referencial/teórico e a prática. Na elaboração do modelo de cuidado, como também, durante sua aplicação podem surgir novas idéias que, por sua vez, devem ser verificadas nos dados já coletados. O modelo de cuidado nos proporciona macro-micro perspectivas, assim nos conduzindo a avançar, sem fazer saltos cognitivos, e objetivando uma construção sólida.

Questões avaliativas

Parecer

- A enfermagem consegue perceber a necessidade do ir e vir entre a prática e o modelo? _____

- O modelo é estruturado para atender as necessidades específicas dos pacientes e ao mesmo tempo do todo? _____

- Consegue-se especificar as ações de enfermagem seguindo o modelo, sem alterar a essência do mesmo? _____

O desenvolvimento do raciocínio teórico-prático é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo Concordo em parte Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

6- Significância

Requer a relevância do modelo de cuidado para a sociedade e para a Enfermagem. Além de mostrar como surgiu a idéia do estudo e a justifica de seu desenvolvimento.

Questões avaliativas

Parecer

- A utilização do modelo modifica a forma com que se dá

a prática do cuidado de enfermagem? _____

- A utilização do modelo modifica uma determinada situação? _____

- Há ou não diferença da prática de cuidado com o uso do modelo? _____

Significância é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo

Concordo em parte

Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários: _____

7- Coerência metodológica

Tem o objetivo de assegurar a congruência entre a questão de pesquisa, o marco referencial/teórico e a metodologia. Os objetivos do estudo e as expectativas dos resultados atribuídos ao modelo devem estar especificados. Exige-se que a questão combine com o método, e que os dados combinem com os procedimentos analíticos, porém o processo nem sempre é linear. Os dados podem exigir ser tratados diferentemente de modo que a questão possa ter que ser mudada ou os métodos modificados. A amostra pode ser expandida, devendo consistir de participantes que melhor representem e que tenham conhecimento do tópico da pesquisa. Isto assegura a eficiência e a eficácia na saturação das categorias, com uma ótima qualidade dos dados e um mínimo de erro. A coleta e análise dos dados pode ser realizada de forma simultânea, devendo haver congruência entre os dados do plano e os dados da avaliação. Quanto à saturação, deve-se ter a saturação dos dados, como também da análise e da interpretação.

Questões avaliativas

Parecer

- O fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade que é focado pelo modelo está claro? _____

- A metodologia utilizada na elaboração do modelo está bem desenhada, possui todos os passos descritos? _____

- A metodologia está condizente com o marco teórico ou referencial, a questão norteadora e os objetivos do modelo? _____

A coerência metodológica é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo

Concordo em parte

Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

8- Simplicidade

O marco referencial/teórico precisa explicar de forma clara o fenômeno de interesse. O caminho metodológico e os métodos utilizados devem ser descritos com clareza. Além disso, o modelo de cuidado deve ser de fácil entendimento e aplicabilidade.

Questões avaliativas

Parecer

- O conteúdo do marco teórico ou referencial é claro e conciso? _____

- A metodologia está clara e é de fácil aplicabilidade? _____

- O modelo, como um todo, é de fácil aplicação? _____

A simplicidade é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo

Concordo em parte

Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

9- Resolubilidade

O resultado do modelo de cuidado implementado deve apresentar se houve ou não modificação da prática, porém os resultados por ele não são definitivos. Nos resultados precisamos reconhecer o feedback entre o modelo e a prática, as mudanças na prática-assistencial ocorridas durante o processo de implementação do modelo ou alternativas de solução de possíveis problemas identificados na prática.

Questões avaliativas

Parecer

- O modelo de cuidado dá subsídios para a resolução de problemas? _____
- O modelo de cuidado orienta as práticas de cuidado objetivando a busca de alternativas para a solução de problemas? _____

A resolubilidade é um critério pertinente e adequado à avaliação de um modelo de cuidado:

Concordo

Concordo em parte

Não concordo

Caso concorde em parte ou não concorde, o que sugeriria ou substituiria? Por favor, faça seus comentários:

Anexo 04 - Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência

1. Construção do Modelo

Este modelo de cuidado foi elaborado de acordo com uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial (PCA). A PCA consiste numa modalidade de pesquisa que requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa. Não se propõe a generalizações. É conduzida para descobrir realidades, resolver ou minimizar problemas na prática, introduzir inovações em situações específicas, podendo levar a construções teóricas em determinados contextos da prática assistencial. A PCA é compreendida e realizada em articulação com ações que envolvem os pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, em uma relação de cooperação mútua (TRENTINI e PAIM, 1999; 2004).

O mesmo foi elaborado utilizando: a técnica do brinquedo terapêutico dramático ou catártico citado por Borba (2002); três dos sete passos propostos por Green (1974), nos princípios da natureza do cuidado de Morse et al (1990) e fundamentado no marco referencial que orientou o estudo.

O marco referencial é embasado em diversos autores e na experiência, crenças e valores da autora, e, consta de quatro conceitos que são criança vítima de violência, cuidado de enfermagem à criança vítima de violência, brinquedo terapêutico, institucionalização, além dos pressupostos.

2. O Modelo

2.1. Marco Referencial

O marco referencial visa aprofundar formas de orientar as ações de Enfermagem, por meio dos conceitos, formalizando assim, uma construção mental logicamente organizada (CARRARO, 2001). Neste estudo, o marco apresentado dará subsídio teórico para o cuidado realizado com as crianças vítimas de violência. Sua elaboração foi um processo dinâmico, que se fundamentou em conceitos e pressupostos, refletindo o mundo de significações, a forma como se realiza o cuidado no cotidiano e como se pretende abordar o referido assunto.

2.1.1. Conceitos:

Criança vítima de violência:

A criança é um ser humano dependente, singular, com características que se alteram conforme a idade. Demonstra vontades, medos, testa limites e desenvolve seu conhecimento através da observação, da imitação e do brincar.

Neste modelo enfocamos a criança vítima de violência por abuso sexual, negligência e abuso físico. Tais crianças possuem as mesmas características das demais, com um agravante: sofreram violência, que pode se manifestar de várias formas (desrespeito, agressões físicas, privação de direitos, entre outros). Ela causa conseqüências inestimáveis, seja por um ato ou uma seqüência destes. A violência contra a criança é devastadora, já que devido às agressões sofridas durante a infância, a criança pode apresentar as fases de seu desenvolvimento social, sexual e psicológico comprometidas, sendo estas de extrema gravidade pelo seu caráter íntimo e relacional. A criança geralmente apresenta-se dentro de um contexto familiar, onde possui vínculos e presume-se que receba atenção, respeito, compreensão e amor. Porém, a criança vítima de violência e institucionalizada, teve, na maioria das vezes, esses vínculos abalados, necessitando assim de um cuidado específico, pois além da violência que sofreu, sofre uma segunda agressão quando retirada de sua família e colocada em um ambiente desconhecido, com pessoas estranhas e rotinas padronizadas, entre outros.

A criança vítima de violência pode criar um mundo de significações, onde há medo, vergonha, ansiedade, insegurança e conflitos, necessitando assim, ser resgatada do novo mundo que criou através do sentimento de respeito, segurança e do cuidado.

Cuidado de Enfermagem à criança vítima de violência:

Cuidar é mais que um ato. Vai além de um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro. O cuidado está presente em toda atitude do ser humano e situação de fato (BOFF, 1999).

Prado e Souza (2002) complementam afirmando que todos cuidam e são cuidados. Somos cuidados quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade, aos direitos dos seres humanos e a busca de soluções para um determinado problema que o outro não está em condições de resolver sozinho. O cuidar acontece entre pessoas por meio de experiência relacional (MAIA, et al, 2003).

O conceito de cuidado é amplo e incorpora diversas dimensões. Podemos citar desde o cuidado como característica humana, que aparece em todos os seres humanos com maior ou menor evidência e sabedoria, até o cuidado profissional, que engloba experiências pessoais e o conhecimento científico.

Segundo Neves e Marcelino (1997), para cuidar é preciso conhecer, ou seja, saber do que o outro necessita e como pode ser ajudado; compreender que cuidar não é um hábito, pois implica em aprender a modificar comportamentos a partir das experiências anteriores; ter paciência para deixar o outro crescer conforme seu próprio ritmo e seu próprio jeito; ter confiança no outro, deixando-o livre para arriscar-se de acordo com sua própria capacidade; ter humildade, dispondo-se a aprender mais sobre o outro e sobre si mesmo e sobre aquilo que o cuidado compreende; ter esperança, acreditando nas possibilidades do outro, evitando que o desespero interfira na vitalidade do ser; ter coragem face à incerteza e à perda dos pontos de referência, já que não se pode prever em quem ou em que o ser cuidado e aquele que cuida vão se transformar.

O cuidado de Enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição (SOUZA et al, 2005).

Tanto a práxis do cuidado, como o seu aprimoramento, envolvem dimensões que o direcionam e o facilitam, que devem ser desenvolvidas para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança. As dimensões do cuidados estão diretamente relacionadas com conceito, componentes e o processo do cuidado.

MORSE et al (1990), através de revisão de literatura, chegaram a cinco perspectivas da natureza do cuidado, que são: o cuidado como característica humana; o cuidado como imperativo moral; o cuidado como afeto; o cuidado como interação interpessoal e o cuidado como intervenção terapêutica, sendo que no processo de cuidar há inter-relação entre estas categorias. Ainda resgatam que obtemos como resultados o cuidado como experiência subjetiva do paciente e o cuidado como resposta física.

O cuidado como característica humana é visto como inato, ou seja, todos possuem o potencial do cuidado, porém a habilidade de cuidar não é uniforme. A Enfermagem possui como motivadora de suas ações esta característica inata. Porém, suas diferenças na prática da forma de cuidar refletem as diferenças nos níveis de entendimento do significado saúde-doença.

Nos reportamos a este princípio, pois no momento das sessões de brinquedo tanto a

enfermeira desempenha seu papel cuidador científico e inato, como a criança cuida do pesquisador, com sua essência, ou seja, como já referido, todos cuidam e são cuidados.

Quando Morse et al (1990) trazem o cuidado com um imperativo moral ou ideal, se referem ao cuidado moral do paciente, ou seja, durante a prestação de cuidado devemos ver o paciente como um cidadão, com direitos, deveres e dignidade. A criança vítima de violência necessita de respeito e compreensão, pois foi violada em sua integridade física e moral. Perceber o momento adequado para a interação e identificar a ocasião apropriada de intervenção são formas de cuidado moral para com esta criança.

O cuidado como afeto nos reporta ao envolvimento emocional, que pode ocorrer entre o cuidador e o ser cuidado. O cuidador pode estabelecer um envolvimento de afeto, de carinho, de colocar-se no lugar de, experienciando, assim, o sofrimento, que pode implicar em conviver com situações e condições nem sempre favoráveis. O estabelecimento da relação com a criança é tênue, pois o cuidador deve preservar sua objetividade, para poder realizar o tecnicismo do cuidado e, ao mesmo tempo, sua subjetividade no cuidar.

O afeto e a relação interpessoal são fundamentais no cuidado com o outro, pois a relação paciente e cuidador definem a forma que o cuidado subjetivo será prestado. Ambos expressam e definem o cuidado, ou seja, a enfermeira e o paciente devem possuir objetivos congruentes para poderem estabelecer vínculo positivo e de profissional para cliente.

O estabelecimento de vínculo entre a enfermeira e a criança vítima de violência, é primordial para o cuidado, pois é através deste que se pode definir quais necessidades a criança apresenta, e desenvolver, assim, a intervenção terapêutica e o cuidado subjetivo necessários.

A enfermeira precisa prover cuidados subjetivos e objetivos e um cuidado essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança. O cuidado às crianças vítimas de violência está aquém do cuidado técnico ou cuidado objetivo. Ele se apresenta sem forma definida, ou seja, cada criança possui uma necessidade e cada cuidador uma forma de cuidar, que deve ser desprovida de qualquer julgamento ou preconceito.

Brinquedo Terapêutico:

Brincar é essencial na infância, pois significa inventar histórias, interagir com o outro, representar a realidade, aprender. Quando uma criança brinca, ela tem um mundo só seu, onde pode expressar suas idéias e valores, deixar sua imaginação fluir e criar diversas situações. Sendo o brincar importante para o desenvolvimento saudável da criança, também pode ser

utilizado como facilitador do cuidado. Neste caso, ele assume uma função terapêutica.

O brinquedo terapêutico é classificado, neste estudo, como uma tecnologia, pois pode ser utilizado pela Enfermagem no âmbito do cuidado e acolhimento das crianças. Quando falamos de brinquedo terapêutico, não nos referimos apenas ao objeto, mas também ao processo de brincar e a um saber estruturado.

O brinquedo terapêutico serve como um facilitador para o cuidado com crianças vítimas de violência, deixando que ela expresse seus sentimentos, dúvidas e seu mundo imaginal e real.

Através do brinquedo terapêutico a criança demonstra seus déficits de cuidados, seja em questões emocionais, físicas ou de conhecimento, facilitando, assim, a aplicação, pela enfermeira, de um cuidado amplo, que envolva as diversas dimensões.

Institucionalização

A institucionalização consiste em um processo de afastamento da criança de um entorno perigoso e seu acolhimento em um entorno que lhe garanta as condições necessárias para seu pleno desenvolvimento ou redução de danos. Dentre os recursos de institucionalização, encontramos as Casas Lares, que são casas estruturadas semelhantes a lares comuns, onde moram várias crianças e possuem como responsável um adulto, que passa a ser o guardião destas. Nestes lares, as crianças recebem alimentação, vestuário e educação. Podem encontrar amor, segurança e paz. O vínculo com a família é mantido sempre que possível, através de visitas.

Os profissionais que trabalham em casas lares devem ser pessoas dotadas de compaixão e que expressam em seus menores gestos, compreensão e carinho, já que são responsáveis por crianças extremamente carentes, muitas vezes confusas e que necessitam de apoio.

A criança institucionalizada enfrenta diversas mudanças, convivendo com pessoas, hábitos e rotinas diferentes. Isto pode fazer com que tenham insegurança em si e nos outros. Além disso, a ansiedade em ser adotada, em aguardar a visita dos seus pais, ou de permanecer na casa, podem fazer com que a criança apresente comportamentos diversos, e os profissionais que lá se encontram devem estar preparados para enfrentar tais dificuldades.

2.1.2. Pressupostos

Os pressupostos elaborados para este marco foram difíceis de serem finalizados, pois

tratam de um tema polêmico e complexo. Entretanto, após refletir e analisar concepções teóricas e compilar experiências vivenciadas, foram elaborados os seguintes pressupostos:

- A criança é, por vezes, indefesa, dependente e algumas podem ser carentes de amor e de cuidados. Assim, o cuidado à criança deve ser específico e respeitar as características apresentadas conforme a idade destas. Quando se pensa em criança vítima de violência, este quadro se agrava, pois temos, assim, a certeza que esta criança não recebeu devidamente a atenção, o zelo e o estímulo para ter seu desenvolvimento adequado a idade, e, por isso, precisa de um cuidado diferenciado e especializado.

- As crianças que se encontram em casas lares são crianças que passaram por uma série de dificuldades e sofreram diversos tipos de violência. São crianças que foram afastadas de suas famílias temporária ou definitivamente. A inclusão delas na casa lar tem o objetivo de favorecer a busca do espírito infantil, ou seja, a inocência, a segurança, o sorriso, o respeito e a auto-estima.

- O brinquedo terapêutico é uma tecnologia para o cuidado que pode e deve ser aplicado pela enfermeira em crianças vitimizadas, com o intuito de conhecer as necessidades da criança, para definir quais dimensões de cuidado estão afetadas, proporcionando um espaço cuidativo específico e educativo.

- A enfermeira é um profissional de saúde que possui o cuidar como motivador de suas ações, sendo que este cuidado deve ser desempenhado tanto na esfera tecnicista e objetiva, quanto na subjetiva. A enfermeira deve conhecer o paciente, ou seja, escutar suas dores, medos, angústias, temores, entender suas falas verbais e não verbais, observar o contexto em que está incluído, e então planejar seu cuidado, enfocando a situação saúde doença física, social e emocional.

2.2. METODOLOGIA

A metodologia do cuidado foi desenvolvida utilizando, como já referido, a técnica do brinquedo terapêutico dramático ou catártico citado por Borba (2002), três passos propostos por Green (1974), princípios da natureza do cuidado de Morse et al (1990) e fundamentada no marco referencial.

Os passos de Green (1974) que em seu estudo tem o objetivo de realização e avaliação sistematizada do brinquedo terapêutico, são sete: observe, examine, analise, confira, determine, planeje e avalie. Porém, foram ajustados para três passos, como condutores desta metodologia, pois foi verificado que muitas informações se repetiam, havendo a necessidade

de diminuirmos o número de passos. Além disso, os sete passos de Green (1974) conduziam pesquisas que envolviam o brincar terapêutico como um meio de preparar a criança para a realização de procedimentos, tendo assim que serem adequados para atender esta nova proposta metodológica. Então, verificou-se que os passos congruentes com este modelo são: observe, analise e planeje, que são utilizados nas três etapas a serem cumpridas durante as sessões de brincar terapêutico. Através destes passos deve ser construído o corpo de conhecimento da aplicação e resultados sobre as sessões realizadas, como, também, a estruturação do processo metodológico.

Já os princípios do cuidado, citados por Morse et al (1990) - o cuidado como característica humana; o cuidado como imperativo moral; o cuidado como afeto; o cuidado como interação interpessoal e o cuidado como intervenção terapêutica - nos indicam as necessidades das crianças, sendo que são realizados de forma individual, e podem apresentar-se de várias maneiras: um abraço, o ouvir, encaminhar a psicóloga ou psiquiatra, encaminhar ao posto de saúde, ensinar cuidados de higiene, entre outros. Tais necessidades são observadas através das falas, expressões, brincadeiras e desenhos das crianças.

Considerando que o modelo é um processo dinâmico, aberto e contínuo, que visa proporcionar as crianças um cuidado específico, levando as mesmas a vivenciar um processo mais saudável de institucionalização e de contribuir para amenizar possíveis traumas, a metodologia foi estruturada em etapas articuladas entre si, que se complementam e que ocorrem simultaneamente ou não. Estas etapas são denominadas: “Acolhendo, Brincando e Finalizando”, estando diretamente ligadas ao contexto, e podendo ser compostas por uma ou mais sessões de brincar terapêutico. Pode-se visualizar as etapas e seus passos através do esquema abaixo:

1.ª Etapa “*Acolhendo*”: 1.º Passo: Observar

2.º Passo: Analisar

3.º Passo: Planejar

2.ª Etapa “*Brincando*”: 1.º Passo: Observar

2.º Passo: Analisar

3.º Passo: Planejar

3.ª Etapa “*Finalizando*”: 1.º Passo: Observar

2.º Passo: Analisar

O modelo apresenta a seguinte representação gráfica:

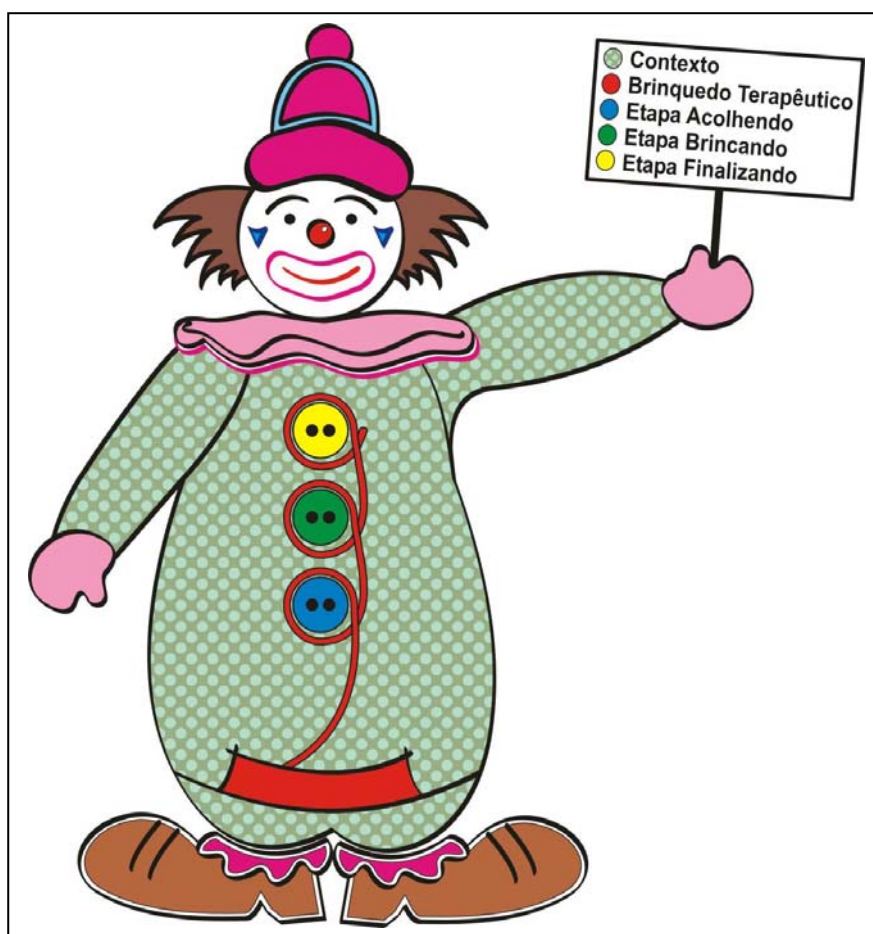


Figura 1 – Modelo de cuidado de Enfermagem a crianças vítimas de violência.

Fonte: ROCHA, PRADO, 2005.

Cada etapa possui um foco central que deve ser respeitado, conforme descrito a seguir.

Primeira etapa: Acolhendo

A etapa do acolhimento é a primeira etapa deste modelo de cuidado, composta pelas primeiras sessões de brinquedo terapêutico realizadas com a criança. Possui como finalidade o estabelecimento de vínculo entre a criança e a enfermeira, já que partimos do pressuposto de que o cuidado para ser realizado necessita de interação. Nesta etapa, pode-se realizar uma ou mais sessões de brinquedo, ou seja, a etapa será finalizada quando houver vínculo entre o pesquisador e a criança. O estabelecimento do vínculo é concretizado quando a enfermeira, através da análise, consegue verificar que a criança demonstra sentir-se segura, conta fatos/segredos, sorri, brinca, espera o pesquisador para a sessão, beija, abraça e conversa,

entre outros.

Pode ocorrer, também, que este processo seja finalizado nesta etapa, pois devemos ter em mente que esta etapa é diagnóstica, ou seja, nela muitas vezes conseguimos levantar alguns cuidados que a criança necessite, e conseguimos, assim, verificar se a criança precisa da assistência de outro profissional de saúde, como um psiquiatra ou psicóloga, conjuntamente com as sessões de brinquedo ou não.

Inicialmente, nesta etapa, a enfermeira se apresenta à criança, dizendo seu nome, que atividade desempenha na casa lar, o porque de estar na casa lar e o objetivo do brinquedo. Após explicar como as sessões serão realizadas e mostrar os bonecos e brinquedos, questiona-se se a criança deseja ou não participar.

Caso a criança diga que sim, pede-se para ela escolher os brinquedos que deseja utilizar para a construção de uma história, e conjuntamente com ela estabelece-se que assunto será narrado. A enfermeira deve sempre estar à disposição da criança e não conduzir a história, ou seja, esta profissional pode participar, questionar e sugerir, mas a narradora é a criança.

Segundo BORBA (2002), no momento em que a criança começa a desenvolver a história, a enfermeira começa a cronometrar o tempo. Caso verifique que a criança passará de 45 minutos, pode ir avisando quanto tempo falta para a finalização da história. Porém, no decorrer do desenvolvimento das sessões de brinquedo terapêutico, foi percebido que o tempo para a brincadeira pode ultrapassar os 45 minutos, e desde que a criança consiga manter o foco da brincadeira, este tempo pode até chegar à 60 minutos. Quem ditará o tempo da brincadeira é própria criança.

Com o término da história, a enfermeira pode esclarecer algumas dúvidas que surgiram com o decorrer da narrativa da criança, através de questionamentos abertos, como: O que falaste naquele momento? Explica-me, não entendi. E após os esclarecimentos, elogiar a narrativa, convidar a criança para elaborar ou continuar a história, perguntar o que a criança gostaria de brincar e se gostaria que trouxesse outros brinquedos para a próxima sessão, e questionar, também, o que a criança achou daquela sessão e sempre que possível deixar agendada a próxima.

Porém, se a criança não quiser participar das sessões de brinquedo utilizando os bonecos, pode-se oferecer outras atividades, como pintar, desenhar, escrever histórias, escrever histórias em quadrinho, entre outros. Nunca se deve exigir que a criança participe. Pode-se marcar para outro dia ou sugerir que quando a criança queira realizar o brinquedo ela

comunique para a enfermeira.

Os passos para analisar as sessões de brinquedo terapêutico, nesta etapa, são observar, analisar e planejar.

Segunda etapa: Brincando

Nesta etapa, a enfermeira terá criado vínculo com a criança e utilizará de forma mais expressiva os princípios do cuidado. É nesta etapa que se desenvolve quase todo o processo, pois não há número pré-definido de sessões. Serão tantas vezes quantas for necessário. Em todos os momentos a enfermeira poderá contextualizar.

O vínculo entre a criança e a enfermeira dá-se através da confiança que a criança deposita na enfermeira. Percebemos isso no modo como a criança expressa seus sentimentos, seu mundo imaginal e real e quando fala com a enfermeira sem medos.

A enfermeira, nesta etapa, pode interagir de forma mais direta com a criança, ou seja, pergunta como a criança passou a semana, como está a escola, se os pais vieram visitá-la no final de semana ou se foi para a família do padrinho e pode, também, contar como foi a sua semana. Percebemos que devemos ser o mais sincera possível com a criança, contar acontecimentos positivos e negativos, e como se sentiu, seja triste ou alegre. Através disto mostrar para a criança que o seu cotidiano também apresenta dificuldades. A criança interage mais e conta com maior facilidade seus medos e angústias.

Outro fator relevante é a enfermeira ser um pouco criança no momento da sessão, ou seja, brincar, sorrir, cantar, pintar, colocar-se no mundo infantil. Além disso, deve estabelecer sempre o contato visual e sentar no mesmo nível da criança.

Os cuidados planejados para a criança podem ou não ser realizados nas sessões pré-determinadas, pois nem sempre se consegue executar o plano estabelecido na sessão anterior, já que a criança pode contar fatos diferentes, querer brincar de outra maneira que não a estabelecida, entre outros.

Na finalização de cada sessão, pode-se esclarecer dúvidas da enfermeira em relação ao que a criança falou durante a sessão, perguntar o que a criança achou e o que quer fazer na próxima.

Os passos entre a primeira e segunda etapa são semelhantes, pois a partir da análise da primeira sessão podemos começar a utilizar o plano estabelecido através dos princípios do cuidado e no planejamento das sessões subsequentes a esta criança.

Os passos a serem seguidos nesta etapa são o observar, o analisar e o planejar.

Terceira etapa: Finalizando

Esta etapa consta da última sessão de brinquedo com a criança. A definição desta terceira etapa acontece quando verificamos, através das análises da segunda etapa, que os déficits de cuidado foram supridos, ou quando há necessidade de encaminhar a criança para outro profissional, como psiquiatra ou psicóloga.

A sessão de brinquedo, nesta fase, é conduzida com algumas diferenças das sessões anteriores. Há um maior diálogo entre a enfermeira e a criança. A enfermeira inicia a sessão perguntando como a criança passou a semana, que novidades tem para contar, conta as suas novidades, e explica novamente para a criança que esta será a sua última sessão, mas que isso não quer dizer que, em outro período, a criança não possa precisar voltar a realizar sessões de brinquedo, pois é um processo que pode ser repetido quantas vezes forem necessárias. Além disso, conversa-se com a criança sobre como ela está se sentindo, o que achou de ter participado, se alguma coisa mudou com a sua participação nesse processo, entre outros.

Os passos a serem cumpridos nesta etapa são o observar e analisar.

O contexto é um momento de interação da enfermeira com as monitoras e assistentes sociais das casas lares e os profissionais que atendem a criança fora deste ambiente, como psicólogas, com o objetivo de avaliar, conjuntamente, a eficácia das sessões de brinquedo, alterações no comportamento da criança, conferir análises, explicitar dúvidas e avaliar este processo.

A contextualização pode ocorrer formal ou informalmente. Formal quando a enfermeira realiza com as assistentes sociais ou monitoras reuniões para analisar ou discutir sobre fatos, esclarecendo dúvidas relacionadas as crianças. E, informal quando a enfermeira recebe informações sobre as crianças das monitoras ou assistentes sociais sem marcar um encontro, ou seja, as informações são repassadas no momento em que a enfermeira chega na casa lar, entre outros.

Deve-se anotar todas as informações, formais e informais, passadas sobre a criança e no momento da análise das sessões estas anotações devem ser revistas, pois muitos dos questionamentos realizados nos planos anteriores podem ser respondidos e assim analisados.

Como a contextualização acontece desde o momento da escolha da criança e segue durante todo o processo de cuidar realizado pela enfermeira, pode-se dizer que engloba as etapas do modelo de cuidado.

O modelo abaixo proposto consta das questões chaves e de recomendações metodológicas que devem ser desenvolvidas durante cada passo da proposta, para análise do processo de cuidado.

Modelo

1ª ETAPA “ACOLHENDO”

1.º Passo – Observar

- verificar como a criança percebe suas relações com as outras crianças, família, instituição, ou seja, dela com o mundo;
- verificar como desenvolve a brincadeira e como se posiciona perante as situações;
 - observar se a criança está alegre ou triste; extrovertida, introvertida, inibida; concentrada ou desviando a atenção; que expressão corporal apresenta; sobre o que a criança está falando; que conotação a criança dá ao brinquedo; como a criança se reporta ao profissional; que objetivos importantes ela está incluindo no brinquedo; a que ambiente a criança está se referindo;
- anotar tudo que nos chama a atenção enquanto a criança brinca, ou seja, desde como monta o cenário da brincadeira, que brinquedos utiliza, suas expressões, se imita sons, canta, diferencia a voz dos personagens do brinquedo, como a criança recebe a enfermeira, insights e sentimentos que o pesquisador tem no momento da brincadeira, entre outros;
- anotar as expectativas da criança para a próxima sessão.

Recomendação Metodológica: A criança não deve sentir que está sendo observada, pois poderá mudar seu comportamento.

2.º Passo – Analisar

- utilizar os dados da observação e do registro realizados durante a sessão de brinquedo;
- refletir sobre o que a criança expressou verbalmente e não verbalmente, ou seja, suas falas, suas expressões faciais, corporais, se em algum momento demonstrou raiva, ou sorriu, entre outros;
- observar os princípios do cuidado durante a análise, conjuntamente com os dados repassados pela criança, verificando assim, a existência de déficit de cuidado para com esta;
- desvelar o significado do brinquedo e as explicações da criança; quais os significados dos seus comentários; que sentimentos íntimos ela pode estar expressando; o que tem acontecido freqüentemente à criança que possa ser relacionado ou ajude a explicar os comentários e comportamentos da criança, entre outros;
- verificar a eficácia do brinquedo e de sua intervenção;
- verificar a postura da enfermeira perante a criança através dos dados registrados, ou seja, suas observações durante a brincadeira, seu comportamento com a criança;
- verificar os dados revelados na contextualização com as monitoras e Assistente Social que auxiliam-nos a analisar os questionamentos da enfermeira;
- definir a continuidade ou não do processo para o planejamento da próxima sessão permanecendo na mesma etapa ou a possível mudança de etapa, ou ainda o encaminhamento da criança para outro profissional.

3.º Passo – Planejar

- planejar o cuidado dentro dos princípios de cuidados que estão deficientes;
- elaborar as atividades que devem ser realizadas na próxima sessão;
- verificar a necessidade de encaminhamento a outro profissional.

Recomendações Metodológicas: A enfermeira pode, através da análise, realizar uma lista de questionamentos sobre a história da criança, seu comportamento, entre outros, para posteriormente ir esclarecendo-os em outras sessões de brinquedo ou através de informações das monitoras ou assistentes sociais.

2.ª ETAPA “BRINCANDO”		
1.º Passo – Observar	2.º Passo – Analisar	3.º Passo – Planejar
<p>Além do que foi observado no primeiro passo da primeira etapa, observar ainda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificar como a criança percebe suas relações com as outras crianças, família, instituição; - verificar como desenvolve a brincadeira; - verificar como se posiciona perante as situações; - verificar e descrever o cuidado realizado. <p><i>Recomendações Metodológicas:</i> Caso seja definido na análise da sessão anterior que o processo com esta criança pode ser finalizado, a enfermeira marca uma próxima sessão de brincar onde preparará a criança, dizendo que será a penúltima sessão. Deve explicar a criança o porque do término e questionar o que a criança pensa sobre isto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - definir se o processo avançará para a finalização, se há necessidade de contextualização ou ainda se permanece na mesma etapa; - fundamentar o cuidado realizados nos princípios do cuidado; - constar o significado do brincar e as explicações da criança; quais os significados dos seus comentários; que sentimentos íntimos ela pode estar expressando; o que tem acontecido frequentemente à criança que possa ser relacionado ou ajude a explicar os comentários e comportamentos da criança. - verificar a eficácia do brincar e de sua intervenção; - analisar a postura do pesquisador frente à criança através dos dados registrados; - definir a continuidade ou não do processo para o planejamento da próxima sessão. <p><i>Recomendação Metodológica:</i> Caso seja a penúltima sessão com a criança, a análise deve ser rigorosa quanto à avaliação da criança sobre a finalização das sessões, ou seja, se a enfermeira achar necessário pode repetir a penúltima sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - planejar o cuidado adequado a esta criança, através dos princípios do cuidado; - estabelecer como finalizar o processo, ou seja, fazer um planejamento para a terceira etapa, caso a criança não apresente mais necessidade do brincar; ou contextualizar com as monitoras e Assistente Social, para verificar como a criança está se comportando na Casa Lar após o início das sessões; ou continuar as sessões e manter o cuidado.
1.ª ETAPA “FINALIZANDO”		
1.º Passo – Observar	2.º Passo – Analisar	
<ul style="list-style-type: none"> - observar o comportamento da criança quando é colocado a ela que será a última sessão; - descrever com exatidão sua expressão não verbal; - observar como a criança se comportará após saber que será a última sessão realizada com a mesma, ou seja, verificar suas expressões verbais e não verbais; - anotar que nos chama a atenção enquanto a criança brinca. 	<ul style="list-style-type: none"> - verificar se os déficits de cuidado foram sanados neste momento; - analisar o comportamento da criança quanto à finalização do processo. <p><i>Recomendação Metodológica:</i> Pode-se iniciar um novo processo de cuidado com a criança, caso seja necessário, por algum evento adverso.</p>	

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORBA, R. I. H. de. Mesa Redonda: O brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. **Enfermagem Atual**, p. 9-11. nov/dez. 2002.

CARRARO, T. E. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: CARRARO, T. E.; et al. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: AB, p. 29-38. 2001.

GREEN, Combate. S. **Entendendo as necessidades das crianças através do brinquedo terapêutico.** Tradução: RIBEIRO, Combate. A. São Paulo: EEUFF, ----. Understanding children needs through therapeutic play. 1974.

MAIA, A. R. *et al.* Princípios do cuidar, In: **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: a redução das demanda.** Módulo 04. Curso de Especialização no Fenômeno das Drogas. Florianópolis: UFSC, 2003.

MORSE, J. M. *et al.* Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, v. 13, n. 1. sep. 1990. p. 1-14.

NEVES, E; MARCELINO, S. R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado multidisciplinar e um novo paradigma da saúde.** São Paulo: Robe, 1997. p. 157-189.

PRADO, M. L. do; SOUZA, M. de L. de. Innovaciones y Avances en el Cuidado de Enfermería: Osadía e Irreverencia para el Acto de Creación. **Anais... XVI Congresso Argentino de Enfermería.** Conferencia. 09, 10, 11 de maio, 2002.

SOUZA, M. de L. *et al.* Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2005. p. 266-270.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem - uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: UFSC, 1999. 162 p.

_____. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

Anexo 05 - Resumo explicativo do estudo enviado aos especialistas

O estudo em questão tem como objetivos construir um Instrumento de avaliação para Modelos de Cuidado de Enfermagem; sustentar a validade de cada critério de avaliação incluído no instrumento; e, aplicar o instrumento na avaliação do Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Institucionalizadas Vítimas de Violência de Rocha (2005).

Para tanto foi preciso conceituar o termo modelo de cuidado, pois há uma divergência conceitual já que alguns autores chamam de marco/sistema/modelo conceitual e outros tratam com uma certa indefinição de metodologia do cuidado/assistência.

Devido a essas diferenças Rocha e Prado (2007) realizaram um estudo buscando a definição de cada um destes termos e verificaram que modelo de cuidado é uma estrutura composta por um marco referencial (ou marco teórico) que define as referências teóricas e filosóficas do modelo, e, uma metodologia que descreve como o cuidado será realizado na prática da enfermagem.

A elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado são formas de ação, um modo de fazer o cuidado. Porém, um modelo de cuidado não pode ser visto como algo estanque, e sim como um norteador para as ações do cuidar. Conseguimos visualizar tal estrutura de forma flexível, que sofre adaptações conforme a necessidade do cuidador, do ser cuidado e do ambiente, quando promovemos um cuidado único, específico e ao mesmo tempo com a visão do todo, para o qual necessitamos estabelecer relações únicas.

A elaboração de um modelo de cuidado pode ser realizada através da pesquisa qualitativa, como foi elaborado por Rocha (2005). Por pensarmos que a pesquisa qualitativa é um meio de se buscar a cientificidade sem nos esquecermos do lado humano, e que este tipo de pesquisa é abrangente e de difícil formalização, procuramos neste estudo elaborar critérios de análise para modelos de cuidado.

Assim, foi realizada uma revisão da literatura e verificado que os critérios de avaliação para modelo de cuidado não estão bem definidos, o que nos confirma a necessidade de verificar como elaborá-los.

Para tanto, foi reconhecido como se dá à construção de um conhecimento e que estruturas existem no paradigma da Enfermagem, para podermos assim, estabelecer que critérios podem-se utilizar.

Então, foi reconhecido primeiramente o método dedutivo, indutivo e indutivo-dedutivo concomitante para a construção de um conhecimento; verificado que as pesquisas

podem ser qualitativas, quantitativas e quali-quantitativas; que para se avaliar as pesquisas qualitativas existem critérios pré-estabelecidos; que para se desenvolver uma pesquisa qualitativa precisa-se ter rigor científico, e que este rigor também se especifica dependendo da modalidade da pesquisa a ser desenvolvida; então, procurou-se exemplos destas diferenças e encontramos a PCA (TRENTINI e PAIM, 1999; 2004) e a Meta-síntese, e foi então, certificado que há critérios semelhantes, porém há também, critérios específicos; assim, procurou-se estruturas do conhecimento que se aproximassem do modelo de cuidado, e verificou-se que a mais semelhante eram as médias teorias (FAWCETT, 2005); posteriormente, encontrou-se autores que falam de uma possível avaliação para modelos de cuidado (DAVIDSON, HALCOMB, HICKMAN, PHILLIPS, GRAHAM, 2006), porém não deixam claro estes critérios. Assim, verificou-se onde todos estes métodos eram congruentes e, foi comparado as semelhanças destes critérios. A partir disso, elaborou-se nove critérios específicos para a avaliação de modelo de cuidado.

O instrumento de avaliação possui nove critérios que são: consistência interna; adequação empírica do marco referencial/teórico; adequação empírica da metodologia; adequação pragmática; desenvolvimento do raciocínio teórico-prático; significância; coerência metodológica; simplicidade; resolutibilidade. Sendo que foram elaborados utilizando os critérios de avaliação de pesquisa qualitativa de Morse, Barret, Mayan, Olson, Spiers (2002), da PCA de Trentini e Paim (1999; 2004), de médias teorias de Fawcett (2005) e do modelo de cuidado de Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, Graham (2006).

Após a elaboração destes critérios foi pensado então, quais questões ajudariam na verificação dos critérios propostos. Para tanto, elaborou-se questões avaliativas que foram adaptadas do estudo de Trentini e Paim (1999; 2004), de Fawcett (2005) e de Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, Graham (2006). Sendo que são estas as questões que você validador externo utilizará para a validação tanto dos critérios de avaliação, do modelo de cuidado e das próprias questões avaliativas.

Assim, solicitamos a Sra que aplique o instrumento de validação ao modelo e avalie tanto o modelo quanto o instrumento.

Este estudo é inovador, pois pretende validar um instrumento utilizando critérios de avaliação próprios. Além, de questionar as estruturas teórico-práticas que estão sendo utilizadas e construídas como modelos de cuidado. Assim, é de suma significância, pois, poderá auxiliar na avaliação ou não de outros modelos de cuidado de forma a torná-los cada vez mais consistentes e aplicáveis.

Anexo 06 - Termo de Autorização



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



Florianópolis, 10 de janeiro de 2008.

Termo de Autorização

À Enfa Dda. Patrícia Kuerten Rocha,

Eu _____ como validadora externa da pesquisa sobre a avaliação do Modelo de Cuidado de Enfermagem para Crianças Vítimas de Violência (ROCHA, 2005) e do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem, concordo que o resultado da minha validação seja propriedade exclusiva, além de poder ser utilizada em publicações e apresentações de trabalhos, como também na elaboração do relatório final de Tese.

Este estudo constitui parte da Tese de Doutorado da Enfa Mestre Patrícia Kuerten Rocha, sob orientação da Profa Dra Marta Lenise do Prado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Declaro também, que a minha participação neste estudo é de livre e espontânea vontade.

Anexo 07 - Proposta Final do Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem

Critério Consistência Interna: foca o contexto e o conteúdo do marco referencial/teórico. Este critério requer que os elementos do marco referencial/teórico (os conceitos e os pressupostos), sejam congruentes com as exigências filosóficas da(s) Disciplina(s), do(s) modelo(s) conceitual(is), das teorias, dos estudos científicos e do entorno.

Questões Avaliativas

- 1.1. Está clara a visão de mundo ou o pensar filosófico que orientou o modelo quanto ao fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade de estudo?
- 1.2. O modelo de cuidado apresenta um marco teórico ou um marco referencial?
- 1.3. Caso tenha sido elaborado um marco teórico, a sustentação filosófica da(s) teoria(s) de base esta(ão) explícita(s) nos conceitos?
- 1.4. Caso tenha sido elaborado um marco teórico, a sustentação filosófica da(s) teoria(s) de base esta(ão) explícita(s) nos pressupostos?
- 1.5. Caso tenha sido elaborado um marco referencial, a filosofia da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual(is), a(s) teoria(s) e estudos científicos estão explícitos nos conceitos?
- 1.6. Caso tenha sido elaborado um marco referencial, a filosofia da(s) Disciplina(s), o(s) modelo(s) conceitual(is), a(s) teoria(s) e estudos científicos estão explícitos nos pressupostos?
- 1.7. Os conceitos estão claros e consistentes?
- 1.8. Os pressupostos estão claros e consistentes?
- 1.9. O marco teórico ou referencial abrange as dimensões da proposta do modelo?

Critério Adequação Empírica do Marco Referencial/Teórico: é a congruência teórica e científica entre o marco referencial/teórico com a evidência empírica, ou seja, a adequação empírica do marco referencial/teórico é o resultado do refinamento dos conceitos e pressupostos através da prática.

Questões Avaliativas

- 2.1. Os conceitos são congruentes com a realidade da prática?
- 2.2. Os pressupostos são congruentes com a realidade da prática?

Critério Adequação Empírica da Metodologia: é a congruência da metodologia e da evidência empírica, ou seja, se a metodologia abrange todas as dimensões da prática a qual o modelo se refere.

Questões Avaliativas

3.1. A metodologia esta adequada à evidência empírica?

3.2. A metodologia possui aplicação prática?

Critério Adequação Pragmática: é determinado pela descrição do uso do modelo de cuidado na prática. A compatibilidade das expectativas entre os sujeitos da prática, o serviço de saúde e a aplicação das ações de Enfermagem baseadas no modelo de cuidado também podem ser avaliadas. Além disso, o modelo deve ser significativo na condução de resultados positivos para aqueles que participam nas ações, como por exemplo, a redução nas complicações, favorecimento das condições de saúde e aumento na satisfação do cuidado prestado.

Questões Avaliativas

4.1. O modelo de cuidado tem aplicabilidade na prática de enfermagem?

4.2. O modelo de cuidado subsidia as ações de Enfermagem?

4.3. O modelo de enfermagem é de fácil entendimento para as enfermeiras?

4.4. As ações de enfermagem embasadas no modelo de cuidado são compatíveis com as expectativas da prática de Enfermagem, do sujeito da pratica /família e ambiente?

4.5. As ações de enfermagem propostas no modelo de cuidado conduzem para resultados favoráveis?

4.6. O modelo de cuidado orienta as práticas de cuidado objetivando a busca de alternativas para a solução de problemas?

Critério Desenvolvimento Teórico-Prático: é o desenvolvimento do pensar durante a aplicação do modelo de cuidado, de uma micro perspectiva dos dados com o alcance de um macro entendimento do fenômeno, associando o marco referencial/teórico e a prática. A aplicação do modelo provoca o surgimento de novas idéias. O modelo de cuidado nos proporciona micro-macro perspectivas, assim conduzindo a avanços cognitivos movimentos recíprocos entre teoria e prática.

Questões Avaliativas

5.1. A enfermeira consegue perceber a necessidade de um movimento recíproco entre a sua prática e o modelo?

5.2. Consegue-se ampliar ou ajustar as ações de enfermagem na prática seguindo o modelo, sem alterar a essência do mesmo?

Critério Significância: verifica a relevância do modelo de cuidado para a sociedade e para a Enfermagem. Para tanto, a descrição dos resultados do modelo necessitam apresentar se o modelo de cuidado implantado apresenta ou não modificação da prática. Nos resultados precisamos também reconhecer se o modelo oferece alternativas para a solução de possíveis problemas identificados na prática.

Questões Avaliativas

- 6.1. A utilização do modelo modifica a prática do cuidado de enfermagem?
- 6.2. A utilização do modelo modifica uma determinada situação?
- 6.3. O modelo de cuidado dá subsídios para a resolução de problemas?

Critério Coerência Metodológica: foca a relação entre o contexto, o marco referencial/teórico e a metodologia. Este critério requer que a metodologia seja congruente com a prática e que expresse o marco referencial/teórico.

Questões Avaliativas

- 7.1. O fenômeno ou objeto ou aspecto da realidade está evidente na metodologia do modelo proposto?
- 7.2. A metodologia utilizada no modelo está claramente desenhada descrevendo sistematicamente todas as suas etapas?
- 7.3. A metodologia do estudo é congruente com o marco teórico ou referencial?
- 7.4. A metodologia proposta é de fácil aplicação?