

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

MARILENE LOEWEN WALL

**CARACTERÍSTICAS DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE
CARRARO A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

w187 Wall, Marilene Loewen

Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis / Marilene Loewen Wall. Florianópolis, 2008.
142f.

Orientador: Profa. Dra. Telma Elisa Carraro

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

1. O conhecimento de enfermagem. 2. Modelos de cuidado de enfermagem. 3. Modelo de avaliação de teorias de Meleis.
I. Título. II. Carraro, Telma Elisa.

NLM: WY 86

MARILENE LOEWEN WALL

**CARACTERÍSTICAS DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE
CARRARO A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2008**

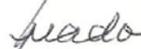
MARILENE LOEWEN WALL

**CARACTERÍSTICAS DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE
CARRARO A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS**

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 27 de novembro 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

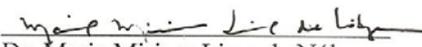
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Telma/Elisa Carraro
Presidente



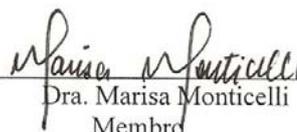
Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Membro



Dr. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Membro



Dra. Eloita Pereira Neves
Membro



Dra. Marisa Monticelli
Membro

Dra. Marta Lenise do Prado
Suplente

Dra. Vera Radünz
Suplente

Dra. Sonia Maria Könzgen Meincke
Suplente

Dedico este estudo à Enfermagem, pois acredito que, como ciência e arte, essa profissão cuida com dedicação, com conforto mas, acima de tudo, com conhecimento.

Muito obrigada!

Aos Familiares, por me amarem, compreenderem e apoiarem;

Aos Amigos, por incentivarem;

À Dra. Telma Elisa Carraro, minha orientadora, pela convivência construtiva, enriquecedora, humana, repleta de cuidado e conforto;

Às Colegas da área materno-infantil, que assumiram minhas atividades docentes durante meu afastamento;

Ao Departamento de Enfermagem da UFPR, que investiu em minha qualificação;

À Universidade Federal do Paraná que, por meio de sua Pró-Reitoria; cedeu-me uma bolsa de estudos (Capes);

À Dra. Eloita Pereira Neves, por compartilhar sabedoria e conhecimento;

Às Colegas integrantes do NEPECHE-UFPR, pelo apoio;

Ao Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, que me recebeu, e onde pudemos conviver e pesquisar;

Aos Professores, Funcionários e Colegas do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, pela oportunidade e experiência;

Aos Membros da Banca Examinadora, por participarem desse processo com conhecimento e experiência.

“Posso todas as coisas
naquele que me fortalece, Cristo.”

WALL, M. L. Características da proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis. 142 p.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório-descritivo, que objetivou identificar características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro a partir do referencial teórico-metodológico do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis. Utilizaram-se as cinco etapas, que são descrição, análise, crítica, teste e suporte, as quais possibilitaram identificar várias características da proposta de Carraro, com fundamentação teórica em Florence Nightingale; tal proposta apresenta conceitos metaparadigmáticos e pressupostos baseados no olhar filosófico humanista e no cuidado primário. Os conceitos são invariáveis e operacionais e têm uma descrição clara e compreensível, não apresentam proposições, tratando-se de uma proposta direcionada para o conhecimento de processo, incluindo o processo de Enfermagem e a interação. Seu foco é o ser humano vivenciando a situação cirúrgica e sua família; tem baixo nível da abstração, demonstra utilidade da prática e tem suporte por possibilitar a descoberta de novos dados, entre outros. Com base nos fundamentos teóricos, sugere-se que Carraro dê continuidade a seus estudos e abstrações. Defende-se a tese de que se trata de um modelo de cuidado de Enfermagem, pois vai ao encontro do conceito construído durante esse estudo, que versa sobre o Modelo de cuidado de Enfermagem como um conjunto teórico, formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem e por pressupostos que se baseiam em teorias e têm a função de guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações, representado em um diagrama.

Descritores: cuidado de enfermagem; modelo de enfermagem; teoria de enfermagem.

WALL, M. L. **Characteristics of Carraro's Nursing care proposal from Meleis's theories evaluation.** 2008. Thesis (Nursing Doctorate) Federal University of Santa Catarina. Nursing Postgraduation Program. Florianópolis. 142p.

Advisor: Dr. Telma Elisa Carraro

Research Line: Care and the process of living, being healthy and getting ill

ABSTRACT

It is an exploratory-descriptive qualitative study which objectified to identify characteristics in Carraro's Nursing Care Proposal from the theoretical-methodological background of Meleis's Theory Evaluation Model. Five stages were used, as follows: description, analysis, critique, testing and support which enabled to identify several characteristics in Carraro's proposal. It's a care proposal grounded by Florence Nightingale which presents metaparadigmatic concepts as well as assumptions based on the philosophical humanist view and primary care. The concepts are invariable and operational, having a clear and understandable description, does not present any propositions, being a objectifying process knowledge, including nursing process and interaction. It focuses on the human being undergoing a surgical situation as well as his/her family, with low abstraction level. It reveals a practical use and support once it enables the discovery of new data, among others. Based on the theoretical backgrounds, it is suggested that Carraro carries on her studies and abstractions. The thesis defended is that it is a nursing care model, once it meets the conceptual build-up in this study which is: Nursing care model is a theoretical set, formed by the four central nursing concepts and assumptions, based on theories, objectifying to guide nursing care by means of action systematization, represented in a diagram.

Descriptors: nursing care; nursing model; nursing theory.

WALL, M.L. Características de la propuesta de cuidado de Enfermería de Carraro a partir de evaluación de teorías de Meleis. 2008. Tesis (Doctorado en Enfermería) Universidad de Santa Catarina. Programa de Posgrado en Enfermería. Florianópolis. 142 p.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer

RESUMEN

Este es un estudio cualitativo exploratorio descriptivo, que tuvo por objetivo identificar características de la Propuesta de Cuidado de Enfermería de Carraro a partir del referencial teórico y metodológico del Modelo de Evaluación de Teorías de Meleis. Fueron utilizadas las cinco etapas que son la descripción, el análisis, la crítica, el test y el soporte, los cuales posibilitaron identificar varias características en la propuesta de Carraro. Se trata de una propuesta con fundamentación teórica en Florence Nightingale. Presenta conceptos metaparadigmáticos y presupuestos basados en aspecto filosófico humanista y en cuidado primario. Los conceptos son invariables y operacionales y tienen descripción clara y comprensible, no presentan proposiciones, tratándose de una propuesta direccionada para el conocimiento de proceso, incluyendo el proceso de Enfermería y la interacción. Su foco es el ser humano viviendo la situación quirúrgica y su familia, con bajo nivel de abstracción. Muestra utilidad de la práctica y tiene soporte por posibilitar el hallazgo de nuevos datos, entre otros. Basado en los fundamentos teóricos, se hace la sugerencia que Carraro dé continuidad a sus estudios y abstracciones. Se propone que se trata de un modelo de cuidado de Enfermería, pues coincide con el concepto construido durante ese estudio: Modelo de cuidado de Enfermería es un conjunto teórico, formado por los cuatro conceptos centrales de la Enfermería y por presupuestos, que están basados en teorías y tienen función de conducir el cuidado de Enfermería por medio de la sistematización de las acciones, representado en un diagrama.

Descriptores: cuidado de enfermería, modelo de enfermería; teoría de enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição da Teoria	50
Quadro 2: Análise da Teoria	54
Quadro 3: Crítica da Teoria	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Avaliação de Teorias	72
Figura 2: A trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na prevenção de infecções	78
Figura 3: Proposta de Wall (2008) para o diagrama representativo da Teoria Emergente de Situação Específica de Carraro.....	119

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	08
LISTA DE FIGURAS	09
1 INTRODUÇÃO	13
2 O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM.....	18
2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM	20
2.2 ENFERMAGEM, UMA CIÊNCIA E DISCIPLINA PRÁTICA	24
2.3 OS COMPONENTES DA ESTRUTURA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM	26
2.4 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO	36
3.1 DEFINIÇÕES	37
3.2 O MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS.....	48
3.2.1 Descrição	49
3.2.2 Análise	54
3.2.3 Crítica	60
3.2.4 Teste	67
3.2.5 Suporte.....	70
4 A PROPOSTA DE CUIDADO DE CARRARO (1994)	73
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	84
5.1 TIPO DE ESTUDO	84
5.2 OBJETO DO ESTUDO	85
5.3 ANÁLISE DO ESTUDO	86
5.4 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS	86
6 ANÁLISE E RESULTADOS.....	87
6.1 A DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)	88
6.2 A ANÁLISE DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)	92
6.3 A CRÍTICA DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)	99
6.4 TESTE DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994). 106	
6.5 O SUPORTE DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)	110
6.6. SÍNTESE DOS RESULTADOS	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
8 REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

O ser humano vive, se relaciona e, como agente de transformação, também é um observador, contemplando o mundo que o rodeia a partir de um ponto de vista que é o resultado de vivências e experiências. Temos todos uma perspectiva que reflete nossa cultura, nossa formação, experiências profissionais e nossas crenças e valores. Essa perspectiva nós compreendemos, nela acreditamos e por meio dela interpretamos as situações e acontecimentos de nossa vida. A Enfermagem, como ciência e profissão, também desenvolveu algumas visões compartilhadas que definem como avaliamos nosso cliente e a situação na qual ele se encontra.

A perspectiva da Enfermagem é definida pela história da profissão, pelo contexto social e político no qual o cuidado de Enfermagem se encontra e pelo esforço que as instituições de ensino e os profissionais da prática realizam para o desenvolvimento do conhecimento. A nossa perspectiva como profissionais é marcada por uma história de cidadãos de uma classe pouco privilegiada, uma história de desvalorização de nossa missão – o cuidado –, uma história de opressão a seus membros, refletindo a opressão mundial da mulher e a subordinação desses trabalhadores a estruturas burocráticas e profissionais. (MELEIS, 2007).

Dessa forma, segundo Meleis (1999, p. 165), precisamos considerar quatro características importantes que determinam nossa perspectiva: a natureza da Enfermagem como ciência humanista, a Enfermagem como uma disciplina orientada para a prática, a Enfermagem como uma disciplina de cuidado (*caring / betreuung*) e a Enfermagem como uma disciplina orientada para a saúde.

Considerando essa perspectiva, precisamos realizar pesquisas, estudos e desenvolver estruturas teóricas para que o conhecimento de Enfermagem seja fomentado, formando assim o domínio, ou seja, o cerne de nossa disciplina, com limites e fundamentos (*boundaries / grenzen*) teóricos e práticos.

Se voltarmos nosso olhar para o início da história da Enfermagem, encontraremos a inglesa Florence Nightingale que no ano de 1859, após a Guerra da Crimeia, documentou a primeira teoria de Enfermagem. (ORÍÁ, XIMENES, PAGLIUCA, 2007; MELEIS, 2007, 1999, 1997; CARRARO, 1994; GEORGE, 1993). Desde então, profissionais de Enfermagem têm se debruçado sobre questões que dizem respeito à estrutura do conhecimento de nossa disciplina para promover seu desenvolvimento tanto teórico quanto prático.

O estudo de nosso passado teórico nos possibilita alcançar visões que permitem entender os atuais avanços e nos aproximam dos objetivos para a evolução e o aperfeiçoamento da disciplina Enfermagem. Para Meleis (1999), a teoria, como representação simbólica dos aspectos da realidade que são descobertos ou inventados para descrever, explicar, prever ou prescrever respostas, eventos, situações, condições ou relações, é o objetivo central de todo estudo científico. Por isso um estudo teórico objetiva alcançar um nível de pensamento entre os profissionais de Enfermagem que fomente o desenvolvimento da disciplina e proporcione ao ser humano um cuidado com embasamento teórico-científico, articulando arte e ciência.

Proporcionar ao ser humano um cuidado com embasamento teórico-científico também foi um dos objetivos que moveu a enfermeira paranaense Telma Elisa Carraro a desenvolver uma proposta de cuidado de Enfermagem ao ser humano e sua família durante a vivência da situação cirúrgica. Essa proposta, intitulada “A Trajetória da Enfermagem junto ao ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções” foi desenvolvida durante seu mestrado, no período de 1992 a 1994, sob orientação da enfermeira doutora Ingrid Elsen. (CARRARO, 1994).

Segundo Carraro (1994, p. 26), trata-se de uma proposta “formada por um marco conceitual e uma metodologia da assistência”, baseada nos escritos de Florence Nightingale, e cujo objetivo é prestar cuidados de enfermagem ao ser humano e sua família no momento em que vivenciam uma situação cirúrgica, enfocando a prevenção de infecções hospitalares e a potencialização do poder vital.

Essa proposta de Carraro (1994) já foi utilizada por enfermeiros e acadêmicos de Enfermagem, dentre eles, a autora deste estudo quando, em 2000, em minha dissertação de mestrado, adaptamos e aplicamos essa proposta a um grupo de mulheres vivenciando o período gravídico-puerperal, alcançando resultados favoráveis quanto ao cuidado prestado. Naquela época, tínhamos a compreensão de que “sistematizando a Assistência de Enfermagem seguindo uma metodologia” poderíamos prestar uma assistência diferenciada, pois isso daria ênfase à aplicação de um método científico que permitisse o planejamento e o desenvolvimento das ações de Enfermagem, ou seja, o levantamento de dados, o diagnóstico, o planejamento, a execução e a avaliação. (WALL, 2000, p.6).

A metodologia apresentada por Carraro (1994) caracterizava-se como um instrumento útil para que o enfermeiro planejasse científica e sistematicamente as ações da equipe de Enfermagem, ou seja, possibilitava o desempenho das atividades. Segundo Horta (2001, p. 31-35) “para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia

de trabalho [...], ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”.

Ao longo desses anos, percebemos que a proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) tem sido usada como um modelo para o cuidado, sendo denominada “modelo de cuidado de Enfermagem de Carraro”, sem, porém, ter sido avaliada ou validada como tal. Assim, surgiu o interesse e a necessidade de estudarmos essa temática que trata sobre o desenvolvimento teórico-filosófico da Enfermagem, além de dar continuidade aos estudos que temos desenvolvido com a referida proposta.

Desafiamo-nos em realizar este estudo para entender, apreender e aplicar esse conhecimento, ainda pouco desenvolvido entre a Enfermagem brasileira, porém de suma importância para a construção teórico-prática de nossa disciplina.

Radünz (2001, p.110) lembra que os achados das pesquisas, além de sugerirem uma concepção teórico-filosófica, desafiam o enfermeiro a refletir sobre sua prática diária, levando-o a ampliar as vivências da realidade, despertando-o para a mudança e para um “equilíbrio dinâmico entre o cuidar de si e o cuidar do outro”.

Queremos esclarecer que utilizaremos o termo “enfermeiro” conforme consta na Lei n. 7.498, que regulamenta o exercício da Enfermagem, cabendo a esse profissional a “chefia de serviço e de unidade de Enfermagem [...], organização e direção dos serviços de Enfermagem [...] planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem”. (BRASIL, 1994). Entendemos assim que é o enfermeiro, homem ou mulher, quem deve liderar e estimular a equipe de Enfermagem para aprimoramento de sua prática de cuidado, inclusive por meio do estudo e desenvolvimento de propostas teóricas de Enfermagem.

Como refere George (1993), “a pesquisa é o processo formal e sistemático de coleta de dados do mundo real para obtenção de soluções, descoberta de respostas e interpretações de novas ideias, fatos ou suposições e relações”. O autor comenta ainda que, quanto maior for a quantidade e o aprofundamento de pesquisas realizadas em relação à teoria em particular, mais útil ela será à prática, “a previsibilidade das teorias de Enfermagem passará a ser mais confiável, à medida que os conceitos tornarem-se mais bem definidos e aumentar a pesquisa a partir da qual se desenvolvem as teorias” (p. 17).

Vale ressaltar que, independentemente da disciplina, o termo teoria é empregado de diversas formas. Estudantes de Enfermagem costumam utilizar esse termo para denominar o contexto abrangido nas aulas, em oposição à prática em si, quando as atividades de Enfermagem são executadas. Também empregamos o termo quando lançamos uma ideia

sobre determinado fato ou pessoa. Já cientistas e estudiosos utilizam esse termo de forma específica e precisa.

Nesse estudo definimos teoria baseados em Meleis (2007, p.37), quando diz que se trata de um conjunto articulado, organizado, coerente e sistemático de afirmações relacionadas com questões importantes de uma disciplina e comunicadas em um conjunto significativo. A teoria é uma representação simbólica de aspectos da realidade.

Além desse termo, ainda deparamo-nos com outros, que são: marco conceitual, marco teórico, modelo conceitual e modelo teórico. Para Meleis (1999, 1997), de uma forma generalizada, modelos conceituais e teorias apresentam apenas uma diferença semântica, originando vários debates, que resultaram em confusão, tornando o desenvolvimento teórico na Enfermagem lento e mais preocupado com o método e o processo do que com o conteúdo do conhecimento.

Essas questões conceituais sobre a terminologia utilizada na Enfermagem também é percebida na literatura brasileira, pois Silva e Neves-Arruda (1993, p. 84) afirmavam que não há clareza sobre a definição de vários termos, porém entendem que “existe uma equivalência entre os termos ‘marco, modelo e sistema’. [...] a diferença que existe reside nos termos ‘referencial, teórico e conceitual’, os quais são concebidos em níveis diferentes de complexidade de abstração”. As referidas autoras definem marco conceitual 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 comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas” de cuidado, administração ou ensino de Enfermagem (p. 85).

Outro termo que se encontra inserido na literatura é modelo de cuidado de Enfermagem, observado em estudos recentes, conforme Souza, Zagonel e Maftum (2007, p. 123) que utilizam o termo “modelo de cuidado de Enfermagem”, porém não o conceituam. Contudo, as autoras afirmam que, por meio dele, são propostas ações de cuidado de Enfermagem baseadas em determinada teoria. Teixeira e Nitschke (2008, p. 184) utilizaram o termo “modelo de cuidar em Enfermagem definindo-o “como uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática de Enfermagem é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência”. Para sustentá-lo, utilizaram os fundamentos do Interacionismo Simbólico. Rocha, Prado e Carraro (2007) trazem o termo *nursing care model*, ou seja, modelo de cuidado de Enfermagem, referindo que o mesmo é um suporte para o cuidado uma vez que provê a sistematização e o conhecimento.

Entendendo que o conhecimento está em constante evolução e desenvolvimento, assim definimos a princípio que modelo de cuidado de Enfermagem é um conjunto teórico, formado minimamente pelos quatro conceitos básicos da Enfermagem e por pressupostos baseados num referencial teórico-filosófico, cuja função é guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações. Esse modelo é uma estrutura teórica representada por um diagrama que guia a prática do cuidado.

Lançar mão dos modelos de cuidado traz uma grande contribuição para a Enfermagem, pois eles fundamentam a prática. Muitos procedimentos de Enfermagem são ensinados e praticados ritualisticamente, simplesmente porque eles sempre foram feitos daquela maneira. Porém, quando sugerimos a aplicação de um modelo para mudar a prática, a alternativa pode ser considerada à luz deste conhecimento e uma escolha informada pode ser feita para implementá-lo. (CARRARO, 2001).

As teorias, bem como o termo modelo de cuidado de Enfermagem, de uso mais recente, têm uma fundamentação filosófica e científica e ambos são estruturas do conhecimento da disciplina. A teoria, porém, é mais complexa, mais ampla e mais abstrata que um modelo, pois traz conceitos, proposições e pressupostos, tendo função descritiva e prescritiva. Um modelo de cuidado é uma estrutura formada por conceitos e pressupostos e traz ainda uma metodologia para implementação e evolução do cuidado. Dessa forma, esse estudo contribui ao trazer à tona a discussão sobre essas diferentes estruturas teóricas que compõem o conhecimento da disciplina, quais sejam: as teorias, os modelos de cuidado de Enfermagem, os marcos conceituais e teóricos e os modelos de Enfermagem, bem como suas aplicações na prática do cuidado.

É imprescindível que enfermeiros, teóricos e assistenciais, trabalhem juntos, colaborando para desmitificar a ideia de que teoria e prática estão desvinculadas e desarticuladas. Se a prática é vista à luz da teoria, o potencial torna-se real para a teoria, por ser útil na mudança da prática.

Como profissionais de Enfermagem, precisamos escolher e decidir que referencial é mais apropriado para dar direcionamento à pesquisa, ao ensino, à administração e ao cuidado. Faz-se necessário identificar teorias, marcos conceituais e modelos de cuidado efetivos, que possibilitem explorar alguns aspectos da prática ou guiar um projeto de pesquisa, comparar e contrastar diferentes explicações de um mesmo fenômeno, aumentar o potencial de mudanças construtivas e posterior desenvolvimento desses referenciais.

De acordo com Meleis (1999, 1997), essa escolha e decisão por determinado referencial para o cuidado pode ser orientada por uma avaliação detalhada. Entendemos que a

avaliação de teorias e de modelos de cuidado, bem como de outros componentes da estrutura de conhecimento da Enfermagem, é essencial para o exercício profissional.

Existe uma vasta literatura estrangeira, principalmente americana, que trata sobre a teoria da disciplina Enfermagem, ou seja, sobre a estrutura do conhecimento da Enfermagem como ciência e disciplina. Várias autoras, como Meleis (2007, 1999, 1997), Alligood e Tomey (2006), Fawcett (2005, 1999), McKenna (1997), Leddy e Pepper (1993), Chinn e Kramer (1991) e Torres (1986) trazem conceitos, objetivos, características e classificações dessa estrutura do conhecimento, descrevendo modelos, teorias, marcos teóricos e conceituais de teóricas*, além de apresentarem várias ideias sobre avaliação, crítica, teste e suporte das teorias, modelos e demais estruturas teóricas de Enfermagem.

Para Meleis (1999, 1997), a avaliação de uma teoria pode ser deliberada, sistemática, criteriosa, objetiva, consciente e elaborada, mas também pode ser subjetiva, experimental, rápida e baseada em critérios limitados. As duas formas de avaliação são essenciais e dependentes uma da outra.

Entendemos que novas propostas teóricas de cuidado estão emergindo, por exemplo, o modelo de cuidado de Enfermagem, que também necessita ser analisado com rigor científico. Para isso, podemos utilizar como norte e guia o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997), adaptando-o para esse fim.

Concordamos com Souza *et al.* (2005), os quais sugerem que devemos refletir sobre o modelo de cuidar em Enfermagem compreendendo sua dimensão político-social, bem como sobre a vida dos cidadãos, reconhecendo que “esse ou aquele modo de cuidar não é neutro, mas está apoiado no conjunto das ideias teórico-filosóficas que orientam as escolhas feitas por quem o executa” (p. 269).

Em se tratando da literatura brasileira, os estudos são restritos e poucos analisam e caracterizam a estrutura teórica do cuidado de Enfermagem. A maioria desses estudos retrata uma proposta de cuidado que vai até sua implementação, dando ênfase à operacionalização das ações para o cuidado. Esses estudos não fazem um exame de cada parte de um todo, tendo em vista conhecer sua natureza, suas proporções, suas funções, suas relações quanto a seus componentes estruturais, ou seja, os conceitos e pressupostos que fundamentam as ações.

Evidenciamos, assim, a necessidade de desenvolver ensaios teóricos dedicados a reconstruir, a reorganizar teorias, conceitos, modelos, contribuindo para uma prática mais

* Segundo Ferreira (2004), teórica é uma pessoa que, embora conheça os princípios de uma ciência, não a pratica ou não sabe praticá-la. No idioma inglês o termo é *theorist* e no alemão é *theoretiker*; no português utilizaremos o termo “teórica” pois, segundo Ferreira, trata-se de pessoa que reconhece cientificamente os princípios, a teoria de uma arte.

eficiente e resolutive, embasada em discussões filosóficas e conceituais que tenham como foco o cuidado ao ser humano, resultando numa prática transformadora e não simplesmente na indicação de determinado modelo, por exemplo.

A partir dessas reflexões, considerando que o cuidado de Enfermagem consiste na essência da profissão e pode contribuir para potencializar a expressão do ser humano na sociedade, faz-se necessário desenvolver um estudo que caracterize uma proposta teórica de cuidado. Essa caracterização consiste em descrever a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), baseada nos critérios do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997), o que permitirá um estudo a partir do qual será possível emitir uma opinião cientificamente sustentada.

Defendemos a tese de que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), “Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções”, tem características que vão além de uma metodologia da assistência.

Assim, esta pesquisa traz o seguinte questionamento: Quais são as características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), “Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções”, à luz do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis?

Para responder a essa questão, traçamos como objetivo: Identificar características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro intitulada “Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções” (1994), a partir do referencial teórico-metodológico do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997).

2 O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM

A produção do conhecimento é uma construção coletiva, um processo continuado de busca, no qual cada nova investigação complementa informações sobre determinado tema. A busca de informações já publicadas na literatura faz parte desta investigação, pois essa busca tem o objetivo de iluminar o caminho a ser trilhado pelo pesquisador, contribuindo para contextualizar a questão da tese, além de permitir analisar e inteirarmo-nos do referencial teórico.

Entendendo a importância do conhecimento acumulado sobre o tema a ser pesquisado, temos alguma familiaridade com o assunto, adquirida com as pesquisas e estudos bibliográficos realizados, o que pode contribuir com estudos futuros.

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM

Ao acompanhar o desenvolvimento teórico da Enfermagem, podemos observar que um olhar no passado dessa disciplina promove perspectivas que nos ajudam a entender sua fase atual de desenvolvimento, bem como nos aproxima dos objetivos da disciplina. Ao observarmos esse conhecimento hoje, percebemos que ele traz sombras do passado e visões para o futuro.

Reconstruir nossa herança teórica é um processo que inclui a reorganização da nossa realidade, o que possibilitou e ainda possibilita a abstração, o desenvolvimento de modelos, conceitos e teorias que refletem e guiam a avaliação e as ações de Enfermagem. Segundo Meleis (1999), esse conhecimento teórico do passado, com uma visão para o futuro, pode estimular a criatividade, o desenvolvimento e o progresso da Enfermagem.

Na Enfermagem, o desenvolvimento do conhecimento teórico aconteceu em grandes saltos nas últimas décadas, graças ao desenvolvimento de teorias que também refletiram sua importância na prática da Enfermagem. Hoje as teorias fazem parte do currículo da graduação e da pós-graduação, como também estão presentes na administração e na prática do cuidado de Enfermagem. Estudos como os de Victor, Lopes e Ximenes (2005) e Lopes, Pagliuca e Araújo (2006) confirmam a importância do estudo e da aplicação de teorias e modelos de

Enfermagem para validação e construção de novas formas de conhecimento e de interpretação dessa disciplina.

Desde que a Enfermagem iniciou o cuidado humano de forma ordenada e organizada, profissionais preocuparam-se e envolveram-se de alguma forma com o desenvolvimento de teorias. Conceitos como cuidado, bem-estar, ambiente, comunicação, segurança, tratamento / assistência e saúde eram utilizados para direcionar a prática antes mesmo de serem denominados e estruturados como uma teoria de Enfermagem.

No final do século XIX, durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale iniciou as primeiras descrições dos objetivos e ações da Enfermagem motivada pelo propósito de angariar apoio nacional e despertar para a necessidade de um serviço de Enfermagem, bem como para o desenvolvimento de programas para a formação de enfermeiras, além de denunciar as condições precárias em que viviam os soldados ingleses hospitalizados. (CARRARO, 1997).

Podemos dizer que a viagem dos tempos de Nightingale até os tempos da Enfermagem moderna foi longa e árdua. A tentativa de Florence de profissionalizar o cuidado de Enfermagem e focar o desenvolvimento dessa disciplina na promoção à saúde foi “atropelada” e quase destruída por uma formação do Enfermeiro baseada na doença, fortemente influenciada e dependente de outras profissões, aprendida e treinada apenas no hospital.

A Enfermagem passou de um ofício aprendido para uma profissão, de uma atuação e formação centrada no hospital para a universidade, da pacata subordinação para a responsabilidade e autonomia e de uma aplicação prática para uma fundamentação teórica. (MELEIS, 1999). Pouco ou quase nada está registrado dessa época até a década de 1950, mas existe conformidade entre os autores de que foram tempos difíceis para a Enfermagem a época quando, sendo representada principalmente por mulheres, tentava afirmar-se como profissão. (LEDDY e PEPPER, 1993).

Entre os anos de 1950 e 1995, ocorreu um processo de desenvolvimento de terminologias, de estruturação de conceitos, bem como da comunicação sistematizada desses conceitos e teorias. O objetivo disso era direcionar o conhecimento, guiar e melhorar a prática da Enfermagem e estabelecê-la como uma disciplina acadêmica. (ALLIGOOD, 2006; MELEIS, 1997).

Segundo Meleis (1999), para compreender melhor esse desenvolvimento é necessário conhecer as fases pela qual a Enfermagem passou, que são, de acordo com a autora: a fase da prática; a fase de pesquisas; a fase de teorias; a fase filosófica; e a fase de integração.

A primeira fase ou fase da prática foi marcada e liderada por duas mulheres que, como tantas outras, ajudaram homens feridos nas guerras e batalhas. No Ocidente, destacou-se Florence Nightingale, prestando cuidado aos soldados da Guerra da Crimeia em 1854. Já no Oriente, a história da Enfermagem se inicia com Rofaida Bent Saad Al-Islamiah, também conhecida como Koaiba Bent Saad, que acompanhou o profeta Maomé em suas batalhas islâmicas no ano 624. Ambas, Florence e Al-Islamiah, organizaram e zelaram por um ambiente limpo onde pudessem, com ajuda de outras mulheres, cuidar e confortar as pessoas de forma integral.

Os escritos de Florence descrevem os objetivos do cuidado e os processos comprovam o potencial da Enfermagem em ser uma profissão prática que pode ser fundamentada teoricamente. (MELEIS, 1999, 1997).

A fase da formação / educação e administração sofreu influência da pergunta básica da formação e do currículo da Enfermagem, levando as primeiras sementes da teoria a germinarem. Assim, profissionais da disciplina passaram a se mostrar preocupados com a formação e a educação da disciplina, impulsionando o pensamento e o desenvolvimento de teorias. (MELEIS, 1999, 1997).

Na fase de pesquisas, a preocupação com a formação, o currículo, o ensino e a administração estimulou professores de Enfermagem, com o objetivo de aprimorar o conhecimento da área, a desenvolverem pesquisas e estudos que foram submetidos ao rigor científico. Desde então a Enfermagem foi duramente criticada por colegas e também por estudiosos anônimos. Como em outras ciências, dava-se mais importância à sintaxe científica, ou seja, ao processo, que ao conteúdo da pesquisa. (MELEIS, 1999, 1997).

Na fase de teorias, perguntas essenciais à Enfermagem, como qual sua missão e quais seus objetivos, foram sendo organizadas; esquemas conceituais sobre a disciplina, os quais já haviam sido delineados na fase de educação e formação, passaram a ser considerados úteis. Ficou evidente que a Enfermagem não podia ser reduzida a uma ciência que se ocupava apenas com um aspecto do homem; assumiu-se sua complexidade e necessária autonomia intrínseca quanto a seu conteúdo e método.

O início da fase de teorias apresentou algumas características que merecem ser destacadas, tais como o emprego de paradigmas externos como guia para as teorias, as incertezas sobre os fenômenos da disciplina, o surgimento de teorias discretas e independentes, bem como uma distância entre a pesquisa, a prática e a teoria. Assim, existia uma procura para coerência conceitual. As teorias eram utilizadas como currículo para formação e prevalecia o objetivo de desenvolver um único paradigma.

Observa-se que ao final desse período permaneceram três temas, que são: 1) a aceitação de que a Enfermagem é complexa; 2) a inevitabilidade de utilizarem-se várias teorias e a aceitação da necessidade de validar e complementar suposições de diferentes teorias antes de sua divulgação; 3) a ideia de que os conceitos e teorias que permanecessem sobressalentes poderiam ser a base para o desenvolvimento de uma perspectiva específica.

A fase de teorias foi regida pelo pluralismo e dualismo, além de estabelecerem-se os limites para os interesses das pesquisas e se desenvolver entre as estudiosas a flexibilidade necessária para a expansão de atividades criativas. (MELEIS, 1999, 1997).

A fase filosófica caracterizou-se principalmente pela influência das discussões intelectuais sobre a literatura de Enfermagem, reconhecendo-se a importância da diversidade teórica e a necessidade de discussões éticas, lógicas e teóricas. Caracterizou-se também por um conhecimento maduro, pois se reconheceram os limites bem como a realidade complexa e contextualizada dos fenômenos da Enfermagem. As discussões epistemológicas estavam focadas na estrutura do conhecimento, na natureza das teorias, nos critérios de análise, bem como na justificativa para o uso de determinadas metodologias para desenvolver o conhecimento, as quais contribuíram ricamente para construir a identidade e o conhecimento da disciplina Enfermagem. (MELEIS, 1999, 1997).

Essa fase, permeada pelo olhar epistemológico e ontológico, concedeu à Enfermagem legitimação para questionar valores, significados e realidades sustentadas por diferentes bases filosóficas e teóricas. O olhar sobre o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem foi ampliado para o ser Enfermagem, incluindo o enfermeiro e o paciente, separadamente, mas inteirados pelo cuidado. (MELEIS, 1999, 1997).

A fase de integração foi marcada por situações como a identificação de uma estrutura lógica para a disciplina e suas especialidades. Essa estrutura contempla o conhecimento na área, o conhecimento científico, o teórico, o filosófico e o clínico, focando o domínio da Enfermagem e seus fenômenos. Outra característica dessa fase é o desenvolvimento de programas educacionais, incluindo a contribuição de profissionais de diferentes áreas de atuação na Enfermagem que, integrando a teoria, a pesquisa e a prática (*practice*) ocupam-se com temas relevantes.

Uma terceira característica é a avaliação de diferentes aspectos teóricos da Enfermagem sob o olhar de enfermeiros assistenciais, administrativos, pesquisadores, professores e teóricos. Além do teste / verificação, a avaliação inclui descrição, análise e crítica, e é de extrema importância para o desenvolvimento da Enfermagem, em razão da diversidade em sua base filosófica.

Outra característica é a atenção dada às estratégias do desenvolvimento do conhecimento e a congruência da disciplina, considerando aspectos como integralidade, padrões de comportamento, experiência e significados.

A quinta característica dessa fase é o interesse dos profissionais da Enfermagem em desenvolver teorias pertinentes com o fenômeno da especialidade a que pertencem, sem desconsiderar fenômenos amplos e gerais.

Como última característica dessa fase, destaca-se a sistemática reavaliação de fundamentos filosóficos e teóricos que nortearam a definição e a concepção de conceitos centrais de domínio da Enfermagem.

Observando essas fases, podemos dizer que elas seguiram uma ordem crescente, caracterizando uma evolução no conhecimento da disciplina, tendo a participação de profissionais da Enfermagem de diferentes segmentos. Allgood (2006, p. 43) afirma que a aplicação prática de teorias de Enfermagem depende de enfermeiros que conheçam o trabalho teórico da disciplina e entendam como filosofias, modelos e teorias relacionam-se entre si.

2.2 ENFERMAGEM, UMA CIÊNCIA E DISCIPLINA PRÁTICA

Para vários autores da Enfermagem (FAWCETT, 1998; ALLIGOOD e TOMEY, 2006; WALKER e NEUMAN, 1996; PEARSON, VAUGHAN e FITZGERALD, 2005) e Orem (1991, p. 89), a Enfermagem é uma disciplina e uma ciência prática. O termo disciplina refere-se a um campo de conhecimento exibido numa perspectiva distinta e um estilo de pensamento, como também a uma organização de ideias e conceitos, métodos de investigação e modos de interpretar os dados. O termo prática, no contexto de disciplina prática, refere-se ao caminho do conhecimento e à organização de fatos, ideias e conceitos relacionados aos elementos da prática. Esse caminho tem a função de explicar e descrever elementos da prática e devolver o conhecimento de forma organizada para fundamentar as ações práticas.

A expressão “ciência prática” é utilizada por filósofos para referirem-se a um sistema filosófico de moderado realismo, ao modo de investigação e a campos do conhecimento associados à organização prática de situações, de coisas (*things*) realizáveis. (OREM, 1991).

A ciência prática da Enfermagem passa por estágios que compreendem o desenvolvimento de diferentes tipos de conhecimento, nos quais se estabelecem os domínios e os limites da disciplina e se reconhece seu próprio objeto.

Orem (1991, p. 89-91) descreve os cinco estágios da seguinte forma:

- Primeiro estágio – descrição, com explanação das propriedades do ser humano (*person*), seus movimentos, mudanças e produção da ação humana – características de situações da prática da Enfermagem. Desse estágio resultam conceitos e teorias sobre o ser humano;
- Segundo estágio – interligado ao primeiro, é o estágio do discernimento e da verificação de variáveis qualitativas e quantitativas sobre as características (*properties*) do ser humano, concomitante a valores específicos como idade, estado de saúde, conhecimento da condição humana, seu desenvolvimento, sua saúde pessoal e seu bem-estar em grupos;
- Terceiro estágio – descrição de exemplos de casos que requerem e recebem cuidado de Enfermagem; podem ser categorizados segundo um ou vários princípios, dando-se ênfase a um ou vários fatores;
- Quarto estágio – síntese de modelos para a prática da Enfermagem, bem como formulação de regras práticas para situações em que o tipo de serviço de Enfermagem (*nurse's service*) é individual, domiciliar ou com famílias, entre outros. Os modelos para a prática da Enfermagem são planejados para a ação da Enfermagem baseados em percepções ou hipóteses. Modelos para a prática identificam: condições que permitam movimentos ou mudanças positivas nas características do paciente, resultados de Enfermagem que podem prover a manutenção da unidade interpessoal com eles e seus significados e o uso de um diagnóstico específico e medidas de cuidado. Existem dois tipos de modelos práticos de Enfermagem: um modelo de sistema ou plano (*design*) global que apresenta fatores, estrutura e ações de Enfermagem envolvidas na produção do sistema de Enfermagem com parâmetros específicos; e um modelo parcial, que apresenta os fatores, a estrutura e as ações de Enfermagem para estabelecer unidades ou partes de unidades;
- Quinto estágio – descrição da população que requer o serviço / assistência de Enfermagem, identificando os tipos e características do cuidado prestado.

Orem (1991) ainda explica que desenvolver ideias e conceitos, normas (*rules*) e teorias que descrevem e explicam os elementos da prática da Enfermagem é essencial, pois explicitam a estrutura da Enfermagem como uma ciência prática, aplicada e aberta para pesquisas.

Já para Meleis (1999, 1997), a Enfermagem é uma disciplina orientada para a prática (*practice-oriented discipline/ praxisorientierte Disziplin*), pois sua missão primária está relacionada à prática. Seus membros querem conhecer como os seres humanos reagem à saúde e à doença para incentivar a promoção à saúde, prestar cuidado, incentivar o cuidado de si, além de desenvolver pesquisas. Como disciplina, a Enfermagem interessa-se pelas experiências humanas e pela relação destas com o processo saúde-doença; assim, entende-se que é, além de uma disciplina prática, uma ciência humanista (*Human Science/ Humanwissenschaft*).

O conceito de que a Enfermagem é uma ciência e disciplina prática é reforçado por Walker e Avant (2005), para quem, por meio da teoria prática, pode-se atingir o objetivo proposto na prática, afirmando que a essência da Enfermagem são os objetivos e as prescrições estabelecidos para a ação.

Tanto os aspectos práticos quanto os aspectos teóricos são pilares fundamentais para a Enfermagem disciplina prática e precisam estar integrados, sendo aceitos como tal para impulsionar a continuidade de estudos e desenvolvimento da mesma.

2.3 OS COMPONENTES DA ESTRUTURA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM

As filosofias, os modelos e teorias de uma disciplina são estruturas teóricas, consideradas os trabalhos teóricos da Enfermagem, os quais têm por função identificar os conceitos centrais da disciplina. Autores como Alligood e Tomey (2006), Walker e Avant (2005), Leddy e Pepper (1993), Riehl e Roy (1980), entre outros, apresentam a estrutura do conhecimento da Enfermagem.

A estrutura hierárquica do conhecimento da Enfermagem contemporânea é abordada por várias autoras enfermeiras, inclusive por Meleis (2007, 1999, 1997), as quais discutem esse assunto de forma contextualizada em vários capítulos, citando e incluindo em suas explanações outros autores, por entender que cada conceito, cada pensamento utilizado no desenvolvimento, na avaliação e na aplicação do conhecimento de Enfermagem, pode ser definido de diferentes formas, sendo influenciado por diferentes aspectos.

As obras de Meleis (2007, 1999, 1997) tratam sobre o desenvolvimento e o progresso teórico da disciplina Enfermagem, enfatizando a jornada, a herança, a epistemologia, sua

estrutura, bem como visões para o futuro. A autora traz a definição e a utilização de vários termos fundamentais para abordar essa temática, os quais nós explicamos com mais detalhes posteriormente, por serem o referencial teórico deste estudo.

A estrutura do conhecimento de Enfermagem proposta por Fawcett (2005, 1998) é formada por componentes que seguem um nível de maior para menor abstração, sendo apresentados da seguinte forma: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, as grandes teorias, as teorias médias e indicadores empíricos.

O metaparadigma é o componente mais abstrato da estrutura do conhecimento e não oferece nenhuma direção para atividades concretas tanto na pesquisa quanto na prática da Enfermagem, mas precisa englobar de forma resumida todos os fenômenos dessa disciplina. É definido como conceitos globais que identificam o fenômeno central de interesse da disciplina, bem como as proposições que descrevem esses conceitos e as que estabelecem a relação entre eles. Em 1978, Fawcett identificou as quatro unidades centrais de Enfermagem, que são: ser humano, ambiente, saúde e Enfermagem, e formalizou esses conceitos como o metaparadigmas da Enfermagem. (FAWCETT, 2005).

Há concordância entre os autores de que na Enfermagem são caracterizados por esses quatro conceitos paradigmáticos citados acima. (NIGHTINGALE, 1859; MELEIS, 1999; FAWCETT, 2005, ALLIGOOD e TOMEY, 2006).

O segundo componente hierárquico da estrutura do conhecimento contemporâneo é a filosofia, que pode ser definida como a declaração que engloba: afirmações ontológicas sobre o fenômeno central de interesse da disciplina, afirmações epistemológicas sobre como o fenômeno vem a ser conhecido e afirmações éticas sobre os valores aceitos pelos membros da disciplina. (FAWCETT, 2005, p. 11). Para Alligood (2006), Nightingale não apresentou uma teoria, mas sua filosofia continha uma teoria implícita que guiava a prática da Enfermagem. Meleis (1999) afirma que as concepções, ou seja, os conceitos e domínios trazidos por Florence, influenciaram outras teorias.

Por meio de seus escritos, as premissas nas quais a profissão deveria basear-se. Com sua visão ampla, focou o cuidado ao paciente, preocupando-se não somente com a prevenção de infecções, mas também com o bem-estar emocional e social do soldado e das enfermeiras que trabalhavam no hospital (NIGHTINGALE, 1989).

Segundo Carraro (2001a, p.8),

a partir da atuação de Florence e da conseqüente instituição da Enfermagem moderna, determinou-se um contraste entre a prática da Enfermagem exercida por pessoas preparadas para tal e a prática anterior. Nightingale, embora de forma empírica e sem consciência desse fato, principalmente no

que se refere às visões atuais, atuou embasada num Modelo de Enfermagem.

Segundo vários autores, a teoria de Enfermagem de Nightingale retrata com ênfase o ambiente do paciente, enfocando três componentes – o físico, o social e o psicológico – que precisam ser entendidos como inter-relacionados e não como partes distintas, pois a limpeza do ambiente físico relaciona-se diretamente à prevenção de doenças e às taxas de morbimortalidade relacionadas ao ambiente social da comunidade e ao ambiente psicológico dos pacientes. Ou seja, ambos, ambiente social e ambiente psicológico, são enormemente influenciados pelo ambiente físico. (GEORGE, 1993). Dorothy Johnson afirma que essa ênfase de Nightingale no relacionamento entre a pessoa e o ambiente onde ela vive, somada à preocupação com as necessidades básicas humanas, originou o desenvolvimento do modelo de sistema comportamental (1992, p. 24).

Além da ênfase no ambiente, Nightingale é reconhecida por sua visão empreendedora, por ter fundado, em 1860, a primeira escola de Enfermagem. Ela acreditava que o estudo desenvolvia tanto o intelecto quanto o caráter e, por isso, uma enfermeira não deveria parar de estudar. (SHUYLER, 1992). Florence via a pessoa de forma integral, considerando os aspectos físico, intelectual, emocional, social e espiritual. Ela cuidava dando ênfase à pessoa doente e não à doença; sobre tais valores e atitudes é que o caminho filosófico da Enfermagem que seguimos até hoje foi construído. (FITZPATRICK, 1992).

Nightingale afirmava que, ao realizar sua função como enfermeira, seja no “uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e seleção adequada, tanto da dieta quanto da maneira de servi-la – tudo” deveria ser realizado “com um mínimo de dispêndio da capacidade vital (*vital power*) do paciente” (1989, p.14; 1859, p. 6).

Segundo Fawcet (2005, 1998) e George (1993), Nightingale não abordou em seus escritos uma terminologia específica de conceitos e teorias, mas seus escritos sobre cuidados de Enfermagem podem ser interpretados como um exemplo em que a realidade da prática é uma fonte, em potencial, de ideias e teorias.

Meleis (1999, 1997) confirma essa interpretação ao escrever que Nightingale refletiu sobre as diferentes funções e atividades de cuidado que as enfermeiras realizaram durante a Guerra da Crimeia nos últimos trinta anos de sua vida, quando se encontrava acamada. Nessa fase, ela teve tempo e recursos para verificar e confrontar observações, ações críticas, analisar a percepção das enfermeiras, chegando, assim, à primeira concepção compreensiva e sistemática sobre Enfermagem. George (1993) refere que, ao descrever o conceito de

Enfermagem, Florence foi a primeira a dar clareza ao propósito dessa disciplina.

O terceiro componente dessa estrutura é o modelo conceitual (*conceptual model / konzeptuelle Modelle*), definido como um conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais, que identificam o fenômeno central de interesse da disciplina, as proposições que descrevem esses conceitos amplamente e as proposições que identificam relativamente as abstrações e as relações gerais entre dois ou mais conceitos. Para Fawcett (2005), segundo Kalideen e Lachman, o termo modelo conceitual é sinônimo de termos como estrutura conceitual, sistema conceitual, paradigma ou disciplina matriz.

O próximo componente da estrutura é a teoria, definida como uma ou mais conceituações relativamente concretas e específicas, derivada de um modelo conceitual e de suas proposições, com afirmações concretas e relações específicas entre dois ou mais conceitos. (FAWCETT, 2005).

Apesar dos diferentes termos utilizados para nomear teorias, a referida autora focaliza seus estudos em grandes e médias teorias. Grandes teorias têm um escopo amplo, apresentando conceitos e proposições quase tão abstratos quanto um modelo conceitual. Já as teorias médias têm um escopo mais limitado, apresentando um número reduzido de conceitos e proposições, escritos num nível mais específico e concreto. Vale ressaltar que ambas teorias – grandes e médias – sempre resultarão de um modelo conceitual. (FAWCETT, 2005; ALLIGOOD, 2006). Uma das funções das teorias é limitar e especificar o fenômeno contido num modelo conceitual; outra, é prover a estrutura concreta e específica para interpretações iniciais de termos confusos, como relacionamentos, situações e eventos.

Além de estudar esse assunto, Meleis também desenvolveu, entre outras, uma teoria de médio porte sobre transição. (MELEIS, SAWYER, IM *et al.*, 2000). Esse estudo reflete a diversidade cultural e a transição vivenciada por populações vulneráveis, incluindo afroamericanos (*African Americans*), imigrantes brasileiros e coreanos. Para Meleis, Sawyer, Im *et al.* (2000), as teorias providenciam estruturas para entendermos situações complexas.

Assim como Fawcett, Meleis (1999, 1997) também descreve esses dois tipos de teorias e acrescenta à sua classificação, como último componente, a teoria de situações-específicas. Esta focaliza um fenômeno específico da Enfermagem, refletindo a prática, mas limitando-se a uma população específica ou uma especialidade da prática (*particular field of practice*). Meleis refere que Merton (1968), um sociólogo, foi o mentor das teorias de médio porte, bem como da teoria das situações específicas, que na Enfermagem recebeu por Jacox (1974) a denominação teoria prática.

Meleis (2007) exemplifica esses tipos de teoria com a Teoria Média da Transição

(MELEIS, SAWYER, IM *et al.*, 2000), que inspirou a criação da teoria de situação-específica da Transição da Menopausa, descrita por Im e Meleis (1999).

Para Fawcett (2005), o quinto e último componente da estrutura do conhecimento da Enfermagem contemporânea são os indicadores empíricos, definidos como instrumento atual, uma condição experimental ou um procedimento usado para observar ou mensurar conceitos de teorias de médio porte. A Enfermagem tem desenvolvido uma pletera de indicadores empíricos em forma de instrumentos de pesquisa e da prática. Assim, pode-se afirmar que a informação obtida a partir de um indicador empírico pode ser considerada uma típica coleta de dados. No idioma alemão temos a palavra *Platzhalt*, que significa “marcador”. Segundo a autora, indicadores empíricos são condições experimentais ou procedimentos que orientam o profissional quanto às atividades a serem realizadas.

Fica evidente que o estudo das teorias é essencial e sua utilização na prática promove a base do conhecimento da Enfermagem como uma estrutura que guia as ações da profissão. É importante enfatizar que o desenvolvimento de modelos e teorias deve estar embasado no pensamento crítico, favorecendo a evolução da disciplina e, conseqüentemente, da profissão. Kuhn (2007) já dizia em 1962 que o estudo de modelos ou paradigmas de uma disciplina prepara os estudantes, bem como os membros de uma comunidade científica, ou seja, os profissionais, para a prática.

Para Meleis (1999, 1997), as teorias de Enfermagem deixam transparecer diferentes realidades. Mediante seu desenvolvimento, elas refletem os interesses da Enfermagem à época, o ambiente sociocultural, a experiência educacional e a vivência da teórica. Para essa autora, sempre que houver concepção de ideias ou quando suposições forem reelaboradas e conceitos forem interligados para facilitar a descrição, a explicação e a prescrição, se essas afirmações forem comunicadas e aplicadas em diferentes situações, teremos o nascimento de uma teoria.

2.4 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Conceituar o termo modelo pode parecer desnecessário, pois quando se ouve essa palavra, imediatamente nos vêm à mente algo utilizado para dar forma, independentemente se esse algo é objetivo ou subjetivo. Ou seja, podemos nos referir ao modelo de um objeto qualquer, a um modelo utilizado na relação interpessoal ou na comunicação, por exemplo.

Essa ideia, entretanto, não é senso comum e também não representa todo o conhecimento existente sobre o que possa ser um modelo, ainda mais por se tratar especificamente de um modelo de cuidado de Enfermagem. Assim, cabe trazer à baila alguns conceitos apresentados na literatura, começando por um dicionário. Segundo Ferreira (2004), modelo é aquilo que serve de exemplo ou norma; e o verbo que desse termo deriva – modelar – significa delinear intelectualmente, traçar.

Na explanação de Turato (2003, p. 195), a palavra modelo é peça chave para a compreensão do conceito paradigma, uma vez que, advindo do latim *paradigma* e do grego *paradeigma*, o termo quer dizer “um exemplo servindo como modelo”.

Aqui, ao utilizarmos o termo modelo, nos referimos a determinada forma de organizar o cuidado. Contudo, isso não significa “que seja a única ou a mais importante maneira de cuidar, haja vista a diversidade de saberes, práticas e culturas que compõem a realidade”, conforme diz Pires (2005, p. 733).

Ao estudarmos a literatura da Enfermagem, encontramos várias definições para o termo modelo. Por essa razão as expressões “modelo de cuidado”, “modelo de Enfermagem”, “estrutura ou marco conceitual” e “teorias de Enfermagem” têm sido usados deliberadamente em publicações, conferências ou mesmo conversas, gerando confusão, sendo usadas de diferentes maneiras e com significados variados.

De acordo com estudos realizados pelo governo de Queensland, Austrália, embora profundas pesquisas literárias tenham sido feitas, nenhuma definição consistente sobre “modelo de cuidado” foi encontrada. Essa instituição de saúde entende que modelo de cuidado é um conceito (*concept*) multifacetado, que define de forma generalizada o caminho do serviço de saúde a ser prestado, podendo ser aplicado em serviços de saúde prestados numa unidade, divisão ou num distrito. (QUEENSLAND HEALTH GOVERNMENT, 2000).

Em outro estudo realizado recentemente, os autores confirmam essa ambiguidade nas definições e procuram distinguir modelo de Enfermagem de modelo de cuidado. Para eles, um modelo de Enfermagem pertence somente ao domínio e prática da Enfermagem; um modelo de cuidado, por outro lado, descreve a prestação de cuidado à saúde num contexto mais amplo do sistema de saúde. (DAVIDSON, HALCOMB, HICKMAN *et al.*, 2006).

Percebe-se que o conceito de modelo de cuidado dos autores internacionais referidos está muito próximo do conceito de modelo de saúde ou modelos tecnoassistenciais utilizados no Brasil. Entendemos esse termo como um modo de combinar técnicas e tecnologias para organizar a denominada rede básica, viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde. (FEUERWERKER, 2005; AYRES, 2004; CARVALHO E CAMPOS, 2000;

CECÍLIO, 1997).

Nóbrega e Barros (2001, p. 77) também comentam a falta de uniformidade da linguagem específica de Enfermagem para definir modelo e afirmam que modelos de Enfermagem “são construídos por um conjunto de conceitos ou ideias, oriundas de teorias ou da prática das enfermeiras, que estabelecem uma estrutura para guiar a prática de Enfermagem”.

Para essas autoras, um modelo deve “incluir os quatro conceitos básicos de Enfermagem: cliente, ambiente, Enfermagem e saúde e que, para ser colocado em prática de forma sistematizada, o modelo precisa de um método que se apoie nos fundamentos do método científico ou de resolução de problemas”. Elas entendem que “modelo de Enfermagem é uma estrutura de ideias que guia a prática assistencial e deve refletir essa prática”. (NÓBREGA e BARROS, 2001, p. 77; 79).

A base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) traz como descritor a expressão “modelo de Enfermagem”, conceituado como “modelos teóricos que simulam o comportamento ou as atividades da Enfermagem, inclusive os cuidados de Enfermagem, administração e economia, teoria, avaliação, pesquisa e educação. Alguns exemplos desses modelos incluem o de Auto-Cuidado de Orem, o de Adaptação de Roy, e o do Processo de Vida de Rogers”. Outro termo encontrado como descritor e que vale ser citado por estar muito próximo da temática desse estudo é “teoria de Enfermagem”, conceituada como “conceitos, definições e proposições aplicados ao estudo de vários fenômenos pertencentes à Enfermagem e à pesquisa na Enfermagem”.

Para Carraro (2005, p. 153-4), os profissionais de Enfermagem agem de acordo com um método, seguem um modelo, desempenham suas atividades seguindo determinado modo. O “método, ou modelo, ou modo de que lançamos mão visa organizar e direcionar nosso desempenho; [...] a sistematização do cuidado embasada cientificamente leva-nos ao fazer reflexivo, a estar sempre buscando a melhoria do cuidado prestado”.

Ao descrever sua proposta de cuidado, Carraro (1994) utilizou os termos assistência, prática assistencial e metodologia da assistência, que, segundo ela, proporcionam, “além de ‘estar com’ o ser humano e sua família, a atuação junto às equipes de saúde da Unidade de Internação Cirúrgica e Centro Cirúrgico, e ainda da Comissão de Controle de Infecção [...]. O ‘estar com’ engloba, além da assistência direta, o diálogo e o seu envolvimento no planejamento e desenvolvimento de ações no transcorrer da trajetória” (p. 32-33).

Segundo Carraro (2001a), a metodologia da assistência de Enfermagem deveria estar embasada numa teoria e num marco conceitual, proporcionando as evidências necessárias

para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de problemas e direcionar as atividades de cada integrante da equipe de Enfermagem, além de ser um método de registro dessas atividades.

Alguns dados históricos trazidos por Silva e Neves-Arruda (1993, p. 84) colaboram com esse entendimento. Segundo as autoras, na área de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina “o estudo de Teorias de Enfermagem e Fundamentos Teóricos da Assistência de Enfermagem, bem como os termos marco referencial ou marco de referência” foram introduzidos no início dos anos 80, sendo utilizados pelos alunos dos cursos de pós-graduação e, posteriormente, pelos de graduação. As autoras ainda afirmam que “o marco de referência tem sido desenvolvido, em nossa prática, para utilização em situação específica, apresentando dentre seus componentes o detalhamento do processo de Enfermagem e das tecnologias a serem usadas, incluindo parâmetros para coleta de dados, diagnósticos, planos de estratégia, forma de intervenção e critérios de avaliação” (p. 85-6).

Segundo as autoras, o marco de referência – que “possui nível de abstração de menor complexidade do que os marcos conceituais / teorias no que se refere ao processo de construção teórico-conceitual [...] – tem a finalidade de demarcar o conhecimento em que se apoia, servindo como base para as ações de Enfermagem”. (SILVA E NEVES-ARRUDA, 1993, p. 85).

Carraro (1994) utilizou esse referencial influenciada pela linha de pesquisa na qual desenvolveu seus estudos e pesquisas, uma vez que a proposta foi desenvolvida durante sua qualificação no mestrado realizado na UFSC. Atualmente, essa autora desenvolve seus projetos com base no referencial do cuidado e conforto e utiliza o termo cuidado em seus escritos.

Nós, profissionais de Enfermagem, entendemos a utilização de diferentes termos, pois convivemos com essa questão semântica há muito tempo. Ao analisarmos a tradução para o português do livro “Notas sobre Enfermagem” (NIGHTINGALE, 1989), observamos que nas páginas 13 e 24, por exemplo, é utilizado o termo “assistência”. Na versão original, “Notes on Nursing: what it is, and what it is not” (1859), o termo utilizado é *care*. Nas páginas 21 e 25 o termo *nursing* também é traduzido para “assistência” na versão em português. Apenas o termo *nurse* (página 23 da versão original) é traduzido para o português como “cuidar” (p. 49).

Mesmo utilizando o termo “assistência”, entendemos que a Proposta de Cuidado de Carraro (1994) atende às expectativas do significado do termo cuidado utilizado por Neves (2002) – enfermeira brasileira, estudiosa, pesquisadora e professora, uma das fundadoras do grupo de pesquisa “Cuidando e Confortando” na Universidade Federal de Santa Catarina,

atualmente coordenado por Carraro.

Para Neves (2002, p. 82), o cuidado em Enfermagem envolve múltiplas dimensões de natureza empírica, ética, estética e pessoal, e “inclui a execução de procedimentos técnicos aliados à expressão de atitudes condizentes com princípios humanísticos, dentre os quais a manutenção do respeito, dignidade e responsabilidade entre os seres envolvidos na ‘relação cuidado’, sem o que tais ações poderiam ser entendidas como descuidar”.

Waldow (1998) faz um estudo sobre os termos cuidado e assistência na Enfermagem e, como conclusões, aponta que “as participantes, em geral, significaram cuidar e assistir como sinônimos” (p. 20), recomendando que “este assunto seja mais amplamente discutido a nível das [sic] escolas de Enfermagem” (p. 29). Concordo com Prado e Reibnitz (2004, p. 114), ao afirmarem que “o cuidado terapêutico como ação da Enfermagem, como prática assistencial da Enfermagem, tem passado por transformações [...] e precisamos refletir acerca da finalidade do cuidado de Enfermagem”.

Segundo Costenaro e Lacerda (2002, p. 47),

a Enfermagem é uma profissão que vem conquistando seu espaço e reconhecimento junto à sociedade e entre as demais profissões da área da saúde. Sua prática, atualmente, tem como base a ciência, a informação e a pesquisa, o que tem induzido a reflexões sobre diversas formas de atuação do enfermeiro nos vários níveis e áreas de atenção à saúde.

A obra de Meleis (1999) no idioma alemão traz os termos *Betreuung und Versorgung*, ambos, segundo Irmen (1982), podem ser traduzidos como cuidado; na obra de 1997, no idioma inglês, Meleis utiliza o termo *caring*, afirmando que o cuidado é o centro, a alma (*o core, das Herzstück*) da prática da Enfermagem. Para ela, a arte da Enfermagem e seu aspecto de cuidado e conforto exigem tempo, energia e habilidades que não estão sendo reconhecidas de forma apropriada nas atuais políticas.

Como enfermeiros, entendemos claramente as situações acima referidas. Somos seres humanos que cuidam e também precisam ser cuidados, por isso defendemos um cuidado humano, integral, complexo e contextualizado. Consciente ou inconscientemente, todos nós, profissionais, utilizamos um modelo que guia nossos objetivos bem como os métodos para alcançá-los, indicando nossos valores e metas de cuidado.

Concordamos com Carvalho e Campos (2000) ao afirmarem que, mesmo utilizando um modelo já definido, o enfoque deve permanecer no ser humano e em suas necessidades, resgatando-o como sujeito da mudança.

Baseadas e inspiradas em leituras nacionais e internacionais, bem como pela experiência e vivência, entendemos que modelo de cuidado de Enfermagem é um conjunto

teórico formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem e por pressupostos baseados em teorias, cuja função é guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações, representado num diagrama.

Entendemos que o modelo de cuidado de Enfermagem tem uma fundamentação filosófica e está sustentado por uma estrutura teórica formada por pressupostos inter-relacionados com os quatro conceitos básicos: Enfermagem, meio ambiente / sociedade, ser humano e saúde/doença. Apresenta uma metodologia de cuidado na qual as ações de Enfermagem estão apontadas. O modelo de cuidado tem a função de nortear o processo de cuidado de Enfermagem para uma situação de cuidado. Além dos quatro conceitos básicos utilizados na Enfermagem, um modelo de cuidado de Enfermagem também pode trazer outros conceitos que se façam necessários em sua concepção.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do conhecimento por meio da pesquisa está fundamentada no emprego de referenciais teóricos e metodológicos que norteiam todas as fases do estudo. O referencial teórico permeia todo o conteúdo do estudo, desde seu planejamento até a conclusão, e os resultados são confrontados com o referencial adotado. (MERIGHI e PRAÇA, 2003).

Várias buscas realizadas em livros, periódicos, bancos de dados e sites demonstraram a inexistência de um modelo brasileiro para avaliar modelos teóricos de Enfermagem. No entanto, foram encontrados os modelos de avaliação descritos por enfermeiras norte-americanas, dentre os quais destacamos o modelo de Meleis (2007, 1999, 1997), pelo qual optamos nesse estudo porque em um de seus estudos (2003) e em um e-mail (Anexo 1) a autora faz referência ao termo modelo de cuidado – *model of care*. Afaf Meleis referiu que se trata de “uma estrutura que guia a prática do cuidado de Enfermagem”, não trazendo maiores especificações ou detalhamentos a respeito, o que consideramos, no mínimo, uma aproximação terminológica com a temática deste estudo. Além desse motivo, a flexibilidade e a contextualização com que Meleis apresenta suas ideias e conhecimentos também foram decisórias para a escolha.

Assim, optamos por utilizar os pensamentos da estudiosa e teórica de Enfermagem Afaf Ibrahim Meleis e seu Modelo de Avaliação de Teorias (2007, 1999, 1997) como referencial teórico-metodológico para guiar e orientar este estudo. O modelo de avaliação de teorias de Meleis (2007, 1999, 1997) se apresenta minucioso e detalhado, englobando cinco etapas: a descrição, a análise, a crítica, o teste e o suporte. Esse modelo de avaliação de teorias está baseado filosoficamente mais em uma visão histórica de ciência do que em uma visão empírica.

A Doutora Afaf Ibrahim Meleis, nativa do Egito, graduou-se em Enfermagem em 1961 na Universidade de Alexandria, tendo recebido menção *Magna Cum Laude*. No ano de 1964, obteve o título de Mestre em Enfermagem e em 1966, em Sociologia. Em 1968, concluiu o Doutorado em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia. Atualmente ela atua como Diretora da Faculdade de Enfermagem na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, além de coordenar projetos internacionais de pesquisa e ação social, enfocando a saúde da mulher imigrante.

Suas obras deixam evidente que seus escritos e estudos objetivam estimular profissionais de Enfermagem a alcançar um nível de pensamento teórico crescente e fomentar

o desenvolvimento teórico dessa disciplina, para que a população receba um cuidado embasado no conhecimento teórico-científico (MELEIS, 2007, 1999, 1997). Inteirando-nos do modelo de avaliação de teorias de Meleis, entendemos que o estudo de teorias, modelos, referenciais, conceitos e demais estruturas do conhecimento na ciência e disciplina Enfermagem, não são uma função apenas das teóricas de Enfermagem, mas também do enfermeiro assistencial e administrativo, do enfermeiro consultor e gestor, bem como do docente, pesquisador ou cientista. Todos precisam estar engajados e comprometidos com esse processo de grande importância. Porém, é preciso admitir que poucos reconhecem tal fato e se engajam para esse fim.

Para compreendermos o processo de avaliação de teorias, descrevemos a seguir as definições fundamentais que essa estudiosa traz, por meio de uma tradução livre, uma vez que Meleis ainda não foi traduzida para o português. Assim, não tomamos posição quanto aos termos utilizados pela autora, pois entendemos que isso poderia confundir o raciocínio e a compreensão do leitor. Antes, optamos por discutir os termos que se fizerem necessários no capítulo da análise dos resultados.

3.1 DEFINIÇÕES

Meleis (1999, 1997) refere que cada conceito aplicado no desenvolvimento, avaliação e aplicação de uma teoria pode ser definido de várias formas e suas definições têm grande influência na base feminista proposta por Bleier (1990) e no Interacionismo Simbólico, baseado em Mead (1934). A referida autora entende que as definições são limitadas, tanto na profundidade como na abrangência, mas seu objetivo é que elas sirvam de norte para aprimoramento, refinamento e extensão da teoria.

Dessa forma, optamos por apresentar as definições dessa estudiosa de forma clara e objetiva na ordem em que são apresentadas em sua obra, facilitando a compreensão e a análise.

Definição de Filosofia

Filosofia é uma disciplina por si só, e todas as disciplinas podem recorrer a determinados fundamentos filosóficos direcionando-os aos próprios objetivos. A filosofia

ocupa-se com os valores e as crenças de uma disciplina, bem como as de seus integrantes; mas os valores e crenças de um indivíduo podem estar ou não em concordância com os valores e crenças da disciplina. A filosofia oferece a estrutura (*framework*) ou a moldura (*Rahmen*) na qual os questionamentos ontológicos e epistemológicos feitos sobre os valores fundamentais, proposições (*assumptions / Annahmen*), conceitos, pressupostos e ações de uma disciplina se enquadram. A filosofia de uma ciência trata de valores que determinam o desenvolvimento científico e a justificativa de uma disciplina, auxiliando nas definições e questionamentos de prioridades e objetivos. Inquirições filosóficas contribuem para que os estudiosos de uma disciplina descubram os temas prioritários e relacionados entre si, analisando-os novamente e comparando-os, por meio de prioridades sociais e humanísticas. (MELEIS, 1999, 1997).

Definição de Ciência

Ciência é uma síntese de conhecimento sobre um fenômeno, fundamentado em evidências reconhecidas publicamente. A ciência ocupa-se com questões da disciplina e busca respostas às questões centrais. Essas respostas representam o conhecimento baseado em resultados obtidos mediante diferentes modelos (*design / Arten*) e abordagens metodológicas. Essas respostas também são as sementes (*seeds / Samenkörner*), a partir das quais a ciência se origina e desenvolve. (MELEIS, 1999, 1997).

Definição de Paradigma

Para Meleis (1999, 1997), o paradigma está associado à definição que Thomas Kuhn (1970): “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. (KUHN, 2005, p. 13).

Definição de Disciplina

Meleis (1999, 1997) traz o conceito de que a disciplina é um ramo de conhecimento, um ramo de instrução, um treinamento que objetiva o desenvolvimento de determinado caráter ou exemplo, padrão de comportamento. Uma disciplina abrange um grupo de regras ou métodos que definem a prática. A disciplina é uma perspectiva única, um caminho distinto para examinar e observar todos os fenômenos.

A disciplina Enfermagem abrange o conteúdo e os processos relacionados com todas as funções que desempenha, incluindo a administração, o ensino, a política, a prática do

cuidado e a consultoria. A disciplina abrange ainda as teorias utilizadas para descrever, explicar e prever fenômenos, bem como pesquisas de outras disciplinas necessárias para dar continuidade ao desenvolvimento e crescimento da mesma. (MELEIS, 1999, 1997).

Definição de Domínio

É a perspectiva e o território da disciplina, é o âmbito de uma arte ou ciência. Ele abrange o assunto de uma disciplina, os valores e crenças relevantes, os conceitos centrais, o fenômeno de interesse, os problemas centrais e os métodos utilizados para responder às questões na disciplina. O domínio inclui os participantes, os atores e os autores que auxiliam a realizar e responder às questões de uma disciplina. Os autores do domínio na Enfermagem são enfermeiros da prática, pesquisadores, teóricos, metateóricos, filósofos, professores, consultores e profissionais que, além do conhecimento específico, dominam os princípios éticos (*ethicists / Ethikerinnen*). Meleis (1999; 1997, p. 102) refere que o domínio da Enfermagem é formado pelo conhecimento de outras disciplinas que se agruparam, influenciando a pesquisa, o conhecimento, a teoria, a prática (*Practice / Praxis*), o desenvolvimento educacional (*teaching / Ausbildung*), a consultoria / orientação (*Consultation / Beratung*) e a administração / gerenciamento (*Administration / Verwaltung*) da disciplina Enfermagem.

Definição de Fenômeno

Um fenômeno é um aspecto da realidade que pode ser sentido conscientemente ou vivenciado. Numa disciplina, fenômenos são os aspectos que refletem os domínios e o âmbito, a esfera, o alcance de uma disciplina. Fenômeno é o termo, a descrição ou o desenho de um acontecimento, uma situação, um processo, ou um conjunto de acontecimentos ou situações. Um fenômeno pode estar delimitado no tempo e no espaço, ou seja, temporal e geograficamente. Fenômenos podem ser descritos com base em vivências que resultam de experiências dos sentidos (visão, audição, paladar, tato, olfato) ou com base na conexão de fatos. (MELEIS, 1999, 1997).

Definição de Pressupostos

Pressupostos (*Assumptions / Annahmen*), pressuposições ou suposições podem ser usados como sinônimos e são declarações (*statement / Aussagen*), verificações, identificações, constatações, observações ou afirmações, que descrevem conceitos teóricos ou fazem a conexão de dois conceitos baseados em fatos, aceitos como verdadeiros, que representam

crenças, valores ou objetivos. Essas afirmações representam o fio (*thread / Faden*) que une diferentes aspectos do conhecimento. Suposições são afirmações confiáveis, seguras, garantidas, assumidas como certas (*taken-for-granted*), de teorias, de conceitos ou pesquisas. Quando pressuposições são provadas, elas se tornam proposições, afirmações. Pressuposições emanam de filosofia, podendo ou não representar uma parte das crenças da disciplina e/ou as crenças dos participantes da disciplina. (MELEIS, 1999, 1997).

Na Enfermagem encontramos pressuposições sobre a própria disciplina, comportamento humano, vida, morte, saúde e doença. Pressuposições explícitas são reconhecidas pela autora da teoria como sendo de sua autoria; já as suposições implícitas estão subentendidas na descrição da autora. (MELEIS, 1999, p. 400).

Definição de Conceito

Conceito (*concept / Begriff*) é o termo utilizado por Meleis para descrever um fenômeno ou um grupo de fenômenos. Representa uma classificação ou categorização. Um conceito fornece um resumo, uma denominação precisa, das ideias relacionadas ao fenômeno. A denominação (*Labeling / Etikettierung*) ou descrição de um conceito pode facilitar sua análise e desenvolvimento. (MELEIS, 1999, 1997). O desenvolvimento de um conceito passa por vários processos: a definição, a diferenciação, a delimitação de antecedentes e consequências, modelação (*modeling / Modellhaftes Nachbilden*), a criação de analogias e o processo de sintetização. Para Meleis a definição de um conceito deve ser realizada com cuidado, pois definições prematuras podem resultar no aprofundamento de literaturas que não têm relação com o conceito, ou seja, “*defining depends on the label given to the phenomenon*” (1997, p. 217).

Exemplificando, podemos observar a avaliação que Meleis (1999, p. 597-599) faz sobre a teoria de Levine, na qual Meleis demonstra claramente que cada conceito tem sua definição, fato que também pode ser observado na avaliação da teoria de Johnson (MELEIS, 2007, p. 281-282), entre outras.

Outro termo utilizado é a definição operacional, ou seja, *operational definition*, entendendo que se trata de uma definição operacional quando um conceito de Enfermagem tem um vínculo com a prática e precisa estar relacionado com a realidade, senão essa definição não é útil para a Enfermagem. (MELEIS, 1999, p. 349).

Definição de Proposições

Proposições (*Propositions / Behauptungen*) são declarações sobre a realidade e a sua

natureza; as proposições descrevem relações entre eventos, situações ou ações e podem evoluir para descrever a propriedade de um conceito. (MELEIS, 1999, p. 351).

Definição de Declarações

Segundo Meleis (1999, p. 351), para muitas teóricas, o desenvolvimento de determinados conceitos pode ser o resultado final de seu trabalho teórico, porém para outras, esse desenvolvimento de um conceito pode acontecer em um estágio intermediário, necessitando de complementos ou estudos para seu aprimoramento. Dessa forma, muitos conceitos são desenvolvidos por meio de diferentes declarações (*statement / Aussagen*) que explicam o fenômeno estudado, podendo unir os conceitos. Assim as declarações são desenvolvidas para descrever, explicar, prescrever ou prever.

Definição de Teoria

Teoria é a articulação organizada, coerente e sistemática de um grupo de afirmações, relacionadas às perguntas significativas de uma disciplina, comunicadas, compartilhadas num conjunto, num todo significativo. É uma representação, uma descrição simbólica dos aspectos da realidade descobertos ou inventados (*invented / erfunden*), para a descrição, explicação, previsão e predição de reações, eventos, situações, condições ou relações. As teorias contêm conceitos teóricos relacionados com os fenômenos da disciplina e esses conceitos estão correlacionados para formar as proposições, ou seja, as afirmações ou as declarações teóricas. (MELEIS, 1999, 1997).

Definição de Teoria de Enfermagem

O desenvolvimento da teoria de Enfermagem implica concepção de ideias, ou seja, “conceptualização”*. Assim, é definida como o ato de conceber, de compreender alguns aspectos da realidade da disciplina, agrupados e comunicados com o objetivo de descrever fenômenos, explicar a relação entre fenômenos, prever consequências e prescrever cuidado. Teorias de Enfermagem são reservatórios (*reservoirs / Sammelbecken*) nos quais são acumulados conceitos relacionados à Enfermagem, como conforto, reconstituição da integralidade do ser (*healing / Heilung*), restabelecimento, convalescença, repouso, cuidado, habilidade, fadiga e cuidado familiar. As teorias também são reservatórios para as respostas

* Conceptualização não está no vocabulário da língua portuguesa; o termo mais próximo é *concepção* *sf* (*lat conceptione*) **1** Ato de conceber ou ser concebido. **2** Geração. **3** Faculdade de compreender as coisas; percepção. (FERREIRA, 2004).

de fenômenos importantes. (MELEIS, 1999, p. 43).

Segundo Meleis (2007; 1997, p. 19), os “componentes de uma teoria são os pressupostos, os conceitos, as descrições narrativas, as proposições e os exemplos práticos”. Teorias podem ser utilizadas como estrutura conceitual quando conceitos de diferentes teorias são agrupados para formar um novo inteiro (*new whole / neues Ganzes*). As teorias podem ser usadas como estrutura teórica quando seus conceitos ganham novas definições ou são agrupados com outra teoria, para criar-se uma nova estrutura a ser testada. Uma teoria também pode ser utilizada como modelo conceitual quando é um protótipo, por possuir características de modelo ou estrutura. (MELEIS, 1999, p. 47).

Meleis (2007, p. 41) assume a posição de que as conceituações de Enfermagem são teorias, porque podem ser utilizadas para descrever e explicar diferentes aspectos do cuidado. Não são modelos que competem, mas teorias que contribuem na conceituação de diferentes aspectos, componentes ou conceitos para o domínio e refletem diferentes realidades e aspectos da disciplina.

Meleis (2007, p. 43) refere que, para alcançar seu objetivo, que é cuidar para que o ser humano tenha saúde, a disciplina Enfermagem precisa ter teorias que descrevam os fenômenos, expliquem a relação entre eles, provenham estruturas de intervenção e prescrevam resultados. Segundo a autora, as teorias podem ser classificadas segundo seu nível de abstração da seguinte forma:

- Teorias de Grande Porte são construções sistemáticas sobre a natureza da Enfermagem, descrevendo sua missão e os objetivos do cuidado; são construídas a partir de sínteses de experiências, observações, *insights* e resultados de pesquisas. Elas refletem um amplo escopo, e fazem a relação entre vários conceitos abstratos, apresentam um alto nível de abstração e não podem ser testadas na sua totalidade, mas sim suas proposições. Exemplificando, podemos citar a teoria de Roger e de King.
- Teorias de Médio Porte têm um escopo mais limitado, são menos abstratas, estão direcionadas para um fenômeno ou conceito mais específico e refletem a prática administrativa, clínica ou educacional. Os fenômenos ou os conceitos abrangem diferentes campos da Enfermagem e refletem uma variedade de situações de cuidado, podendo ser testados na pesquisa e operacionalizados na prática. Como exemplo de fenômenos ou conceitos, podemos citar: conforto, suporte social, qualidade de vida, insegurança, incontinência, sintomas desagradáveis, entre outros.

- Teorias de Situação-Específica têm como foco uma situação específica de Enfermagem que reflete a prática e restringem-se a uma população, específica ou a uma área ou campo de atuação específico. Esse tipo de teoria surgiu de um contexto social e histórico, e não foi desenvolvido para transcender ao tempo ou às estruturas sociais e políticas, por isso seu escopo e suas perguntas são limitados. Na Enfermagem também são denominadas de teorias práticas, porém Meleis (2007, p. 226) refere-se a elas como teoria de situação-específica.

As teorias de situação-específica podem ser desenvolvidas a partir de outras teorias ou podem emergir de descobertas de pesquisa ou mesmo da prática, tendo o objetivo de desenvolver uma estrutura ou orientação para se compreender a situação particular de um grupo de clientes. (MELEIS, 2007).

Esse tipo de teoria apresenta algumas propriedades. A primeira é o baixo nível de abstração, justificado pela necessidade de a Enfermagem focar fenômenos específicos que emergem na prática. Assim, essas teorias são desenvolvidas para responder a um conjunto de questões coerentes a respeito de situações limitadas em âmbito e enfoque. Como exemplo, Im e Meleis (1999, p. 18) citam a “teoria de situação específica de transição da menopausa de imigrante coreanas”, limitada especificamente para esse fenômeno.

Outra propriedade é a especificidade do fenômeno de Enfermagem, também voltada para um campo específico da prática. Tais teorias são limitadas a desenvolver uma compreensão de populações específicas e fornecem uma estrutura ou orientação para a ação. Uma das propriedades essenciais é seu contexto, que pode ser social, cultural e histórico, contudo sua amplitude e as questões estimuladas por elas são limitadas a situações ou populações específicas. (MELEIS, 2007; IM e MELEIS, 1999).

As teorias de situação-específica têm ainda a propriedade de fazer conexão com teoria, pesquisa e prática. Os fenômenos ou os conceitos dessas teorias, todavia, tendem a não transcender e atravessar diferentes campos da Enfermagem, mas fornecem uma orientação ou estrutura mais operacional e acessível em situações clínicas.

A última propriedade desse tipo de teoria é que ela respeita diversidades e limita generalizações, pois há um aumento nas diversidades e no multiculturalismo que começa a afetar e influenciar também as questões clínicas. As teorias de grande e médio alcance tendem a promover a generalização e a universalização, porém, de acordo com Meleis (2007), estudiosos de Enfermagem estão enfatizando as diversidades e as visões relativistas dos fenômenos de Enfermagem. Dessa forma, as teorias de situação específica são propostas para

desenvolver generalizações limitadas por natureza, que permitam chegar a diversas respostas.

Segundo Meleis (2007) e Im e Meleis (1999), as teorias de situação específica devem refletir uma perspectiva de Enfermagem incluindo um enfoque na saúde, cuidado, holismo, subjetividade dos clientes, uma abordagem dialógica e experiências vivenciadas. A metodologia utilizada para desenvolver essas teorias pode ser tanto por meio de experiências clínicas como por delineamentos de pesquisa qualitativa com colaboração multidisciplinar tanto nacional quanto internacional. As autoras referem também que quanto ao esquema conceitual, as intuições iniciais e esquemas conceituais podem ser incorporados para o desenvolvimento desse tipo de teoria, tendo o objetivo de descrever, explicar e compreender fenômenos específicos limitados a populações específicas ou a campos particulares.

Segundo Meleis (2007, 1999, 1997), as teorias também podem ser classificadas segundo seus objetivos, podendo ser teorias descritivas e prescritivas.

- Teorias Descritivas (*descriptive / beschreibende*) descrevem um fenômeno, um evento, uma situação ou uma relação, identificam propriedades e componentes e algumas circunstâncias nas quais esses ocorrem. Apesar de a teoria descritiva apresentar o elemento da predição, que seria predizer quando um fenômeno pode ou não surgir, sua contribuição para o conhecimento está principalmente na classificação de observações e significados dos fenômenos. Além de descrever fenômenos, essas teorias fazem especulações sobre o motivo de tais fenômenos surgirem e descrevem suas consequências. Dessa forma, elas são teorias completas com um grande potencial de guiar pesquisas, pois têm a função de explicar, relacionar e predizer.

Esse tipo de teoria não tem orientação para a prática e não tem o objetivo de produzir uma situação. Sua estrutura inclui a condição ou estado do paciente, padrões de respostas para condições, situações ou eventos, análise do contexto de condições e respostas e análise de contextos que promovem ou inibem. Foram desenvolvidas para o entendimento e para a explicação de processo de saúde e doença no ser humano, sendo também chamadas de teorias puras ou básicas. (MELEIS, 1999).

As teorias descritivas podem ser de dois tipos: as chamadas Teorias Classificadoras (*labeling theory / benennende Theory*), que descrevem as propriedades e dimensões de um fenômeno, e as Teorias Explicativas, que descrevem e explicam a natureza de certos fenômenos em relação a outros fenômenos. (MELEIS, 1999).

Entre os exemplos de teorias descritivas estão processo de vida, interação ser humano-ambiente, diagnóstico, descrição de alterações no processo de vida e terapêuticas clínicas.

- Teorias Prescritivas estão voltadas para as terapêuticas de Enfermagem e para as consequências das intervenções. São compostas por declarações que reivindicam mudanças e predizem as consequências de determinadas estratégias da intervenção de Enfermagem. Uma teoria prescritiva objetiva designar a prescrição e seus componentes, o tipo de cliente para quem a prescrição foi direcionada, às condições em que a prescrição pode acontecer e seus resultados. Esse tipo de teoria articula as condições no processo de vida, na relação ser humano-ambiente e no estado de saúde que precisam de determinada intervenção, bem como o resultado sobre o processo de vida do cliente seu estado de saúde e sua interação com o ambiente, que também está focado nessas prescrições.

Pode-se dizer que as teorias que foram desenvolvidas com o objetivo de controlar, promover e mudar a prática de Enfermagem são teorias prescritivas ou práticas.

A estrutura de teorias prescritivas ou teorias práticas de Enfermagem incluem definições sobre a situação do paciente, tecnologias de cuidado (*nursing therapeutics / Pflegerische Therapieformen*), processos nos quais as terapêuticas são implementadas, padrões de estados ou resultados desejáveis e contextos para estados e terapêuticas desejáveis e indesejáveis. (MELEIS, 1999).

Estruturas Teóricas

A expressão *theoretical framework* é traduzida neste estudo como estrutura teórica, definida mais recentemente por Meleis (2007, p.37), embasada em O'Toole, como uma estrutura básica desenvolvida para organizar um número de conceitos focados em um grupo de questões em particular. Meleis (2007) refere que estruturas teóricas, estruturas conceituais, modelos conceituais e teorias foram utilizadas de forma intercambiável, ou seja, *interchangeably* na literatura, gerando muitas discussões ao longo do tempo. Teorias foram desenvolvidas para responder a questões específicas e estruturas e modelos foram desenvolvidos para prover um direcionamento para projetos de pesquisa. Modelos foram desenvolvidos depois das teorias para guiar investigações e refletir as teorias. São estruturas teóricas e conceituais que evoluíram de uma ou várias teorias ou pesquisas. Teorias se diferenciam de estruturas nos aspectos de coerência, conexão entre conceitos e natureza de proposições.

Definição de Modelos Conceituais

Para Meleis (1999, p. 230), as diferentes nomenclaturas para se referir ao mesmo tema, por exemplo, marco conceitual (*conceptual framework*), modelos conceituais (*conceptual models*) e teorias, com certeza suscitaram muitas discussões inúteis que trouxeram muito mais prejuízos do que lucros para a Enfermagem. Investiu-se mais tempo em discutir metodologias para o desenvolvimento teórico da disciplina do que temas para aperfeiçoar a Enfermagem como um todo. Assim, ao trazer à tona essa discussão, Meleis tem como objetivo colocar em dúvida os significados que diferenciariam esses termos (1999, p. 232).

A autora (1999, p. 231), porém, reconhece algumas diferenças entre eles ao afirmar que um modelo tem sua própria identidade, ou seja, deveria ser um instrumento, enquanto uma teoria pode ou não ter outras propriedades, estruturas ou funções, já discutidas anteriormente.

Vale ressaltar que tanto os modelos conceituais quanto as teorias têm sua função direcionada para o desenvolvimento da pesquisa, servindo de estrutura e direção para o desenvolvimento de hipóteses, para coleta de informações e para alimentar um banco de dados (*Depot / Datensammlung*) ou no avanço do desenvolvimento de determinada teoria. (MELEIS, 1999, p. 231).

Segundo Meleis (1997, p. 137-8), o marco conceitual é um conjunto de conceitos discretos que não estão inter-relacionados nem unidos por um conjunto de proposições, como se espera de teorias, porém levando em consideração o nível de desenvolvimento da teoria.

Para Meleis (2007, p. 152), o termo teoria é suficiente para descrever as conceituações e concepções propostas pelas teóricas de Enfermagem, pois três aspectos podem diferenciar uma teoria de um modelo conceitual: as definições, a inter-relação e o nível de abstração. Os dois primeiros aspectos estão presentes tanto na teoria quanto no marco conceitual; apenas o nível de abstração segue uma classificação para as teorias, como descrito anteriormente. Meleis então sugere que o uso dos diferentes termos seja uma decisão pessoal e situacional, alertando que não devemos criar debates com “perda de energia” para esses fins e, sim, para o desenvolvimento e a evolução do pensamento teórico na Enfermagem (1999, p. 232).

Definição de Modelo de Cuidado

Meleis utiliza o termo modelo de cuidado em um livro que publicou em 2003 (HILL, LIPSON, MELEIS, 2003), enfocando o cuidado a mulheres imigrantes e minoritárias (ou seja, um número considerado insignificante de pessoas pertencentes a diferentes grupos étnicos).

Para essa autora, um dos primeiros modelos de cuidado à saúde utilizado pela sociedade baseia-se na perspicácia, na percepção dos antigos, dos anciãos, da família. A percepção e as práticas de cuidado das avós tiveram grande e profunda influência no cuidado às meninas e mulheres.

Várias pesquisas realizadas nos escritos de Meleis não tornaram possível identificar explicitamente o conceito de modelo de cuidado de Enfermagem. Porém, em nosso entendimento, no estudo citado acima, a autora refere que outros modelos como o biomédico, o maternal e reprodutivo e o modelo cultural não conseguem atender às necessidades das mulheres, fazendo-se necessário a utilização de outro.

Assim, Meleis propõe um modelo entendido como uma estrutura teórica (*theoretical framework*), guiada por pressupostos úteis tanto para realizar pesquisas quanto para orientar a prática clínica à mulher, nesse caso. Essa estrutura teórica inclui alguns componentes, como o ser humano (*person*), ou seja, a mulher, considerando sua diversidade, experiências com modelos de cuidado prévios, além da diversidade e o desenvolvimento no qual cada mulher se encontra. Descreve ainda o processo (*process*), considerando as experiências e transições da mulher e o ambiente (*environment*) com suas marginalizações. (HILL, LIPSON, MELEIS, 2003).

Após estudos e leituras, observamos que o modelo de cuidado é um dos vários componentes de uma estrutura teórica mais ampla, pois ele é citado entre outros conceitos importantes e necessários que precisam ser considerados para o cuidado. Podemos dizer também que o modelo teórico proposto por Meleis (2003) é traçado de forma integrada, coerente e sensível de acordo com as necessidades, e oferece uma direção objetiva e concreta para a prática do cuidado.

Acreditamos que as definições utilizadas por Meleis (2007, 1999, 1997) apresentadas até aqui são declarações importantes, e serviram de norte para este estudo. Abbagnano (2003, p. 235) refere que “definições são declarações da essência-significado”. Assim, as definições apresentadas nesse capítulo foram utilizadas como o significado dos termos, sendo o referencial teórico para este estudo.

Apresentamos a seguir o Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis (2007, 1999, 1997), o qual, que em conjunto com as definições apresentadas, foram o referencial teórico para este estudo.

3.2 O MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS

A Enfermagem vem avaliando teorias ao longo do tempo, seja para aplicação na prática, para o desenvolvimento curricular, para o ensino e a pesquisa ou para a tomada de decisões no dia-a-dia. Essas avaliações podem ser feitas deliberadamente, de forma sistemática, sendo planejadas, objetivas, seguindo critérios previamente estabelecidos. Mas também podem acontecer de forma subjetiva, experimental, rápida e limitada em critérios. Meleis (1999) refere que as duas formas são importantes e complementam-se, uma não sendo suficiente por si só.

Por vários anos, em diversos países, Meleis (1997) realizou um estudo questionando estudantes de Enfermagem, enfermeiros que atuam na prática do cuidado, administração do cuidado e na docência, sobre os critérios que utilizaram ao escolher determinado modelo teórico para sustentar sua prática. Os critérios que emergiram dessa pesquisa foram: o pessoal, o de autoria, o teórico, o suporte na literatura, o de congruência sociopolítica e o de utilidade. Percebeu-se que a escolha dos profissionais pauta-se em aspectos objetivos e subjetivos que mantêm entre si o mesmo grau de importância, sendo um tão complexo quanto o outro.

A avaliação de teorias é um componente essencial para a prática da Enfermagem e para o desenvolvimento do conhecimento e está sustentada em várias razões e argumentos citados por Meleis (1997, p. 245). Meleis afirma, por exemplo, que a avaliação é importante para decidir qual teoria é mais apropriada para determinada pesquisa, ensino, administração ou consultoria de Enfermagem; para identificar teorias que possibilitem a pesquisa de aspectos práticos ou que podem ser a linha condutora para projetos de pesquisa; para comparar e confrontar diferentes explicações de determinados fenômenos; para aumentar o potencial de construção de mudanças e dar continuidade ao desenvolvimento de teorias; para resolver problemas relacionados à prática da Enfermagem, bem como estabelecer prioridades para a pesquisa ou identificação de conteúdos para o ensino e direção para a administração de Enfermagem.

O modelo de Meleis (2007, 1999, 1997) para avaliar teorias é utilizado neste estudo para identificar as características de uma proposta de cuidado de Enfermagem, porque entendemos que tal modelo contempla critérios para esse fim. Pensamos em criar critérios que permitissem caracterizar essa proposta de cuidado, contudo entendemos que tal tipo de estudo é teórico e pouco realizado em pesquisas brasileiras. Assim, para garantirmos a validade e o rigor científico deste estudo, preferimos utilizar um modelo de avaliação já existente e aplicado mundialmente.

Vale ressaltar que vários estudos nacionais e internacionais que objetivam analisar modelos de Enfermagem ou teorias têm utilizado, entre outras, a proposta de Meleis, referindo que ela é viável e pode ser adaptada para esse fim. Como exemplo, podemos citar os estudos de Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007), Oliveira, Lopes e Araújo (2006), Rolim, Pagliuca e Cardoso (2005), Hallensleben (2003), Nóbrega e Barros (2001).

Meleis (1999) refere que esse Modelo de Avaliação de Teorias traz critérios subjetivos e objetivos, os quais pretendem contribuir para a avaliação e evolução das teorias de Enfermagem e, por consequência, que os critérios utilizados para esse fim também sejam aperfeiçoados. Ressaltando que não existe uma teoria que preencha todos os critérios propostos, afirma que esse modelo de avaliação pode ser aplicado na íntegra como também em partes, não desqualificando o objetivo do estudo, pois esse processo contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina Enfermagem.

Entendendo que o Modelo de Avaliação de Meleis apresenta critérios flexíveis e, como a própria autora refere, havendo possibilidade de que ele seja utilizado para outros fins, ousamos aplicá-lo para a caracterização de uma Proposta de Cuidado de Enfermagem.

O Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007) é composto por cinco etapas: a descrição, a análise, a crítica, o teste e o suporte, cuja aplicação não precisam seguir essa ordem.

Assim, descrevemos detalhadamente o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997) utilizando os termos originais e mantendo o termo teoria. Ressaltamos que assim como as definições apresentadas anteriormente, o texto apresentado posteriormente sobre o Modelo de Meleis também é uma tradução livre da autora deste estudo, acrescida da discussão sobre alguns termos citados por outros autores.

Ao fazermos a avaliação da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), descrita em um capítulo posterior, substituímos o termo teoria por Proposta de Cuidado de Enfermagem.

3.2.1 Descrição

A etapa descrição nos obriga a fazermos uma primeira leitura apurada da teoria, que nos permita adquirir uma visão generalizada sobre o trabalho da autora, seu objetivo, bem como identificar qual ou quais perguntas são feitas e quais respostas ela pretende encontrar. O quadro a seguir traz de forma resumida a etapa de Descrição de Teorias proposta por Meleis (2007, 1999, 1997).

Cr�terios	Unidade de an�lise
Componentes Estruturais	Pressuposi�es Conceitos Proposi�es
Componentes Funcionais	Foco Cliente / Clientela Enfermagem Sa�de Intera�o Paciente–Enfermagem Ambiente (<i>Environment / Umwelt</i>) Problemas de Enfermagem Cuidados de Enfermagem (<i>therapeutics</i>)

Quadro 1: Descri o da Teoria
Fonte: MELEIS, 2007, p. 246.

Segundo Meleis (2007, 1999, 1997), essas perguntas nem sempre são apresentadas de forma clara e objetiva, porém elas são respondidas pela autora por meio das proposi es (*propositions / Behauptungen*), que descrevem a rela o entre eventos, situa es ou a es. As proposi es são o ponto crucial, ou seja, o núcleo da teoria, a partir do qual emergem outras questões que servirão de guia para novos estudos e pesquisas.

Estudando a referida autora, percebe-se que a identifica o de proposi es, conceitos e afirma es não   um processo linear, mas cíclico, que dá origem aos componentes estruturais de determinada teoria.

Para facilitar o raciocínio e a compreensão, trazemos outros autores, bem como termos utilizados no vocabulário da língua portuguesa, porque observamos que muitos termos foram traduzidos de formas diversas nos variados estudos; essa diversifica o dificultou e até confundiu estudos de análise e avalia o. Podemos citar vários exemplos, como a teoria de Rosemarie Rizzo Parse, que descreve nove pressupostos (GEORGE, 1993, p. 269) e em um estudo inglês o termo utilizado   *assumptions*, conceituando-os como “*statements that are accepted or assumed to be true without requiring proof. They are statements of foundational beliefs on which the theory is built. [...] the assumptions are in agreement with his or her world view*”. (BUNTING, 1995, p. 215).

Assim, temos os componentes estruturais, as palavras *assumption* no inglês e *Annahmen* no alemão, traduzidas como suposi es. Os termos *concepts* no inglês e *Konzepte* no alemão foram traduzidos como conceitos, e as *proposition / Behauptungen* traduzidas como proposi es.

Segundo Longman (1995, p.67), *assumption*   “*something that you think is true although you have no proof*”, ou seja, algo que se acredita como verdadeiro, embora tenha

que ser provado. Abbagnano (2003, p. 934) refere que suposição é “o mesmo que hipótese”, ou seja, “um enunciado, ou um conjunto de enunciados, que só pode ser comprovado, examinado e verificado indiretamente, através das suas consequências” (p. 500). Observa-se, no entanto que o termo mais utilizado nos estudos brasileiros foi o termo pressuposto / pressuposição, entendido como algo previamente estabelecido, como base ou ponto de partida para um raciocínio ou argumento (JAPIASSÚ e MARCONDES, 1998). Sendo assim, neste estudo utilizaremos os termos pressuposto ou pressuposição.

Componentes Estruturais

– Pressupostos ou pressuposições

A teoria tem sua origem em dados predeterminados, ou seja, em afirmações sobre fatos reais considerados verdadeiros (*givens / Vorgaben*), que podem ser testados empiricamente, na prática, ou podem ser aceitos com base em uma série de teorias que foram testadas anteriormente. Essas afirmações (*givens / Theorieannahmen, Aussagen, Annahmen*) são os pressupostos (*assumptions / Annahmen*) que podem evoluir de um ponto de vista filosófico, de posições ideológicas ou de considerações éticas, de heranças culturais, de estruturas sociais ou ainda de hipóteses testadas e solidificadas. (MELEIS, 2007, 1999, 1997).

Deve-se observar se as pressuposições são explícitas, ou seja, que são oriundas da própria autora da teoria, ou implícitas – não estão descritos, mas trazem uma ideia subliminar, um dado importante que fica subentendido.

Meleis (1999) refere que quanto mais sistemático for o desenvolvimento da teoria, mais pressuposições explícitas serão identificadas. Segundo ela, as teorias de Enfermagem trazem pressuposições sobre “Enfermagem, comportamento humano, vida, morte, saúde e doença” (p. 400).

– Conceitos

Para descrever os conceitos de uma teoria, faz-se necessário observar: a clareza e a descrição da definição de cada conceito, as propriedades observáveis e suas barreiras. (MELEIS, 1999, p. 597). Deve-se observar também se os conceitos são primitivos, ou seja, conceitos e definições novos, descritos para a teoria, ou se são conceitos derivados, aqueles que têm sua origem em outra teoria, mas inseridos e interpretados de forma diferentes nessa nova proposta.

Os conceitos também foram divididos em concretos e abstratos. Ferreira (2004) refere que concreto é coisa ou representação “que se apresenta de modo completo, tal como lhe é

próprio apresentar-se na sua realidade existencial”. Quanto mais abrangente (*the more general a concept is*) for um conceito, tanto maior será sua capacidade de apreender, perceber, entender, alcançar, atingir temporal e geograficamente, e maior será seu nível de abstração. Os conceitos também são classificados como variáveis e não variáveis. Na Enfermagem, conceitos invariáveis (*nonvariable / nicht-variable*) são sexo, raça (*ethnic background*), religião e estado civil. Já conceitos variáveis são sexualidade, nível de bem-estar, identidade cultural, intensidade da doença. Meleis (2007, p. 248; 1999, 1997) refere que cada conceito invariável pode ser convertido em um variável.

– Proposições

Segundo Meleis (1999), proposição é uma declaração que descreve as propriedades e dimensões de um conceito. É uma declaração que une dois ou mais conceitos e atribui à teoria o poder de descrever, explicar e predizer; a teoria tem mais pressuposições que proposições é uma teoria limitada.

Existem diferentes tipos de proposições, cada uma com determinada função. A proposição existencial descreve apenas um fenômeno, em torno do qual giram todas as afirmações. A proposição relacional abrange vários tipos de proposições, podendo ser a que descreve a existência de uma relação, bem como a existência, a direção e as condições nas quais essa relação pode ou não surgir. (MELEIS, 2007, 1999, 1997).

Utilizando as dimensões de Zetterberg (1963), Meleis classifica as proposições em reversíveis, estocásticas, coexistentes, contingentes e substitutas. As proposições reversíveis são as que têm o termo “vice e versa” no final da declaração. Elas requerem dois testes: um com a condição das exigências funcionais e prospectivamente considerar o nível de recuperação e o outro iniciando com diferentes níveis de recuperação e então retrospectivamente considerar os níveis de exigências funcionais. As proposições estocásticas têm sua origem na estatística, sendo determinísticas e improváveis em uma ciência humanista. As proposições coexistentes são sequenciais, ou seja, uma variável ocorre antes de outra variável, sendo que esse tipo de proposição é central e essencial para a Enfermagem. As proposições contingentes demonstram se a relação entre os conceitos é autossuficiente ou não. Porém o objetivo de uma ciência humanística não são proposições autossuficientes e sim com numerosas variações e relações probabilísticas. Por último podemos avaliar se as proposições são necessárias ou se podem ser substituídas. (MELEIS, 2007, 1999, 1997).

Componentes Funcionais

Na etapa anterior, Meleis (2007, 1999, 1997) traz uma descrição estrutural da teoria e na próxima etapa sugere uma descrição funcional, na qual analisa a relação das pressuposições, com os conceitos, e as proposições da teoria bem como do seu domínio. A autora sugere que essa descrição de teorias seja feita por meio de algumas questões centrais sobre a Enfermagem como disciplina, as quais são citadas a seguir:

- A quem a teoria está dirigida? Essa questão determina a função da teoria, pois o foco da teoria pode estar direcionado ao cliente, à família, a um grupo ou à sociedade. Sua meta pode ser unidimensional incentivando ou não a exclusão de determinado grupo de pessoas. Essa meta está direcionada para a avaliação e para a intervenção, sendo o foco central o ser humano saudável ou doente na sua integralidade;
- Quais definições a teoria tem sobre Enfermagem, cliente, saúde, problemas de Enfermagem, ambiente e interação paciente–enfermeiro? Essas definições são claras e explícitas?
- A teoria oferece uma ideia clara sobre a procedência, a origem, a fonte dos problemas de Enfermagem? Esses problemas são intrínsecos, ou seja, têm origem no próprio ser humano ou são extrínsecas a ele?
- A teoria providencia qualquer indicação (*insight / Hinweis*) de intervenção? As variáveis comprometidas nesse processo estão claramente delineadas? O foco para a intervenção está em consenso com a teoria?
- Existem normas, diretrizes específicas para as modalidades de intervenção? Essas modalidades intervencionistas têm potencial para aprimoramento e evolução?
- Sendo uma teoria, ela provê metas para o papel do enfermeiro?
- Os resultados das ações de Enfermagem estão descritos e articulados (*articulated / dargestellt*) na teoria? Existe um plano para tratar com as possíveis consequências?

A próxima etapa do Modelo de Avaliação de Meleis (2007, 1999, 1997) é a análise, descrita a seguir.

3.2.2 Análise

A análise é a etapa em que são identificadas as partes e os componentes dos conceitos e da teoria de Enfermagem e são examinados por meio de critérios preestabelecidos. O quadro a seguir traz a síntese da etapa de Análise de Teorias proposta por Meleis (2007, 1999, 1997).

ANÁLISE	CRITÉRIOS	UNIDADES DE ANÁLISE
Conceito	Diferenciação de outros	Definições <ul style="list-style-type: none"> • Semântica • Lógica • Contexto Antecedentes Consequência Exemplo / Modelos
Teoria	A teórica Origem Paradigmática Dimensões Internas	<i>Background</i> profissional <i>Background</i> de experiências <i>Network</i> profissional Contexto sociocultural Referências, citações Pressuposições Conceitos Proposições Hipóteses Leis Fundamento Sistema de relação Conteúdo Início – princípio Escopo Meta Contexto (Nível de) Abstração Método

Quadro 2: Análise da Teoria
 Fonte: MELEIS, 2007, p. 252.

3.2.2.1 Análise de conceitos

A análise de conceitos é um procedimento útil no ciclo do desenvolvimento de teorias, bem como na avaliação de teorias. Meleis (2007, 1999, 1997) utiliza os passos e técnicas de Wilson (1969), destacando que não se faz necessário segui-los numa ordem rígida.

- Definição, identificação e descrição de diferentes dimensões e componentes do conceito. Exemplificando, Meleis (1999) cita um estudo de Chick e Meleis no

qual a transição é entendida como um importante conceito de Enfermagem e definida como o “período entre estados estáveis, a passagem de uma fase, estado ou condição da vida para a outra” (p. 406). Alguns componentes e dimensões desse conceito são: processo, desconexo (*disconnectedness/Unverbundenheit*), percepção da transição e modelos de resposta (*patterns of response/Reaktionsmuster*).

- Comparação desse conceito com outros de dimensões e componentes semelhantes para estabelecer limites (*boundaries / Grenzen*). Seguindo o raciocínio do exemplo anterior (Meleis, 1999), a transição pode ser diferenciada dos demais conceitos generalizados de mudança, a ponto de ser um aspecto significativo para o contexto de vida do cliente. Assim, transição é um caso especial do fenômeno mudança.
- Descrição de algum antecedente do conceito, bem como suas consequências e uma comparação dessa descrição com fatos da prática de Enfermagem. São exemplos de antecedentes de períodos de transição: doença, recuperação, perdas, nascimento. Exemplos de consequências são: estresse, mudanças de comportamento e desorientação.
- Desenvolvimento, descrição e análise de casos ou exemplos, podendo-se considerar resultados empíricos relacionados ao conceito.
- Desenvolvimento, descrição e análise de exceções, bem como de situações em que o conceito aparece esporadicamente ou em situações novas. Esse processo pode incluir uma análise semântica (uma análise do significado linguístico do conceito), uma derivação lógica, que inclui um progresso lógico da identificação, suporte e descrição do conceito e, por fim, uma análise contextual, em que se examinam as condições nas quais o conceito se manifesta.

3.2.2.2 Análise de teoria

A análise de conceitos é um processo que pode acontecer durante o ciclo de evolução e avaliação de uma teoria, porém a avaliação de teoria também é um processo que só pode ter início mais tarde, pois implica análise de variáveis importantes que influenciaram seu desenvolvimento bem como sua atual estruturação.

Meleis (1999, p.407) enfatiza a necessidade, ao se analisar uma teoria, de se

observarem a teórica, a origem paradigmática e a estrutura interna dela. A análise de tais critérios facilita a compreensão da escolha de importantes perguntas da teoria, fenômenos e as estratégias para o desenvolvimento de teorias, formando um fundamento para a crítica, que é uma etapa futura.

3.2.2.2.1 A teórica

Uma análise de teoria compreensiva inclui um detalhamento cuidadoso sobre a vida da teórica, investigando sua formação, sua experiência profissional, seus estudos científicos e sua atuação profissional, enquanto construiu e desenvolveu a teoria. Em alguns casos, novas estruturas teóricas são encontradas em estudos orientados pela autora da teoria. (MELEIS, 2007).

A análise favorece o descobrimento de fatores internos e externos que influenciaram a teórica, como convicções, modelos de argumentação e suas origens. Esse segmento da análise pode ser feito por meio de estudo das publicações da autora ou de conversas com a teórica ou com seus alunos.

3.2.2.2.2 A origem paradigmática da teoria

Para identificar a origem paradigmática da teoria, alguns fatores precisam ser considerados, como as referências e a bibliografia existente, a formação educacional, a experiência da teórica e o contexto sociocultural que poderia ter influenciado o desenvolvimento da teoria.

Analisando esses componentes, pode-se responder a três perguntas importantes:

- A teoria deriva de um paradigma específico?
- Quais são as origens desse paradigma?
- Por que esse paradigma em particular foi utilizado?

Sendo mais específico, precisa-se analisar se o paradigma utilizado aparece de forma óbvia, se está descrito explícita ou implicitamente. Analisa-se também se a teórica fundamenta a escolha de determinada teoria ou de partes dela, se as inadequações são originárias de um protótipo ou de uma teoria de Enfermagem.

3.2.2.2.3 Dimensões Internas

Os componentes da estrutura interna são como guias utilizados para facilitar a compreensão das lacunas que parecem estar presentes numa teoria quando ela é descrita (na etapa anteriormente citada). Assim, seguem-se as unidades de análise sugeridas por Meleis

(1999, p. 410):

- A primeira unidade de análise é o fundamento lógico no qual a teoria está construída. Para isso, é necessário responder se os componentes estão interligados como elos de uma corrente. Trata-se de uma teoria tipo fatorial? A teoria foi desenvolvida em torno dos conceitos, sendo uma teoria do tipo concatenada? Ou a teoria está baseada em determinado grupo de relações que provém de princípios básicos e, por isso, têm uma natureza hierárquica? Meleis (1999, p. 410), citando Kaplan (1964), refere que a teoria concatenada possui menor número de explicações que convergem num ponto central, por isso essa teoria apresenta proposições existenciais, enquanto as teorias relacionais apresentam um modelo interpretativo.
- A segunda unidade de análise é o sistema de relações. Pergunta-se se as relações explicam elementos ou se os elementos explicam as relações. A construção de teorias pode utilizar-se do método monádico, no qual os atributos e as propriedades de um fenômeno são os focos de uma teoria, citando como exemplo a teoria humana como um subsistema das relações. Já no método de campo (*Field / Feld*), o foco está na relação entre os fenômenos, o explicando os fenômenos por meio de suas relações. Como exemplo pode-se citar uma teoria sobre a interação do homem com o meio.
- A terceira unidade de análise é o conteúdo da teoria, que pode ser analisado pelo número de leis e de grupos de indivíduos ao qual a teoria se refere. Uma teoria pode ser classificada como macroteoria, quando ela considera o ser humano na sua totalidade; como exemplo citamos a Teoria de Rogers. Pode ser também uma microteoria, quando ela se refere às necessidades durante uma doença, como a Teoria de Orem. (MELEIS, 2007, p. 254).
- A quarta unidade de análise é o início da teoria, que analisa em qual ponto exatamente a teórica iniciou a articulação de suas ideias, se a autora se baseou numa teoria prática ou em uma teoria de uma prática de Enfermagem ideal. Essa unidade pode ainda ser subdividida em:
 - Um início de teoria construtiva (*constructive / Angenommener*), ou seja, considerável, é hipotético e tem a intenção de construir a figura de um fenômeno mais complexo. Ela tende a ser mais completa, clara e adaptável, considerando relações hipoteticamente, podendo ser

chamada também de teoria dedutiva, pois sua ênfase está na estrutura conceitual derivada de outra estrutura conceitual. Suas leis estão interligadas logicamente. Existe um ponto crítico nesse tipo de teoria, que é a falta de comprovações empíricas, até que seja testada cientificamente. Meleis (1999, p. 411) cita a teoria de Rogers (1970) como exemplo de teoria dedutiva, pois esta apresenta uma conceituação teórica de ser humano em harmônica sintonia com o ambiente, afinal originou-se das leis da física, da termodinâmica e da evolução.

- Considera-se que o início de uma teoria é principiante quando seu fundamento é empírico, ou seja, foi uma descoberta. Esse tipo de início de teoria é mais analítico e observa mais o “é”, que o “deva ser”, é mais perfeito e concreto. Também é chamada de teoria com um início indutivo, pois consiste de uma soma de declarações ou relações empíricas.
- A quinta unidade de análise citada por Meleis (1999, p. 412) é o escopo da teoria, em que se analisam os significados, a utilidade e a aptidão dessa teoria. A principal pergunta para essa unidade é: quantos problemas de Enfermagem ou quais de suas especialidades podem ser alcançados por ela? Teorias com um escopo amplo são denominadas teoria de grande porte, pois querem explicar tudo o que se relaciona com o fenômeno. Já teorias de domínio único (*single-domain theories*) referem-se a fatores e princípios simples, abstratos e isolados. Meleis (2007, p. 254) defende a teoria de alcance médio, pois esse tipo considera um número limitado de variáveis, tem um foco substantivo particular, concentra-se em um aspecto restrito de relações, é mais susceptível a testes empíricos e pode evoluir para uma teoria de grande alcance.
- A sexta unidade de análise a ser considerada é a meta da teoria e para isso respondem-se questões como: por que a teoria foi desenvolvida? Para qual direção ela aponta? O que ela pretende? Teorias têm a função de descrever, explicar, prever ou prescrever. Uma teoria descritiva fornece informações sobre os fenômenos investigados, porém não faz reivindicações e não descreve o que se pode esperar de tais fenômenos no futuro. Quando se estabelecem correlações e descrições da relação entre conceitos derivados, trata-se de uma teoria explicativa, testada por meio de estudos correlativos, que fornecem evidências empíricas para sustentá-la. Teorias que predizem sempre terão em

suas proposições a expressão “se... então” (*if... then / wenn... dann*). Meleis (2007) refere que “pres-crever é um dos objetivos mais importantes da Enfermagem, por isso é uma das metas de teorias [...] e nesse tempo histórico do desenvolvimento de teorias de Enfermagem, uma teoria deveria apresentar cada uma dessas metas” (p. 256).

- A sexta unidade de análise é o contexto da teoria, em que os fenômenos centrais são apresentados. Segundo Meleis (2007, p. 256), as teorias de Enfermagem estão direcionadas para o conhecimento ordenado ou para a normalidade (*of order / Regelmässigkeit*), para o conhecimento desordenado (*of disorder / Unregelmässigkeit*), para o conhecimento controlado (*of control / Kontrolle*) e para o conhecimento de processo (*of process / Prozess*).
 - O conhecimento ordenado está voltado para fenômenos nos quais os objetos, os eventos e as interações de um contexto saudável são importantes. Esse tipo de conhecimento descreve as regularidades, as normalidades (*regularities / Ordnungen*), enfim, o estado normal e natural das coisas;
 - O conhecimento desordenado reconhece um contexto de desordem no qual a Enfermagem atua;
 - O conhecimento de controle descreve o curso de ações que, ao serem implementadas, podem mudar a sequência de eventos para o modo desejado. Como exemplo, pode-se citar a teoria de Auto-Cuidado de Orem;
 - O conhecimento de processo é abordado em teorias que incluem o processo de Enfermagem e a interação Enfermagem-paciente, como a teoria de Paterson e Zderad;
- A oitava unidade de análise a ser analisada é a abstração, reconhecida pela extensão da redução e dedução de suas proposições (*length of reduction and deduction / umfang der Reduktion und Deduktion*). Para se reduzir a cadeia de uma teoria altamente abstrata são necessários mais passos. Se a abstração fosse medida do nível maior para o menor numa linha reta, a Teoria de Rogers e Johnson seria de alta abstração e a Teoria de Orem seria de baixo nível de abstração. Para facilitar a compreensão, buscamos apoio em Abbagnano (2003, p. 836), ao referir que “redução é a transformação de um enunciado em outro equipolente mais simples ou mais preciso, ou capaz de revelar a verdade ou a

falsidades do enunciado originário”. Por outro lado, “dedução é a relação pela qual uma conclusão deriva de uma ou mais premissas” (p. 232).

- A nona unidade é a análise do método utilizado para o desenvolvimento da teoria. Meleis (2007, p. 257), citando Barnum (1998), considera quatro métodos para o desenvolvimento de teorias: dialético, lógico, problemático e operacional, os quais são descritos a seguir.
 - O método dialético abrange contradições, justaposições e dilemas, e a ordenação surge da interação dos fatores citados.
 - No método lógico as partes são organizadas de tal forma que o todo pode ser descrito de forma sistemática e categórica. A teoria construída a partir desse método oferece uma descrição de cada parte e o todo é diferente e maior que a soma das partes. O processo de Enfermagem é construído de forma lógica.
 - O método problemático, ou da problematização, é utilizado para construção de teorias a partir de problemas de Enfermagem.
 - O método operacional é utilizado na construção de teorias a partir de métodos de intervenção e diagnósticos diferenciais. Esses últimos dois métodos utilizam a experiência para desenvolver teorias e em ambos o agente é parte do método.

No Modelo de Avaliação de Meleis (2007, 1999, 1997) a etapa seguinte é a crítica, descrita detalhadamente.

3.2.3 Crítica

Meleis (1999) inicia essa etapa citando Webster, que define crítica como um exame crítico ou a estimativa de algo ou de uma situação com o objetivo de determinar sua natureza e limitações ou sua conformidade com os padrões estabelecidos. Na etapa crítica à teoria, vários critérios precisam ser observados, como: a relação entre a estrutura e a função, o diagrama da teoria, o círculo de influência ou de adesão, a utilidade e os componentes externos. Todos esses critérios são descritos detalhadamente, mas apresentados também no quadro 3 para facilitar o acompanhamento e a compreensão dessa etapa.

CRITÉRIOS	UNIDADES DE ANÁLISE
Relação entre a estrutura e função	Clareza Consistência Simplicidade / Complexidade Tautologia / Teleologia
Diagrama da Teoria	Representação visual e gráfica Representação lógica Clareza
Círculo de adesão	Origem geográfica da teoria e sua expansão geográfica Influência da teórica <i>versus</i> influência da teoria
Utilidade <ul style="list-style-type: none"> • Na prática • Na pesquisa • Na educação / formação • Na administração 	Direção Aplicabilidade Generalização Custo / efetividade Relevância Consistência “Testabilidade”/ possível de ser testado “Preditabilidade”/ propriedade de prever Estrutura filosófica Objetivos Conceitos Estrutura do cuidado Organização do cuidado Diretrizes para o cuidado ao paciente Sistema de classificação de pacientes
Componentes Externos <ul style="list-style-type: none"> • Valores pessoais • Congruência com valores de outros profissionais • Congruência com valores sociais • Significado social 	Valores implícitos e explícitos da teórica e da avaliadora Complementaridade Grau de abstração Competência Crenças, valores e costumes Significado para a humanidade

Quadro 3: Crítica da Teoria

Fonte: Adaptado de: Meleis (1999, p. 415; 418; 422).

3.2.3.1 Relação entre a estrutura e função

A crítica de uma teoria é feita a partir de uma avaliação sobre a relação entre a estrutura e função de seus componentes, tais como pressupostos, conceitos, proposições e domínio. Porém, se o crítico seguir esse raciocínio, não poderá criticar a lógica inerente no

desenvolvimento de uma teoria dialética, utilizando os mesmos critérios para outra que é lógica. Pode-se dizer que a crítica é definida pelo método que foi utilizado no desenvolvimento da teoria, assim outras unidades de análise, como clareza, consistência, simplicidade / complexidade e tautologia / teleologia podem ser utilizados. (MELEIS, 1999).

3.2.3.1.1 Clareza

A unidade de análise clareza pode ser definida como um contínuo classificado de alto até baixo nível. Refere-se à precisão de limites, comunica a sensação de ordem, significados verdadeiros (*vividness / Lebendigkeit*) e consistência permeando toda a teoria. A clareza é observada nos pressupostos, nos conceitos, nas proposições e nos conceitos de domínio. A clareza nos conceitos é observada nas definições teóricas e operacionais que permeiam toda a teoria, apresentados de forma parcimoniosa (*parsimonius / knappe Weise*) em consonância com pressupostos e proposições. As questões abaixo permitem avaliar a clareza dos conceitos da teoria:

- Os conceitos trazem uma definição operacional?
- Os conceitos têm validade de conteúdo e de construção?

A clareza das proposições pode ser vista por meio de sua apresentação coerente e lógica e por meio de sua relação sistemática entre os conceitos de uma teoria.

3.2.3.1.2 Consistência

O limite entre unidade de análise de clareza e consistência não é fácil de ser traçado. O grau de congruência existente entre os diferentes componentes de uma teoria deixa transparecer sua consistência. O ajuste de diferentes componentes evidencia sua consistência. Os critérios determinantes para avaliar a consistência de uma teoria são: o ajuste ou a combinação entre os pressupostos e definições de conceitos, entre conceitos e a forma como são definidos e usados (*niedershlagen*) em proposições e na combinação entre conceitos e exemplos práticos.

3.2.3.1.3 Simplicidade / Complexidade

Outra unidade de análise é o grau de simplicidade e complexidade. Sobre ele, Meleis (1999) refere que quanto mais fenômenos a teoria abranger e quanto mais relações importantes ela puder gerar, tanto mais complexa ela será. Se uma teoria estiver concentrada em poucos conceitos e relações, diz-se que ela é simples e também é útil. A complexidade de uma teoria pode ser um critério a ser alcançado, se a complexidade estimular o aumento de

explicações e afirmações dessa teoria.

3.2.3.1.4 Tautologia / Teleologia

A tautologia pode ser avaliada pela transmissão e repetição desnecessária de ideias em diferentes situações numa teoria, impedindo assim a clareza da mesma.

A teleologia pode ser avaliada quando as definições de conceitos, condições e eventos surgem por consequências e não por critérios e dimensões. Se os conceitos são definidos por consequência, a teórica introduz definições de conceitos antigos como sendo novos conceitos, e os conceitos originais ficam sem definição. Teleologia é outro critério na relação entre a estrutura e a função. Meleis (1999) sugere algumas questões, como:

- A teoria é lógica e coerente?
- As definições de fenômenos de Enfermagem são consistentes?
- A teoria é teleológica?

3.2.3.2 Diagrama da teoria

A representação visual melhora a clareza de uma teoria e modelo. As principais questões para essa unidade de análise são:

- A teoria foi apresentada de forma gráfica e visual?
- A apresentação gráfica traz a compreensão dos diferentes componentes da teoria?
- Quão clara é essa representação? Ela é uma demonstração precisa do texto? Ela contém os principais conceitos?
- A representação é lógica? Existem sobreposições? Existem lacunas?
- A representação é uma substituição de palavras e explicações ou é uma complementação?
- O diagrama está claro e correto?
- Existe uma correspondência entre o diagrama e o texto de conceitos e proposições?
- O diagrama permite o entendimento, a compreensão do texto?

3.2.3.3 Círculo de adesão

A teoria é avaliada pela sua divulgação, disseminação, enfim, sua aceitação pelos

profissionais da área. A unidade de análise é a situação geográfica e o tipo da instituição, pois as teorias de Enfermagem foram utilizadas nas áreas em que foram desenvolvidas. Como exemplo, Meleis (1999) refere que a teoria de Rogers foi utilizada na Universidade de New York e a de Johnson em Los Angeles. Assim, o círculo de adesão de uma teoria se expande ao ser utilizada fora de sua área de origem e sua aceitação cresce sem a influência direta da teórica.

Para guiar essa avaliação crítica, pode-se responder às seguintes questões:

- Onde a teoria foi desenvolvida e onde ela é aplicada?
- Em que região geográfica e em que instituição ela é utilizada?
- A teoria é utilizada para pesquisa ou para formação, administração, cuidado direto, entre outros?
- Quão grande era a influência da teórica na implementação da teoria?
- Onde essa teoria foi apresentada pela primeira vez?
- O que aconteceu nesse ínterim?
- A teoria foi considerada e utilizada transculturalmente?

3.2.3.4 Utilidade

A crítica da utilidade de uma teoria abrange quatro critérios, que são sua utilidade na prática, na pesquisa, na educação e na administração.

3.2.3.4.1 Utilidade na Prática

O profissional de Enfermagem que utiliza determinada teoria em sua prática de cuidado deve avaliá-la quanto à função, observando os objetivos, os resultados e o potencial dessa teoria para ser utilizada na prática. Dessa forma, Meleis (1999) sugere que algumas questões sejam consideradas, como:

- A teoria provê um direcionamento para a prática?
- A teoria apresenta uma estrutura para prescrição?
- A teoria contém noções ou ideias abstratas que não podem ser aplicadas na prática?
- O grau de abstração e o grau de entendimento influenciam a aplicabilidade da teoria?
- A teoria abrange todas as áreas da Enfermagem? Ela deveria ser tão abrangente?

- Atualmente, a teoria é aplicada na prática? Paga-se para aplicá-la na prática? Ela tem viabilidade financeira?
- É uma teoria atual? Ela é relevante para a atual Enfermagem?
- Como a teoria se ajusta ao processo de Enfermagem?
- A teoria é compreensível para os profissionais de Enfermagem? Eles entendem com clareza sua linguagem?
- A teoria traz relevância para os grupos diagnósticos de Enfermagem?

3.2.3.4.2 Utilidade na Pesquisa

- A *raison d'être* de uma teoria é guiar e ser guiada por pesquisa. Assim, a avaliação crítica deve responder a algumas questões, como:
- Quais foram as proposições pesquisadas na teoria? Essas proposições eram periféricas ou centrais?
- A pesquisa foi realizada com o objetivo de validar os conceitos e suas relações?
- A teoria foi usada para se testar proposições ou seus achados?
- Os pressupostos explícitos foram considerados na escolha da metodologia?

Meleis (1999) sugere ainda outras questões como:

- A teoria foi construída a partir de pesquisas anteriores?
- A teoria foi utilizada para a pesquisa? Quais proposições foram testadas nessa pesquisa?
- O trabalho de pesquisa pode ser reproduzido?
- Os resultados e dados da pesquisa podem ser generalizados?
- Que tipo de pesquisa foi realizado? Por quê? Ele foi apropriado?
- A teoria permite que se façam estudos proscritos (*proscriptive / verbietende*) ou preditivos (*predictive / prädiktive*), experimentais ou quase experimentais? Para melhor esclarecer esses termos, buscamos seu significado em Ferreira (2004), sendo proscrito o que proscreeve, ou seja, que se suprime ou se pode abolir, que proíbe, daí o termo na língua alemã *verbietende*. O termo preditivo permite que se faça um estudo predito, ou seja, dito ou citado anteriormente, aquele que prevê; no alemão, *vorherzagen*.
- Os resultados também são relevantes para outras áreas?
- A pesquisa com determinada teoria é usada de forma apropriada?

- São as teorias que estabelecem quais pesquisas devem ser desenvolvidas para confirmarem proposições centrais e importantes?
- Houve uma verificação empírica sobre suas propriedades?
- Até que ponto as proposições da teoria pesquisada convergem com outras teorias ou leis?
- Existem evidências que confirmam a teoria?
- Existe a possibilidade de que, por meio da lógica ou da pesquisa, algum dos componentes da teoria apontem para uma falsificação?
- Existe uma relação potencial entre as variáveis dependentes e independentes?

3.2.3.4.3 Utilidade na educação

Meleis (1999) não traz unidades de análise específicas para essa etapa da avaliação, porém refere que as teorias de Enfermagem foram desenvolvidas concomitantemente aos cursos de Enfermagem, buscando oferecer diretrizes para a estrutura do conhecimento e para a prática dessa disciplina.

3.2.3.4.4 Utilidade na administração

Meleis (2007, p.262) afirma que a utilidade de uma teoria na administração está pautada na estrutura e na organização do cuidado (*care*). As teorias devem ter potencial para guiar e descrever a prática do cuidado, mas não se espera que elas sejam um guia para a administração ou determinado estilo de liderança. A teoria mostra sua utilidade na administração quando responde de forma positiva às seguintes unidades de análise:

- A teoria permite que se faça um sistema de classificação de pacientes?
- Existe uma congruência sobre a missão da Enfermagem descrita na teoria e a missão da Enfermagem formulada pela instituição?
- A teoria fornece qualquer diretriz para implementação da teoria em escala organizacional?
- A teoria provê assistência para critérios de controle de qualidade?

Ao tratar desse último critério, Meleis (1999) cita Buchanan, complementando que a teoria precisa estar de acordo com as leis do exercício profissional bem como com as normativas institucionais de cada país.

3.2.3.5 Componentes externos

Finalizando, a teoria deve ser avaliada por critérios externos, tais como: valores pessoais; congruência com os valores de outros profissionais; congruência com valores sociais e significado social.

- Valores pessoais – referem-se a valores implícitos e explícitos tanto da teórica quanto da pessoa responsável pela crítica à teoria;
- Congruência com os valores de outros profissionais – profissionais da saúde bem como de outras áreas próximas da Enfermagem podem unir seus conhecimentos e suas experiências para estimular o desenvolvimento e crescimento profissional;
- Congruência com valores sociais – crenças, valores e expectativas de diferentes sociedades e culturas definem qual tipo de teoria pode ser útil para o cuidado de Enfermagem. Assim, vale questionar se os valores da teoria convergem com os da sociedade e se as práticas de cuidado bem como os resultados buscados vão ao encontro da sociedade.
- Significado social – Meleis (2007), baseando-se em Johnson, refere que o crítico deve se perguntar se os objetivos e os resultados de determinada teoria fazem uma diferença substancial e valiosa na vida das pessoas.

A próxima etapa no Modelo de Avaliação de Meleis (2007, 1999, 1997) é o teste, descrito a seguir.

3.2.4 Teste

Teste, no inglês *testing* e no alemão *Überprüfung*, significa colocar em prática, submeter ao uso, realizar uma revisão. Segundo Meleis, essa etapa não deve ser comparada com a avaliação, pois isso reduziria o conhecimento teórico para um contexto de justificação e excluiria o contexto de descoberta bem como o processo de orientação.

De acordo com essa autora, a etapa teste é, na verdade, uma verificação, sendo um processo sistemático no qual as proposições teóricas são submetidas ao rigor de pesquisa em todas suas formas e aproximações. (MELEIS, 1999). Consequentemente, os resultados podem sugerir mudanças e aperfeiçoamentos. Dessa forma a verificação de uma teoria não é um processo estático ou finalizado; ele presume uma relação cíclica entre prática, pesquisa e teoria. O processo dinâmico da verificação inicia com o desenvolvimento da teoria, continua

com a “testagem” e a evolução e, depois de pausas reflexivas, o ciclo reinicia.

Já em 1995 Meleis propôs que, ao realizar o teste de uma teoria, o avaliador observasse seis princípios, cada um dos quais poderiam ser usados para julgar a conveniência dos testes aplicados à teoria. Esses princípios giram em torno:

- da sensibilidade do teste ao gênero;
- da abrangência da utilidade da teoria para diferentes populações;
- se a teoria foi testada com populações necessitadas, vulneráveis ou marginalizadas;
- se as perguntas realizadas e os métodos utilizados refletem competência cultural;
- da possibilidade da teoria ter sido testada em uma esfera nacional e internacional;
- da estrutura filosófica de cuidado à saúde utilizada na estrutura do teste, ou seja, se se trata de um cuidado curativo ou cuidado primário à saúde. (MELEIS, 2007).

Meleis (2007) afirma que, ao longo da história, estudiosos e pesquisadores utilizaram seis diferentes abordagens para realizar o teste de teorias de Enfermagem, que são:

1. Teste da utilidade da teoria – desenvolveram-se pesquisas com enfermeiras, docentes, estudantes e administradores para avaliar a aplicação da teoria na prática, no ensino ou na administração com o objetivo de testar a habilidade do estudante (*learner / lernende Person*) de lembrar-se da teoria, de compreendê-la, de avaliá-la e aplicá-la. Essa abordagem está mais direcionada para teorias cognitivas ou para a educação de adultos do que para teorias de Enfermagem. Assim, a realização de testes para comparar a viabilidade de possíveis adaptações de teorias só é útil quando usada em problemas e contextos específicos.
2. Teste de proposições que foram desenvolvidas em outras disciplinas, pois existem na Enfermagem adaptações teóricas que se utilizaram de proposições de teorias da educação, ou da teoria de sistemas, da teoria de adaptação, da teoria de papéis (*role theory*), da teoria do estresse, por exemplo, adaptações da teoria de Maslow.
3. Teste de proposições de outras disciplinas relacionadas com a Enfermagem – teste de proposições relacionadas a um fenômeno, ou que sejam de interesse

dessa área. Meleis (1999) exemplifica citando estudos baseados na teoria de papéis desenvolvida com estudantes de Enfermagem.

4. Teste de conceitos de Enfermagem – investigações para identificar ,variáveis correspondentes, conceitos mensuráveis, com o objetivo de desenvolver medidas válidas e confiáveis para testar conceitos. Com base em Diers (1979), para Meleis (1999) validade significa que o instrumento, a ferramenta ou os meios utilizados para testar o conceito realmente medem esse conceito e que a extensão de sua aplicação fornece dados compatíveis para as demais comprovações e evidências. Confiabilidade significa que esses instrumentos sempre vão medir o mesmo conceito. Entende-se ainda que o desenvolvimento de instrumentos de mensuração que tenham validade e confiabilidade são importantes e úteis para o teste de teorias de Enfermagem.
5. Teste de proposições de Enfermagem: investigações que testam proposições derivadas de teorias de Enfermagem. As principais proposições em Enfermagem, segundo Meleis (1999, 1997) são três:
 - a. Proposições existenciais – aquelas que, para demonstrar sua existência, unem dois ou mais conceitos. Elas aparecem em testes que demonstram que os conceitos existem concomitantemente.
 - b. Proposições preditivas – aquelas cujos testes demonstram o efeito de um conceito sobre o outro. Eles partem da pergunta: “o que acontecerá se...” (*what will happen if...*). Exemplificando, Meleis (1999) refere o que aconteceria se pacientes tivessem a oportunidade de externar seus sentimentos antes de uma cirurgia.
 - c. Proposições prescritivas – pesquisas desenhadas para testar as intervenções de Enfermagem (*interventions / Pflegeinterventionen*) utilizam princípios da avaliação de pesquisas. Têm como objetivo descobrir quanto as intervenções são efetivas para se alcançarem os objetivos desejados.
6. Teste por meio da interpretação – a teoria pode ser testada ao ser utilizada como uma estrutura para interpretações, contribuindo para confirmar, refinar ou ampliar essa teoria.

A autora não traz um quadro da etapa teste, como apresentava nas etapas anteriores. Assim, passamos a descrever a última etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997), que é a etapa denominada suporte.

3.2.5 Suporte

Suporte (*support / Verbreitung*) é a etapa na qual se avalia o grau de extensão e aceitação da teoria proposta, se identifica a existência de uma comunidade científica que aplica essa teoria no próprio local de trabalho ou em diferentes situações.

Essa etapa é mais ampla que a anterior e aceita caminhos alternativos para a avaliação da teoria, sendo mais congruente com a natureza da disciplina. Segundo Meleis (1999), na avaliação de uma teoria não se deve considerar apenas sua validação, mas também seus componentes. É importante entender e considerar a experiência individual vivenciada por pessoas que receberam cuidados de Enfermagem baseados em determinada teoria, bem como por aquelas que prestaram esses cuidados, ou seja, os profissionais de Enfermagem. Por isso depoimentos, exemplos e histórias também podem ser utilizados para validar e fundamentar uma teoria.

Segundo Meleis (1999), avaliar o suporte de uma teoria inclui aceitação de declarações, adaptação de problemas centrais da disciplina e reconhecimento de novos fenômenos de Enfermagem.

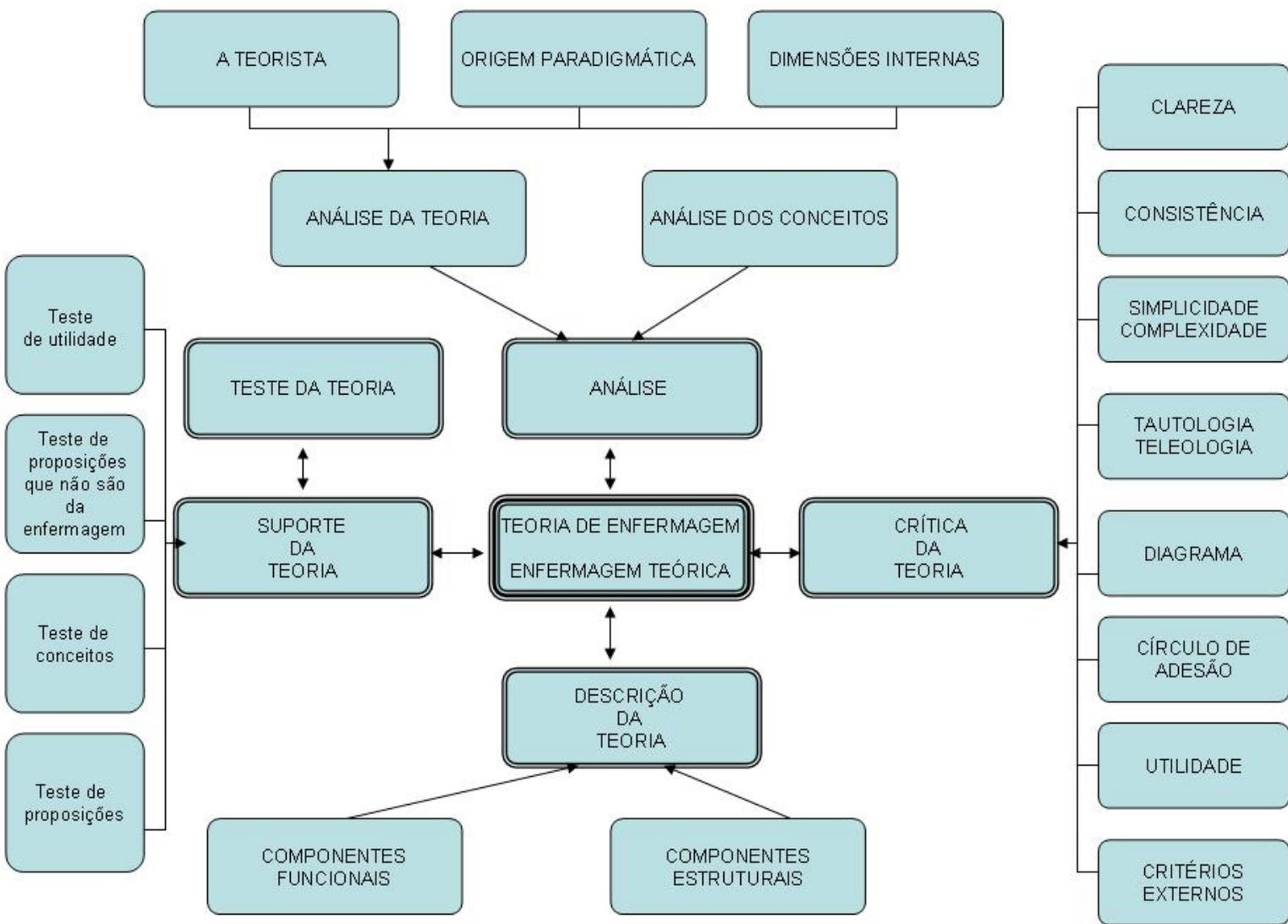
Para a autora, uma teoria também tem suporte e sustentação por meio de uma rede (*Network / Netzwerk*) criada com o objetivo de avaliar e confirmar o potencial e a capacidade da teoria, bem como reconhecer os critérios que podem confirmar e dar suporte à mesma. (MELEIS, 1999, 1997).

Meleis (2007) refere que enfermeiros da academia e da prática, considerados por ela pesquisadores da Enfermagem, podem sustentar teorias por meio de diferentes critérios. Dentre muitos ela sugere:

1. Dar suporte a teoria por meio de análises filosóficas;
2. Dar suporte a teoria por meio de análises conceituais;
3. Dar suporte a teoria por meio de dados existentes;
 - a. Sínteses analíticas de estudos que aplicaram a teoria;
 - b. Meta-análise baseada nos componentes da teoria;
 - c. Banco de dados nacionais e regionais;
4. Dar suporte a teoria por meio de novos dados;
 - a. Estudos narrativos baseados em experiências clínicas, avaliação de clientes, situações e uso terapêutico;
 - b. Estudos interpretativos baseados na experiência de clientes;
 - c. Estudos “preditivos”, que predizem sobre estresse e bem estar;

- d. Estudos que sustentam a utilidade da terapêutica de Enfermagem bem como futuros estudos sobre teorias que predizem.

Meleis (1999) também não apresenta um quadro específico para essa etapa, porém trazemos em seguida a figura 1 que representa o Modelo de Avaliação de Teorias como um todo, lembrando que as etapas não precisam seguir uma ordem definida em sua aplicação, permitindo que o estudioso faça essa escolha.



Fonte: Meleis, 2007, p.269.

Figura 1: Modelo de Avaliação de Teorias

4 A PROPOSTA DE CUIDADO DE CARRARO (1994)

Ao observarmos a realidade em que vivemos, podemos acompanhar a evolução e os avanços tecnológicos proporcionando ora apenas um aumento de tempo de vida ora uma melhora na qualidade de vida, para isso utilizando procedimentos cada vez mais invasivos e complexos, aplicados em pacientes cada vez mais estressados e, por consequência, menos resistentes.

Ciente dessas circunstâncias, Carraro (1994) desenvolveu uma proposta de cuidado de Enfermagem intitulada “A Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções”, embasada em sua prática profissional e na teorização.

A proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), subsidiada pelo resgate dos escritos de Florence Nightingale, apresenta um marco conceitual e uma metodologia de cuidado norteadores das ações de Enfermagem. Essa proposta de cuidado, que foi construída, aplicada, analisada e avaliada por uma discussão da relação teoria-prática mediante a análise do marco conceitual, da metodologia e da prática assistencial, apresenta uma abordagem de prevenção de infecções hospitalares, com a participação do ser humano e sua família, buscando a potencialização do poder vital e a ativação do sistema imunológico.

A proposta está fundamentada, segundo a autora, em um marco conceitual formado por pressupostos e conceitos sobre ser humano, meio ambiente, saúde–doença e Enfermagem. A “Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções” compreende várias etapas, articuladas entre si, que se complementam, podendo ocorrer simultaneamente ou não. Essas etapas são as seguintes: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo e Acompanhando a Trajetória. (CARRARO, 1994, 1997, 2001b).

Temos assim um “direcionamento para o cuidado de Enfermagem, oferecendo subsídios necessários para sua atuação; representações do mundo vivido expressas verbalmente, ou por símbolos, esquemas, desenhos, gráficos, diagramas”. (CARRARO, 2001a, p. 11).

De acordo com nosso entendimento, essa proposta de cuidado de Enfermagem segue um referencial teórico-filosófico, é fruto de reflexões, e se baseia numa prática inserida no contexto sociopolítico brasileiro. Oferece subsídios para um cuidado diferenciado, pois considera o ser humano um ser integral e singular, partindo de sua realidade, valorizando sua experiência, seu contexto de vida e suas expectativas frente ao processo de viver.

Carraro faz uma releitura dos escritos da enfermeira britânica Florence Nightingale, destacando a capacidade de organização e administração, além dos conhecimentos em epidemiologia e estatística que se evidenciavam na prática de Florence. Segundo Carraro, vários estudiosos consideram Florence Nightingale a primeira teórica e filósofa em Enfermagem, a ainda a primeira epidemiologista, pois ela recomendava cuidados com o ambiente físico, mas incluía aspectos emocionais e sociais que poderiam afetar o ser humano, evidenciando sua preocupação com o meio ambiente interno do ser humano, ou seja, o estado emocional, espiritual, suas forças interiores, sua reação ao tratamento, que denominava como força ou poder vital. Ainda segundo o entendimento de Carraro (1997), essa enfermeira trabalhava com o binômio saúde–doença, entendendo a “... doença como um esforço da natureza para restaurar a saúde...”. (CARRARO, 1997, p. 19-20).

Em sua proposta de cuidado de Enfermagem, com a finalidade de orientar as crenças e valores que dirigem seu pensamento, Carraro (1994, p. 27-28) apresenta como parte integrante do marco conceitual nove pressupostos, que são:

- A saúde do ser humano e sua família está relacionada com o meio ambiente;
- A Enfermagem, assim como toda a equipe de saúde, tem o direito e o dever de conhecer medidas de biossegurança e conforto, e o dever de proporcioná-las ao ser humano e sua família;
- O ser humano e sua família têm o direito de conhecer as medidas de prevenção e controle de infecções. Compete à Enfermagem e à equipe de saúde, através de estratégias educativas, compartilhar seu conhecimento a respeito;
- A prevenção de infecções hospitalares, na situação cirúrgica, está baseada em ações básicas que devem permear o cotidiano da Enfermagem, do ser humano e de sua família;
- A instalação de infecção hospitalar coloca em risco a integridade do ser humano e de sua família;
- O ser humano possui poder vital que pode ser fortalecido no processo saúde–doença;
- A mobilização do meio ambiente e a potencialização do poder vital do ser humano requerem princípios de conduta bioética;
- A prevenção de infecções hospitalares possui duas interfaces: a mobilização do meio ambiente através de medidas preventivas e o aumento da resistência do organismo do ser humano;
- A família é ponto de apoio ao ser humano na vivência da situação cirúrgica. Nesta, é fundamental a atuação da família a fim de proporcionar ao ser humano condições de biossegurança.

Os conceitos apresentados nessa proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro (1994, p. 28-31) são: ser humano, meio ambiente, saúde–doença e Enfermagem, segundo a autora, resultado de reflexões e teorizações, buscando harmonia entre o seu pensamento e o de Florence Nightingale.

Ser humano é um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo; interage como o meio ambiente, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações. Estas ações, sob qualquer forma de expressão, podem ser caracterizadas enquanto saudáveis ou não. A potencialidade manifesta deste ser, até pela sua singularidade, apresenta diversificações, atributos, aptidões, sentimentos e outros valores, que podem se aproximar ou não daqueles apresentados por outros seres humanos. Destaca-se aqui que, segundo Florence, em 1859, o ser humano possui poder vital, usado para vivenciar o processo saúde–doença. Entendo poder vital como uma força inata ao ser humano. Esta força tende para a vida, projeta-o para a vida. No processo saúde–doença o poder vital age contra a doença quando canalizado para a saúde. O ser humano se relaciona com outros seres humanos, individualmente ou em grupos, e na sociedade como um todo. Um dos grupos de que ele participa é a família, entendida como um grupo de pessoas que se percebe como tal e partilha um meio ambiente familiar. Junto ao ser humano e sua família, a Enfermagem atua mobilizando o meio ambiente a fim de proporcionar condições favoráveis à saúde.

Meio Ambiente é o contexto que permeia e afeta a vida do ser humano e sua família. Envolve condições e influências internas e externas a estes e apresenta infinita diversidade. Ao envolver condições e influências que afetam a vida e o desenvolvimento do ser humano e sua família, o meio ambiente propicia meios de prevenção e contribui para a saúde ou para a doença (Florence, 1859). É com o meio ambiente que o ser humano e sua família vivenciam o processo saúde–doença. O meio ambiente proporciona ao ser humano relacionar-se com outro ser humano, com grupos e com a sociedade como um todo. Consciente que o meio ambiente é tudo isto, e muito mais do que sou capaz de registrar no meu imaginário, neste marco ele abrange a situação cirúrgica vivenciada pelo ser humano e sua família. Neste contexto a Enfermagem atua com o intuito de proporcionar ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital.

Saúde–doença é o processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser humano e do meio ambiente. Segundo Florence (1859), doença é um processo restaurador que a natureza instituiu. Sob este prisma a saúde não é vista apenas como o oposto de doença, não é somente bem-estar, mas inclui ser “capaz de usar bem qualquer poder que nós temos para usar” (Florence, 1882 b/1954, p.334-335, *apud* Reed & Zurakowski, 1983, p. 15). A esse processo saúde–doença, o ser humano e sua família estão constantemente expostos, e para viverem de forma saudável devem usar os recursos disponíveis no meio ambiente. Na vivência do processo saúde–doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais estará exposto a riscos que comprometem a sua saúde e a sua vida, um dos quais é contrair infecções hospitalares. Infecção hospitalar “é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a hospitalização ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização” (LEME, 1990, p.25). Portanto, no processo saúde–doença, a Enfermagem deve estar alerta para mobilizar o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde, à potencialização do poder vital e à prevenção de infecções.

Enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte por usar criatividade, habilidade e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a

ciência na sua prática assistencial. A potencialização do poder vital através da assistência de Enfermagem requer a observação de princípios bioéticos, tais como: o reconhecimento e o respeito a crenças, valores, sentimentos, capacidades e limitações do ser humano e sua família; o princípio de não lhes causar danos e esclarecer-lhes os riscos e benefícios a que estão expostos e a consciência de que a prioridade é a vida. O objetivo da Enfermagem, segundo Florence (1859), é propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável. Para tanto, a Enfermagem utiliza estratégias para a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto, apoio, educação à saúde e mobilização junto ao meio ambiente. O enfermeiro é um ser humano com todas as suas peculiaridades, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de profissional diante da lei e da ética. Possui direitos e deveres e está comprometido com o desenvolvimento da Enfermagem. Relaciona-se com outros seres humanos, trabalha em equipe, compartilha conhecimentos, observa princípios bioéticos e mobiliza o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde.

Essa proposta de cuidado de Enfermagem, embasada na teoria de Florence Nightingale, fundamentada em pressupostos e conceitos, contém também um diagrama, ou seja, uma representação gráfica da metodologia de cuidado, para facilitar a compreensão e visualização da mesma.

Esse diagrama compreende várias etapas articuladas entre si, que se complementam, podendo ocorrer simultaneamente ou não. Apresentamos a seguir a Figura 2, intitulada “A trajetória da Enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções”, descrevendo em seguida literalmente as etapas elaboradas por Carraro (1994, p. 35-40).

Ressaltamos que os anexos elaborados por Carraro (1994) para desenvolver seu estudo e citados a seguir nas etapas da metodologia, encontram-se anexos a este estudo, na seguinte ordem: o Anexo 1 da proposta de Carraro, intitulado “Operacionalização do marco conceitual”, encontra-se no Anexo 2, tratando-se de quatro quadros, cada um correspondendo a um dos conceitos utilizados nesta proposta, ou seja, um para ser humano, outro para meio ambiente, outro para saúde / doença e o último para enfermagem. Em cada um estão listados os elementos que compõem cada um dos conceitos, seguidos de uma lista de tópicos do que é importante se conhecer e como é possível conhecê-los. Resumindo, podemos dizer que se trata de um guia para que o enfermeiro operacionalize o marco conceitual.

O Anexo 2 da proposta de Carraro (1994), intitulado “Roteiro para coleta de informações”, encontra-se no Anexo 3 deste estudo. Trata-se de um instrumento para coleta de dados e informações sobre o paciente e sua família. O Anexo 3 desenvolvido por Carraro, denominado “Riscos de Infecção Hospitalar”, encontra-se no Anexo 4 deste estudo. Trata-se

de uma lista de fatores a serem considerados pelo enfermeiro e sua equipe como um risco de infecção hospitalar para esse paciente. O Anexo 4 da proposta de Carraro, que ela denomina “Variáveis que interferem do Poder Vital”, encontra-se no Anexo 5. São as variáveis tanto subjetivas quanto objetivas a serem observadas pelo enfermeiro, pois interferem no poder vital do paciente. O Anexo 5 desenvolvido por Carraro (1994), intitulado “Diário de Campo”, encontra-se no Anexo 6. Trata-se de uma ficha para registro das etapas da trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família durante a situação cirúrgica, sendo elas: reconhecendo a situação, desenhando o trajeto e selecionando as estratégias, seguindo e agindo e acompanhando a trajetória.

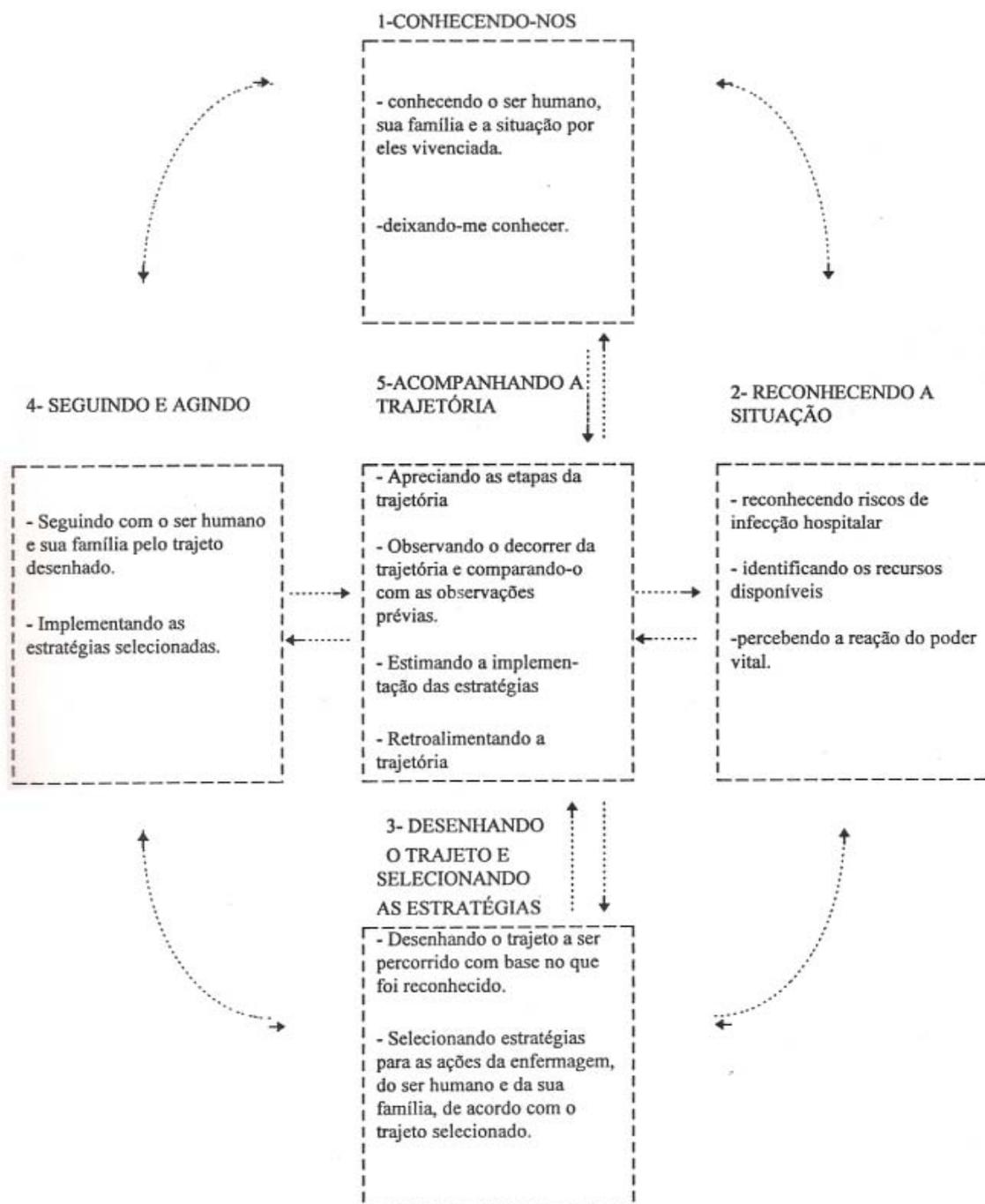


Figura 2: A trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na prevenção de infecções.

Fonte: CARRARO, 1994, p. 35.

A seguir descrevemos cada uma das etapas.

1. Conhecendo-nos

Sendo a primeira etapa da Trajetória, configura o início do meu relacionamento como ser humano, sua família e o meio ambiente da situação cirúrgica. Tem por finalidade buscar conhecer e conseguir informações que possibilitem a continuidade deste processo. De maneira informal, minha apresentação à equipe de saúde dos diversos setores, engloba algumas

informações sobre minha história profissional e o porquê do meu interesse nesse tipo de assistência. Ainda consta da apresentação do anteprojeto para a Prática Assistencial. Da mesma forma, no que tange ao cliente e sua família, penso ser de fundamental importância a minha apresentação esclarecendo “quem sou” e como pretendo atuar junto com eles. Observando os princípios bioéticos cabe aqui o esclarecimento ao cliente / família sobre os objetivos e o teor do trabalho, e sobre os seus direitos de participar ou não desta assistência, assim como da possibilidade de interrompê-la quando desejarem. Para que a etapa se desenvolva de maneira efetiva, é fundamental que seja bem explorada no sentido de subsidiar a continuidade do processo. Esse fato não significa que o conhecimento aqui proposto deva ser esgotado num primeiro momento, mas que deve ser um processo contínuo a permear todo o trajeto. É fundamental, principalmente neste momento, que haja interação entre as pessoas envolvidas no processo assistencial. Acredito que a assistência e o diálogo são elementos desencadeadores dessa interação e que, juntamente com a observação e a consulta à documentação disponível, subsidiem a Trajetória no que concerne às informações necessárias ao seu desenvolvimento. No meu entendimento, teoria – Marco Conceitual – e prática – aplicação da Metodologia para Assistência – precisam estar interligadas para que as ações de Enfermagem transcorram de modo congruente. Ao fazer esse elo teórico-prático, operacionalizo o Marco Conceitual de forma a guiar a etapa Conhecendo-nos (Anexo 1). Com a finalidade de nortear essa etapa, elaborei um Roteiro Básico para Coleta de Informações (Anexo 2) o qual não é um instrumento encerrado, podendo ser aperfeiçoado sempre que houver necessidade. As informações são registradas em diário de campo.

2. Reconhecendo a Situação

Essa etapa da Trajetória caracteriza-se pela reflexão sobre as informações obtidas na etapa anterior, fazendo uma ponte entre o teórico apreendido, o prático vivido, o teórico a apreender e o prático a viver. Essa reflexão conduz ao reconhecimento de como a situação cirúrgica se desenvolve, principalmente no que se refere ao processo saúde–doença e à prevenção de infecções. Optei em embasar o Reconhecendo a Situação no processo saúde doença, por entender que este permeia o desenvolvimento da Situação Cirúrgica, e que é nele que se processa a prevenção de infecções. Compreendo ainda que, ao focar o processo saúde–doença, estou trabalhando de forma interligada como os demais conceitos do Marco Conceitual. A partir dessa compreensão destaco três pontos fundamentais para o reconhecimento da situação, com vistas à prevenção de infecções hospitalares. São eles: os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital. Esse reconhecimento não ocorre de forma estanque; porém, para que haja melhor entendimento e para orientar essa etapa, tentei organizar aqui o que abrange cada um desses itens. Reconhecendo os Riscos de Infecção Hospitalar a que o paciente está exposto na situação cirúrgica, considerando “a probabilidade de algum evento indesejado” (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1989, p.126) e levando em consideração o que alguns estudiosos da Prevenção e Controle de Infecções citam como fatores de risco para pacientes cirúrgicos, elaborei um instrumento para facilitar a etapa Reconhecendo no que se refere a Riscos de Infecção Hospitalar (Anexo 3). Identificando os Recursos Disponíveis para facilitar a recuperação e proporcionar medidas de conforto, de educação à saúde, de apoio, de biossegurança e de potencialização do poder vital. Percebendo a Reação do Poder Vital à situação cirúrgica, observando como o cliente está se projetando para a vida e reagindo frente a

doença. Através de observações subjetivas, tais como sua motivação, seus planos para o futuro, seus sentimento em relação à cirurgia, seu relacionamento com os outros pacientes, família e equipe; e ainda através de dados objetivos, por exemplo: sinais vitais, exames laboratoriais, reação medicamentosa, cicatrização. Visando facilitar esse reconhecimento, sistematizo as variáveis que interferem no poder vital (Anexo 4). O Reconhecimento da situação pode ser retomado a qualquer momento em que se faça necessário, pois é ele que subsidia a etapa subsequente. Os registros referentes ao Reconhecendo a Situação são feitos no diário de campo e sistematizados no Anexo 5.

3. Desenhando a Trajeta e Selecionando Estratégias

Tendo iniciado o Conhecimento e o Reconhecimento da Situação Cirúrgica, esta etapa se caracteriza pelo Desenho do trajeto a ser percorrido. Nesta ocasião, ciência e arte se salientam e se complementam. A arte oferece subsídios para desenhar o trajeto; a ciência oferece o embasamento teórico-científico. Desta forma programamos a assistência tendo sempre em mente que o ser humano é um ser singular, integral e indivisível. É também neste momento que os princípios bioéticos sobressaem, principalmente no que se refere à mobilização do meio ambiente com vistas a proporcionar condições favoráveis à saúde. A programação, ou Desenho do Trajeta, pode ser realizada pelo enfermeiro, pelo enfermeiro / paciente e sua família, pelo enfermeiro e a família do paciente, e / ou pelo paciente sua família, conforme a situação se apresentar. Concomitantemente ao Desenho do Trajeta, dá-se a Seleção das Estratégias para as ações da Enfermagem, do ser humano e da sua família. Essa seleção acontecerá de acordo com as possibilidades de cada pessoa integrante deste processo. A atuação de cada um é singular e deve ser analisada no momento da programação do trajeto e da escolha de estratégias. Destas, algumas passíveis de utilização são: cuidado direto ao paciente, medidas de prevenção de infecções, educação à saúde, conforto, apoio, reuniões com a família e / ou equipe de saúde e visitas domiciliares. Os registros desta etapa são realizados no diário de campo e no Anexo 5.

4. Seguindo e Agindo

Esta etapa da Trajetória proporciona à Enfermagem seguir com o ser humano e sua família na vivência da Situação Cirúrgica. É neste momento que se dá a implementação das estratégias selecionadas. As ações seguem o Desenho do Trajeta e são executadas pelo enfermeiro, pela equipe, pelo paciente e por sua família, de acordo com a habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia escolhida. O seguimento desta etapa é registrado no diário de campo e no Anexo 5.

5. Acompanhando a Trajetória

Esta etapa é desenvolvida de maneira dinâmica, interligada e contínua através do acompanhamento da trajetória, e didaticamente dividida em 4 fases, que se seguem: 1- Apreciando as etapas: compreende a apreciação de cada etapa. Proporciona subsídios para a sequência do trajeto se existe interligação entre as mesmas; 2- Observando o decorrer da Trajetória e comparando-o com as observações prévias: compreende a observação e comparação de informações, com vistas a avaliar a evolução do cliente no que concerne à situação cirúrgica; 3- Estimando a implementação das estratégias: compreende a avaliação da escolha de estratégias e de sua implementação, bem como se as ações de Enfermagem são congruentes com o desenho proposto; 4- Retroalimentando a Trajetória: embasados nas

avaliações realizadas, compreende a retroalimentação da trajetória com a finalidade de introduzir inovações necessárias.

Essa etapa forma o elo entre as demais, reforçando a articulação entre as mesmas. É fundamental que permeie toda a Trajetória, subsidiando o seu desenvolvimento, retroalimentando-a e estimulando sua preservação, bem como os ajustes que se fizerem necessários. Seus registros são realizados no diário de campo e no Anexo 5 (CARRARO, 1994, p. 36-40).

Vale ressaltar que, para Carraro, a “teoria – Marco Conceitual – e a prática – aplicação da Metodologia para Assistência – precisam estar interligadas para que as ações de Enfermagem transcorram de modo congruente” (1994, p. 37). Esse conceito é reforçado por Neves e Gonçalves (1984), ao afirmarem que “o elo teoria–prática–pesquisa se consolida na definição do marco teórico [...] este ao mesmo tempo em que direciona a prática, proporciona fundamentação para a pesquisa que, por sua vez, aprimora ou refuta a teoria, fundamentando cada vez mais a prática”.

No decorrer dos anos, várias enfermeiras e estudantes de Enfermagem dos diferentes níveis, graduação e pós-graduação – *Lato e Stricto sensu* – têm utilizado a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro em sua prática, mostrando que ela pode ser aplicada no processo de cuidar. Até o momento, pudemos contar dezesseis estudos com a proposta: cinco no mestrado, um na especialização e os demais na graduação.

Fui a primeira enfermeira / pesquisadora a estudar, adaptar, aplicar e analisar a proposta de Carraro (1994) com um grupo de mulheres-mães durante o ciclo gravídico-puerperal, por meio de atividades educativas, trabalho que resultou em minha dissertação de mestrado, intitulada “Metodologia da Assistência: um elo entre a enfermeira e a mulher-mãe” (WALL, 2000), orientada por Carraro.

Os demais estudos foram desenvolvidos nas mais variadas áreas de conhecimento e atuação da Enfermagem, na graduação e pós-graduação, e são citados a seguir conforme nível de complexidade:

Estudos desenvolvidos na Graduação

- “O cuidado domiciliar às mulheres puérperas e suas famílias enfatizando o cuidado de si”. Autoras: Aline Gonçalves e Ariane Thaise Frello. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina. 2007. (GONÇALVES e FRELLO, 2007).
- “A Enfermagem atuando como facilitadora na potencialização do poder vital da puérpera”. Autoras: Fabrícia Martins Silva, Jane Cristina de Matos, Viviane

Brambati. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina. 2006. (SILVA, MATOS e BRAMBATI, 2006).

- “A vivência do climatério na atualidade”. Autora: Melissa Alessandra Macarini. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Centro Universitário FEEVALE. 2006. (MACARINI, 2006).
- “Uma caminhada com Florence Nightingale: cuidado de mulheres gestantes / puérperas e suas famílias em busca do fortalecimento de seu poder vital”. Autoras: Andréa Mocellin, Ingrid Gonçalves Rodriguez, Milena Machado Justino. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina. 2005. (MOCELLIN, RODRIGUEZ e JUSTINO, 2005)
- “Resgatando as orientações às puérperas durante o cuidado de Enfermagem por meio da aplicação de uma metodologia da assistência”. Autora: Andreia Cardoso de Souza, Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná. 2003. (SOUZA, 2003).
- “A Trajetória da Enfermeira Junto à Mulher com Diagnóstico de Câncer Uterino Submetida ao Procedimento de Braquiterapia Ginecológica”. Autora: Sheila Ribeiro da Silva, Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná. 2003. (SILVA, 2003).
- “Cuidado é o bem que se quer: aplicação de uma metodologia da assistência de Enfermagem a um grupo de mulheres voluntárias” Autora: Vilma Martins Serra. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná. 2002. (MARTINS, 2003).
- “A Trajetória da Enfermeira Junto ao Ser Humano Oncológico Traqueostomizado e sua Família”. Autora: Michele Jankovski Piloni Hervis. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná. 2002. (HERVIS, 2002).
- “Caminhada assistencial junto ao doente renal durante o período de hemodiálise”. Autora: Irene Elisabete Jung. Monografia de conclusão de Curso de Graduação. Universidade Federal do Paraná. 2001. (JUNG, 2001).
- “Vivenciando e refletindo sobre a prática profissional do enfermeiro ao aplicar a metodologia da assistência de Enfermagem na promoção à saúde da gestante”. Autora: Patrícia Bueno Gross. Monografia de conclusão de Curso de

Graduação. Universidade Federal do Paraná. 2001. (GROSS, 2001).

Estudos desenvolvidos na Pós-Graduação

Mestrado

- “O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale”. Autora: Ilse Kunzler. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina. 2006. (KUNZLER, 2006).
- “O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção a saúde”. Autora: Carolina Mazzucco Portela. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina. 2006. (PORTELA, 2006).
- “A Enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca”. Autora: Patricia de Gasperi. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina. 2005. (GASPERI, 2005).
- “Uma trajetória com mulheres-puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o Modelo de Cuidado de Carraro”. Autora: Ingrid Elizabeth Bohn Bertoldo, Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina. 2003. (BERTOLDO, 2003).

Especialização

- “Promoção à saúde da mulher no período gestacional: um enfoque multiprofissional”. Autora: Cíntia Mazur. Monografia de conclusão de Curso de Especialização. Universidade Federal do Paraná. 2004. (MAZUR, 2004).

Ao observarmos esse rol de estudos, percebemos a confirmação da necessidade de o enfermeiro utilizar um modelo referencial para o cuidado de Enfermagem na prática, direcionando o desempenho do cuidado e dando-lhe respaldo com segurança, contribuindo para a credibilidade e a visibilidade da Enfermagem. (CARRARO, 2001b; MELEIS, 1999; MARRINER-TOMEY, 1994).

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Metodologia, segundo Abbagnano (2003, p. 669), “é a arte de bem conduzir a própria razão no conhecimento das coisas, tanto para instruir-se quanto para instruir aos outros”. Assim, apresentamos o caminho que seguimos para produzirmos o conhecimento.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva com ensaio teórico. A pesquisa teórica, segundo Demo (2006, p. 23), é “dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos”. Esse tipo de pesquisa é orientado no sentido de reconstruir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes. Em outra obra, o autor refere que a pesquisa teórica não implica imediata intervenção na realidade, mas nem por isso deixa de ser importante, pois seu papel é decisivo na criação de condições para a intervenção. (DEMO, 2000).

A pesquisa teórica ou básica amplia generalizações, define leis mais amplas, estrutura sistemas e modelos teóricos, relaciona e gera novas hipóteses por força de dedução lógica. Exige grande capacidade de reflexão e de síntese, a par do espírito de criatividade. Acumula conhecimentos e informações que podem eventualmente levar a resultados acadêmicos ou aplicados importantes, mas sem fazê-lo diretamente. (DEMO, 2006, p. 23).

Polit e Hungler (1995, p. 16) reforçam a conceituação de Demo, ao afirmarem que a “pesquisa básica é delineada para ampliar a base de conhecimentos em uma disciplina, em benefício do conhecimento e da compreensão e [...] os resultados da pesquisa básica, muitas vezes, sugerem aplicações clínicas a um problema prático”.

A pesquisa exploratória, por sua vez, “é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”. Já a pesquisa descritiva “é aquela em que se expõem características de determinado fenômeno, não tendo o compromisso de explicar os fenômenos que descreve”. (TABOR e YALOUR, 2003, p. 69).

Assim, esse estudo objetivou identificar as características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), realizando a descrição, a crítica, a análise e a reflexão sobre

a referida proposta.

5.2 OBJETO DO ESTUDO

Para alcançar esse objetivo, fizemos a leitura exaustiva da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), intitulada “A Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções”, objeto desse estudo.

Como já referimos anteriormente, o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997) é formado por cinco etapas, que são a descrição, a análise, a crítica, o teste e o suporte, que podem ser usadas no todo ou apenas em partes. Neste estudo, optamos por utilizar todas essas etapas. A etapa denominada teste requer a análise de outros estudos que utilizaram a proposta de Carraro.

Como material para análise, utilizamos três dissertações, além dos escritos de Carraro. Para servir como material de análise para esta pesquisa, o estudo deveria atender aos seguintes critérios:

- ser um estudo de pós-graduação em nível de mestrado;
- replicar a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994);
- utilizar Florence Nightingale como referencial teórico.

Dessa forma, analisamos os estudos listados a seguir, pois estes atenderam aos critérios acima:

- “Metodologia da Assistência: um elo entre a enfermeira e a mulher-mãe”
Autora: Marilene Loewen Wall. Dissertação de Mestrado. PEN/Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.
- “Uma trajetória com mulheres-puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o Modelo de Cuidado de Carraro”. Autora: Ingrid Elizabeth Bohn Bertoldo. Dissertação de Mestrado. PEN/Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.
- “O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale”. Autora: Ilse Kunzler. Dissertação de Mestrado. PEN/Universidade Federal de Santa Catarina. 2006.

Os demais estudos não utilizaram a proposta de Carraro (1994) na sua íntegra, citando apenas partes da proposta, por exemplo, a metodologia de cuidado sem o marco conceitual ou

então outro referencial teórico que não o de Nightingale.

5.3 ANÁLISE DO ESTUDO

Lathlean (2006, p. 416) refere que o processo de análise de dados qualitativos não é linear e não existe um único caminho para fazê-lo, no entanto a análise qualitativa depende da visão teórico-filosófica do pesquisador, bem como da profundidade com que investiga seus dados.

Para Morse (2003, p. 30), o real processo de análise de dados está pouco descrito, porém os investigadores qualitativos quase sempre aprendem o processo de desenvolvimento de modelos e teorias fazendo uma investigação qualitativa. Para ela, em todos os métodos qualitativos quatro processos cognitivos se apresentam de maneira integral: compreender, sintetizar, teorizar e recontextualizar.

Entendemos que o Modelo de Avaliação de Teorias Meleis (2007, 1999, 1997) é bastante criterioso e detalhado, pois permitiu uma coleta de dados bastante ampla e exigiu a ordenação, ou seja, a organização das informações obtidas de forma metódica. Assim, ele foi utilizado como método para análise desse estudo, pois nos deu condições para explicitar os pressupostos do qual Carraro parte, sua teoria, as correntes de pensamento às quais ela se filia, seus paradigmas, além de analisar a coerência, validade, originalidade, profundidade e alcance da Proposta de Cuidado de Carraro (1994).

5.4 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Sabe-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Este estudo, porém, não envolveu seres humanos na coleta de dados, sendo realizado a partir de estudos bibliográficos. Dessa forma, segundo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, não se faz necessário a aprovação pelo mesmo (BRASIL, 1996), nem um documento de autorização por parte da autora, uma vez que a referida proposta está descrita em uma dissertação de mestrado e foi publicada em forma de livro, além de artigos.

6 ANÁLISE E RESULTADOS

Para chegarmos a resultados e sua respectiva análise, fez-se necessário ler, estudar, traduzir, adaptar termos para a linguagem atualmente utilizada, repensar, analisar, comparar, raciocinar sobre... Primeiramente percebeu-se a necessidade de descrever cada etapa do modelo de avaliação de Meleis. Esse esmiuçar, essa explicação detalhada, já é um dos resultados do estudo realizado.

Segundo Schopenhauer (2006, p. 149), “não se encontra, para cada palavra de uma língua, um equivalente exato em todas as outras línguas. Portanto, nem todos os conceitos designados pelas palavras de uma língua são exatamente os mesmos que as palavras das outras expressam, por mais que essa identidade se verifique na maior parte dos casos”. Percebemos que “não é exatamente o mesmo conceito que determinada palavra de uma língua designa, em comparação com outra língua”, assim, não fizemos uma tradução do inglês ou do alemão para o português, pois, como diz o referido autor, “toda tradução é uma obra morta” (p. 151). O desafio de traduzir consiste em reconhecer em cada conceito, definição, termo, palavra, pensamento, o que ele corresponde para a Enfermagem brasileira, por isso, buscamos e estudamos palavras, frases e expressões que fossem significativas e que produzissem o efeito semelhante ao do original. Em algumas situações acrescentamos o termo na língua inglesa, seguido do termo na língua alemã para facilitar a compreensão e possibilitar um raciocínio mais profundo pela riqueza que as diferentes línguas oferecem.

Parafraseando Schopenhauer (2006), a tarefa desse estudo foi não somente ver o que ninguém ainda viu, mas pensar o que ainda ninguém pensou sobre o que todos veem.

O Modelo de Avaliação de Teorias Meleis (2007, 1999, 1997) é bastante detalhado e engloba as etapas de descrição, análise, crítica, teste e suporte, todas descritas no capítulo do referencial teórico. Mas os vários critérios que compõem cada uma dessas etapas não puderam ser analisados, uma vez que não foram encontrados na estrutura da proposta de Carraro (1994). Isso, no entanto, não desqualifica a análise dessa proposta, pois buscamos identificar as características da mesma.

6.1 A DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)

Fazemos a seguir a Descrição da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), seguindo os critérios que Meleis (2007, 1999, 1997) preconiza para essa etapa.

De forma generalizada, constatamos que a proposta de Carraro (1994, p.31) objetiva o cuidado de Enfermagem ao ser humano e sua família durante a vivência da situação cirúrgica, com o olhar voltado para a prevenção de infecções, “buscando a potencialização do poder vital e ativação do seu sistema imunológico”, com base nos escritos de Florence Nightingale . Tendo como bagagem o conhecimento de Enfermagem e a prática hospitalar, especificamente em centro cirúrgico, Carraro (1994) descreve suas inquietações buscando entender como se processava uma situação cirúrgica no ser humano e sua família e como a Enfermagem poderia contribuir para minimizar o sofrimento decorrente dessa situação, buscando “maneiras de se chegar a uma prática mais eficaz e gratificante” (p. 3). O que inquietou Carraro a ponto de levá-la a realizar seu estudo era o fazer das enfermeiras, que embora planejado, não era fundamentado em uma teoria ou marco conceitual.

A Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994, p. 9) traz como objetivo “assistir o ser humano e sua família na vivência da Situação Cirúrgica, com o olhar voltado para a prevenção de infecções hospitalares, embasada nos escritos de Florence Nightingale”. Para alcançar seu objetivo, Carraro (1994) percebeu a necessidade de construir um marco conceitual para nortear sua prática e, a partir deste, elaborar e implementar uma metodologia de cuidado de Enfermagem ao paciente cirúrgico e sua família. Assim, encontramos registradas a elaboração e aplicação da proposta, relatando os passos de sua concepção, sua estruturação teórico-metodológica, sua aplicação e a análise teórico-prática.

Componentes Estruturais

No critério componentes estruturais, as unidades de análise são as pressuposições, os conceitos e as proposições.

Quanto aos componentes estruturais, a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) apresenta nove pressupostos que embasavam sua prática (p. 27-28; 2001; 1997), citados no capítulo quatro, no qual apresentamos a proposta e sua utilização.

Esses pressupostos evoluíram de um olhar filosófico, especificamente de um olhar humanista, baseado nos escritos de Nightingale, conforme constatamos na afirmação de

Carraro (1994): “elegi os escritos de Florence Nightingale como principal embasamento deste estudo”. Ela justifica a escolha, fazendo um resgate de Nightingale, pois acredita que os enfermeiros precisam reconhecê-la para compreender melhor sua atuação e os ensinamentos que ela nos deixou, bem como o quanto que diariamente exercitamos grande número de princípios e indicações da mesma. Entendemos que os pressupostos têm um olhar filosófico humanista, pois têm como “fundamento a natureza humana e os limites e interesses do homem”. (ABBAGNANO, 2003, p. 518).

Marriner (1989, p. 5) classifica as teorias de Enfermagem em quatro grandes grupos: arte e ciência da Enfermagem humanística, relações interpessoais, teorias de sistemas e de campos de energia. A teoria de Florence Nightingale encontra-se no grupo arte e ciência da Enfermagem humanística, juntamente com as teorias de Henderson, Abdellah, Hall, Orem, Adam, Leininger e Watson. Assim, a proposta de Carraro, a partir dos pressupostos oferece uma abordagem humanista.

Os pressupostos também podem ser descritos como explícitos, pois estão citados claramente na Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) e são oriundos da própria autora, abordando declarações ou afirmações sobre Enfermagem, comportamento humano, vida, saúde e doença. Baseamos essa afirmação nos escritos de Carraro: “a Enfermagem, assim como toda a equipe de saúde, tem o direito e o dever de conhecer medidas de biossegurança e conforto, e o dever de proporcioná-las ao ser humano e sua família; [...] compete à Enfermagem e à equipe de saúde, através de estratégias educativas, compartilhar seu conhecimento [...]; o ser humano possui poder vital que pode ser fortalecido no processo saúde–doença”. (p. 27).

Nessa Proposta de Cuidado de Enfermagem, Carraro (1994) apresenta os quatro conceitos do metaparadigma da Enfermagem: ser humano, meio ambiente, saúde–doença e Enfermagem, já citados no capítulo quatro. Constatamos que esses conceitos bem como a descrição da definição de cada um são apresentados de forma bastante clara, pois os mesmos “são seguidos de explicação ou descrição de modo a aumentar a clareza da mensagem”. (GEORGE, 1993, p. 15). O conceito de ser humano traz o resgate e também a descrição do que Carraro (1994, p. 29) entende por poder vital, termo que já era usado por Florence Nightingale em 1859 (NIGHTINGALE, 1992, p. 6), incluindo ainda a definição de família e infecção hospitalar. Percebe-se que os conceitos estão fortemente interligados, numa relação mútua, por meio das definições que cada conceito traz.

Os conceitos ser humano e Enfermagem são abstratos, definidos de forma abrangente, pois não trazem especificações, permitindo serem utilizados em situações variadas. Já os

conceitos meio ambiente e saúde–doença são concretos, apresentando termos que restringem a abrangência dos mesmos, como podemos observar a definição do conceito meio ambiente, quando Carraro (1994, p. 29) escreve que “neste marco ele [meio ambiente] abrange a situação cirúrgica vivenciada pelo ser humano e sua família”. Na definição do conceito saúde–doença a autora descreve: “na vivência do processo saúde–doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas”. (CARRARO, 1994, p. 30). Destacamos aqui a palavra *pode*, utilizada nesse último conceito, dando a ideia de possibilidade, ou seja, o ser humano poderia vivenciar outras situações durante o processo saúde–doença, não apenas a cirurgia. Os conceitos são invariáveis, pois não fazem distinção de sexo, raça, religião ou estado civil.

Quanto à descrição de proposições, a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) não apresenta esse componente estrutural de forma destacada, ou seja, descrito claramente. Quando desenvolveu essa proposta, a autora não tinha o objetivo de criar proposições mas, sim, cumprir as solicitações que constavam nas disciplinas do curso de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nas quais, segundo Paim e Trentini (1993), os alunos construíam um marco conceitual formado por conceitos e pressupostos, como exercício acadêmico para estimular o desenvolvimento de dissertações a partir de práticas assistenciais em instituições de saúde.

Componentes Funcionais

A descrição dos componentes funcionais da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) se dá por meio de respostas às perguntas sugeridas no modelo de avaliação de Meleis (2007, 1999, 1997), listadas nesse critério.

Quanto à primeira questão, que se refere ao foco, ou seja, a quem a referida proposta está dirigida, podemos afirmar que ela está direcionada para o ser humano que vivencia uma situação cirúrgica e sua família, tendo como meta o cuidado ao realizar a avaliação e a intervenção de Enfermagem no ser humano em sua integralidade, vivenciando o processo saúde–doença, prevenindo a infecção e fortalecendo o poder vital.

Quanto às definições que a proposta apresenta, Carraro (1994) utiliza a palavra paciente para referir-se ao foco de sua proposta, pois é esse o termo utilizado para denominar o ser humano que se encontra internado em um hospital. Essa definição deixa evidente que o paciente é um ser com individualidades e que merece ser respeitado e considerado pela Enfermagem dessa forma. Meleis (1999, p. 595) afirma que “pacientes são parceiros no processo de cuidado e a Enfermagem deve participar e construir um diálogo de confiança”.

Embora seja incentivada em toda a Proposta de Cuidado de Enfermagem, Carraro

(1994) não traz uma definição clara e explícita da interação paciente–enfermagem. As demais definições, como Enfermagem, saúde–doença, ser humano e ambiente estão claramente definidas nos conceitos de referida proposta.

Algumas das questões centrais sugeridas por Meleis (2007, 1999, 1997) são a clareza, a origem e a fonte dos problemas de Enfermagem. Ao nosso entendimento, Carraro (1994) utiliza a etapa “conhecendo-nos”, na qual o enfermeiro se deixa conhecer para conhecer seu paciente, possibilitando a interação, para que na etapa “reconhecendo a situação”, sejam reconhecidos “os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital” (p. 37). Traz também dois instrumentos que ela denomina “Riscos de Infecção Hospitalar” (Anexo 4) e “Variáveis que interferem no poder vital” (Anexo 5), tendo por objetivo facilitar o planejamento do cuidado e guiar o profissional de Enfermagem. Isso permite constatar que a autora não utiliza a expressão problemas de Enfermagem. Entendemos que as situações de risco têm origem e são inerentes ao próprio ser humano e à situação cirúrgica que ele vivencia; assim, a identificação do paciente é essencial para que as ações de Enfermagem sejam planejadas, para serem implementadas e avaliadas posteriormente.

Meleis (1999, p. 219) refere que a classificação de problemas e intervenções de Enfermagem surgem da prática e, se forem vistos como algo dinâmico e flexível, podem oportunizar a evolução e o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem; porém, se forem aplicados de forma estática, inflexível, poderão ser um obstáculo para o desenvolvimento teórico da Enfermagem como disciplina.

Quanto à indicação de intervenção, a Proposta de Cuidado de Carraro (1994, p. 38) traz a etapa “Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias”. Essa etapa objetiva uma programação e seleção de ações de cuidado de Enfermagem com embasamento teórico-científico, que “pode ser realizado pelo enfermeiro, pelo enfermeiro / paciente e sua família, pelo enfermeiro e a família do paciente, e / ou pelo paciente e sua família, conforme a situação” (p. 39). Carraro refere ainda que “a atuação de cada um é singular e deve ser analisada no momento da programação do trajeto e da escolha de estratégias” (1994, p. 39). Entendemos que essas estratégias são modalidades de intervenção; a autora da referida proposta cita algumas dessas estratégias, como “cuidado direto ao paciente, medidas de prevenção de infecções, educação à saúde, conforto, apoio, reuniões com a família e / ou equipe de saúde e visitas domiciliares” (p. 39).

Essas ações de cuidado já são conhecidas e, como refere Meleis (1999, p. 199), são exemplos de modalidades terapêuticas de Enfermagem, desenvolvidas por várias estudiosas,

como toque, cuidado, acréscimo de papéis, proteção, estímulo por manipulação focal, residual e contextual, medidas de conforto, entre outros.

Quanto aos resultados dessas ações terapêuticas, em sua Proposta de Cuidado de Enfermagem, Carraro (1994) sugere uma etapa denominada “Retroalimentando a trajetória” que, segundo a autora, “forma o elo [...] reforçando a articulação entre as demais” e tem como objetivo avaliar as ações realizadas com o paciente e sua família, fazer os ajustes necessários, bem como compreender, realimentar ou estimular sua preservação (p. 40).

Na proposta de Carraro (1994) notamos a inexistência de um plano para tratar as possíveis consequências, caso a meta prevista – a prevenção de infecção – não seja alcançada e o poder vital não seja fortalecido. A proposta também não deixa claro quais seriam os resultados da ação de enfermagem.

A próxima etapa a ser apresentada é a análise, na qual são identificados os componentes dos conceitos e da proposta de cuidado.

6.2 A ANÁLISE DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)

Como Meleis (2007) não preconiza uma ordem definida para os critérios de seu modelo de avaliação, optamos por iniciar a análise dessa proposta de cuidado apresentado com mais detalhes a pessoa que a idealizou para posteriormente analisar os demais critérios.

A autora

A enfermeira Telma Elisa Carraro é docente e pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), atuando na graduação e pós-graduação (doutorado e mestrado) de Enfermagem. Obteve seu diploma de bacharel em Enfermagem em 1984 na Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel – PR, FECIVEL, atualmente denominada Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Fez seu mestrado em 1996 e doutorado em 1998 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o pós-doutorado na Universidade de São Paulo (USP – Ribeirão Preto).

Desde 2000, é líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) da UFSC, desenvolvendo pesquisas com um grupo multidisciplinar formado por colegas doutoras, orientandos de doutorado e mestrado, acadêmicos de Enfermagem, bolsistas de órgãos de

fomento à pesquisa (CNPq e CAPES) e profissionais de outras áreas do conhecimento, como fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e médicos. Suas áreas de interesse são o cuidado e o conforto de Enfermagem, a mulher, o fenômeno das drogas, a epistemologia do cuidado e conforto em Enfermagem e seu desenvolvimento teórico-conceitual e metodológico.

Antes de ingressar na academia como docente e pesquisadora, atuou como enfermeira em um hospital, no cargo de supervisora geral, assumindo posteriormente a chefia do centro-cirúrgico. Assim, realizava o cuidado de Enfermagem e a gerência dessa unidade, além de integrar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Antes mesmo de desenvolver essa proposta de cuidado, Carraro atuou na academia em Cascavel, assumindo as disciplinas de Enfermagem médico-cirúrgica, Enfermagem em doenças transmissíveis, incluindo então no conteúdo dessas disciplinas, os temas de infecção hospitalar e a Enfermagem em centro cirúrgico.

Dessa experiência profissional, como ela mesma escreve, “prática que sempre me deu muito prazer”, surgiu o interesse pelo ser humano e sua família em situação cirúrgica. Dessa forma, buscou contribuir teórica e tecnicamente para o cuidado de Enfermagem, baseada nos escritos da precursora da Enfermagem moderna – Florence Nightingale. (CARRARO, 1994, p. 1).

A proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro foi desenvolvida durante o mestrado da autora, como já foi mencionado anteriormente, e desde então ela tem orientado outros estudos que se utilizaram dessa proposta de cuidado de Enfermagem. Em 1993 ela prestou concurso público e passou a integrar o quadro de docentes da Universidade Federal do Paraná, até o ano de 2002, quando se mudou para a cidade de Florianópolis e passou a integrar o quadro de docentes da Universidade Federal de Santa Catarina até a atualidade.

Durante seu doutoramento, preocupou-se com as questões da mortalidade materna no Brasil, estudando especificamente a situação em uma das capitais da Região Sul do país. Nesse estudo não utilizou sua proposta de cuidado na íntegra, porém “buscou a associação entre a subjetividade do postulado poder vital / vida com a objetividade do postulado prevenção / contágio, [...] relacionando a prática observada à teoria orientada pelos escritos de Florence Nightingale e Ignaz Philipp Semmelweis”. Carraro buscou identificar os componentes do cuidado de Enfermagem no processo de evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais (1999, p. 95).

Ensinar também é uma das paixões de Carraro, e nos vários estudos orientados por ela e por outros, tanto em nível de mestrado como de especialização e graduação, sua proposta (1994) foi utilizada com adaptações para outros fenômenos, como a mulheres vivenciando a

gestação, o puerpério e a amamentação, ou a pacientes crônicos renais em tratamento de hemodiálise, pacientes em tratamento oncológico, situações de educação em saúde para agentes comunitários, entre outros. Porém, não temos relatos de que a proposta tenha sido utilizada por enfermeiros que atuam apenas em serviços de saúde.

Várias experiências da autora e temas de seu interesse de estudo, como modelos de cuidado de Enfermagem, foram publicadas em forma de livros e artigos tanto utilizados na formação de profissionais, como também lidos por enfermeiros que procuram aperfeiçoar sua prática na Enfermagem. (CARRARO, 2007a; 2007b; 2001; 2001a e b; 1999a; 1999b; 1997; 1994).

A origem paradigmática da proposta de cuidado

Sintetizando, a partir da análise, podemos afirmar que a origem paradigmática da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) está fundamentada na teoria de Enfermagem de Florence Nightingale (1859) pois Carraro resgata de forma explícita e sistematizada, ampla e minuciosa o legado de Florence, resgatando conceitos com os quais Carraro identificou sua prática, uma vez que esses vão ao encontro de suas crenças, valores e conhecimento sobre a Enfermagem.

Para Meleis (2007, p. 134), as ideias e os recursos, o conhecimento de estratégias e a avaliação são condições para o desenvolvimento de propostas teóricas na Enfermagem. Ideias, perguntas e fenômenos são fontes riquíssimas que têm origem na mente humana e, pela força da mente, são analisadas, separadas e classificadas a partir das ideias já existentes, dando continuidade àquelas nas quais vale investir.

Assim, entende-se que são fontes para o desenvolvimento teórico da Enfermagem, a prática de Enfermagem existente, o modelo biomédico, a experiência de enfermeiras, o papel profissional (*roles / Berufsrollen*), a ciência básica (*basic science*), a prática de Enfermagem ideal, o processo de Enfermagem, os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem, a clareza e classificação de conceitos, e as pesquisas e teorias de Enfermagem. A complexidade e a contextualização da prática de Enfermagem requerem múltiplas fontes de ideias, utilizando-se diferentes olhares para o desenvolvimento teórico-científico de nossa disciplina. (MELEIS, 2007, p. 134).

Para análise da origem paradigmática da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), destacamos, com base em Meleis (2007), que a prática de Enfermagem existente foi uma das primeiras fontes de ideias utilizadas pela autora. De acordo com Meleis (2007, p. 136), Florence Nightingale deixou o legado de que apenas o conhecimento sobre a

doença não seria o ato necessário e suficiente para o cuidado e a recuperação do ser humano, “sendo essa, a primeira tentativa de diferenciar o foco central entre Enfermagem e a medicina”. Seus escritos sobre a necessidade de ar puro, calor, higiene, limpeza, repouso, alimentação e a preservação do poder vital do paciente foram baseados em sua observação e sua experiência, confirmando que, por meio da prática, pode-se descrever, predizer e prescrever o cuidado de Enfermagem.

Se analisarmos a literatura de Enfermagem, podemos constatar que a ênfase sobre os escritos de Nightingale (1859) está no conceito de ambiente, porém sua abrangência é muito mais ampla que apenas o ambiente externo. Nightingale referia-se também a elementos sociais, além da força interior de cada ser humano, que é o ambiente interno. A amplitude desse conceito também permeia a proposta de Carraro (1994), que pautou seu estudo no relacionamento do enfermeiro com o paciente e a família deste, considerando a situação vivenciada, as possíveis estratégias para implementação do cuidado com um acompanhamento constante.

Além de Nightingale, Carraro (1994) estudou os princípios da epidemiologia, para compreender a Teoria da Causalidade – ciência que se dedica ao estudo da ocorrência e distribuição de um fenômeno em um conjunto de pessoas, e que procura os determinantes desse fenômeno com o intuito de preveni-lo ou controlá-lo. Tais princípios convergiam com o objetivo de Nightingale (1859).

É na proposta que Carraro explicita porque escolheu Nightingale; ao ser questionada “por que Florence?”, ela responde: “questões que poderiam ser tão básicas e tão óbvias e que, na prática são muitas vezes tão contraditórias, tão confusas e tão pouco observadas” lhe inspiraram e remeteram “à questão do fazer, fazendo e aprendendo, teorizando à luz da prática”, respondendo às suas inquietações sobre como o paciente e sua família vivenciam uma situação cirúrgica, desenvolvendo assim um suporte teórico para a prática da Enfermagem (1994, p. 7-8).

Em nosso entendimento, os preceitos de Nightingale (1859) utilizados por Carraro (1994), básicos e complexos, antigos, mas atuais, que emergiram de sua prática, foram, são e ainda serão a essência do cuidado de Enfermagem no processo restaurador, podendo ser uma das fontes e origem de propostas teóricas.

Dimensões Internas

No critério dimensões internas, a primeira unidade de análise a ser considerada é o fundamento lógico no qual a proposta está construída. Entendemos que o fundamento dessa

proposta está nos pressupostos, conceitos e definições e que a referida proposta é concatenada, uma vez que é desenvolvida em torno de seus conceitos como ser humano, ambiente, Enfermagem e saúde–doença, que estão relacionados, porém ainda precisam ser aperfeiçoados. Nas definições trazidas por Carraro, cada um desses conceitos faz referência aos demais, deixando evidente que se trata de um marco conceitual, e tem sua origem nas ideias de Nightingale (1859). Segundo Chinn e Kramer (1995, p. 37; 75), marco conceitual é uma estrutura composta por conceitos inter-relacionados que formam um todo.

Vale ressaltar que o conceito do termo marco conceitual ainda é bastante controverso na literatura da Enfermagem brasileira, porém para esse estudo nos baseamos na definição de Meleis quando refere que marco conceitual é um conjunto de conceitos discretos que não estão unidos por proposições. (MELEIS, 1997).

A segunda unidade analisa o sistema de relações e podemos afirmar que a proposta em avaliação foi construída no método de campo, cujo foco está na relação entre os fenômenos, explicados por meio de suas relações. Carraro (1994) desenvolveu sua proposta de cuidado tendo como centro a situação cirúrgica vivenciada pelo ser humano e sua família. O fenômeno situação cirúrgica pode sofrer influência de outro fenômeno, que é a infecção hospitalar, que por sua vez influencia a força vital do paciente, entre outros. Segundo Kaplan (1972, p. 307), no método de campo, toma-se como fundamental um sistema de relações entre certos elementos, explicando-os mediante referências a essas relações.

A terceira unidade de análise é o conteúdo. Na Proposta de Cuidado de Carraro, o este se refere às necessidades do indivíduo e sua família durante o processo de saúde e doença que, para Florence, era um “processo restaurador” (Nightingale, 1989, p. 14). Segundo a classificação de Meleis (1999) trata-se de uma proposta de cuidado de Enfermagem que foca uma situação específica.

O quarto critério analisa o início de construção da proposta. Em nosso entendimento, Carraro (1994) a desenvolveu durante o mestrado, motivada pela sua história pessoal e por sua trajetória profissional, fundamentando-a nos princípios teóricos de Nightingale (1859), idealizando um cuidado que orientasse o profissional de Enfermagem a entender como o ser humano processava a situação cirúrgica. Outro aspecto relevante foi o desafio proposto pelo curso de mestrado de Enfermagem da UFSC, que exigia fundamentação da prática assistencial em teoria ou conceitos de teorias. Vale ressaltar que ainda durante seu mestrado Carraro implementou e analisou essa proposta.

Fazendo a análise, entendemos que se trata de uma proposta de cuidado de Enfermagem com um início construtivo, que, segundo Meleis (1999, p. 411), também pode

ser chamado de um início dedutivo, pois sua ênfase está numa estrutura conceitual deduzida de outra já existente, ou seja, dos escritos de Florence Nightingale (1859). Propostas com início construtivo são hipotéticas, porém mais completas e esclarecedoras, podendo ser bem adaptadas.

Entendemos que se trata de uma proposta teórica que visa corresponder ao contexto da prática, mas para analisar sua elaboração, recorremos a Kaplan (1972, p. 303), para quem “uma teoria é construção simbólica [...] é conjectural, é hipotética, se contrastarmos a sua incerteza com a certeza de um enunciado de fato, de verdade conhecida”.

Quanto ao raciocínio do método, respaldamo-nos em Turato (2005, p. 511); segundo ele, “epistemologicamente, todos os métodos são dedutivos *a priori*, partindo de hipóteses imaginadas pelo pesquisador em suas experiências de vida e em estudos teóricos e indutivos *a posteriori*, partindo de dados coletados em campo, em laboratório ou em registros da literatura”.

Nóbrega e Lima (2001, p. 78) afirmam que “um modelo necessita de uma estrutura de ideias e conceitos”. Para eles, “é impossível gerar um modelo de Enfermagem da pura observação, sem ideias preconcebidas”.

A quinta unidade de análise é o escopo da proposta de cuidado, na qual analisamos seus significados, sua utilidade e aptidão. A proposta de Carraro (1994) foi desenvolvida e direcionada para prestar cuidado ao ser humano vivenciando uma situação cirúrgica voltado para a prevenção de infecções. Trata-se de uma proposta de domínio único, pois se refere a esse fenômeno especificamente.

A sexta unidade de análise é a meta da proposta, que consideramos voltada para as ações de cuidado de Enfermagem, preocupando-se com situações que requerem mudanças e intervenções. George (1993, p. 16), em uma das obras sobre teorias de Enfermagem traduzidas para o português, refere que “as teorias constituem uma forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo”. O texto que utilizamos nesse estudo baseia-se em Meleis (2007, p. 256), para quem as teorias são construídas para descrever, explicar, predizer ou prescrever, o que no inglês é expresso com os verbos “*to describe, to explain, to predict, or to prescribe*”. No idioma alemão lê-se “*theorien sollen beschreiben, erklären, vorhersagen oder vorschreiben*”. (MELEIS, 1999, p. 412).

Baseados nisso, entendemos que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro é prescritiva, articulando as condições no processo de vida, na relação ser humano–ambiente e no estado de saúde que precisam de determinada intervenção, bem como o resultado sobre o processo de vida do cliente, seu estado de saúde e sua interação com o ambiente, que também

está focado nessas prescrições. Entendemos que a referida proposta articula as condições do processo de viver, no qual o ser humano e o ambiente interagem. Podemos afirmar, com base em Meleis (1999, p. 53), que a referida proposta apresenta alguns dos componentes estruturais das teorias prescritivas, também denominadas teorias práticas de Enfermagem (*Nursing practice theories / Pflegepraktische Theorien*), pois ela traz a definição da situação do cliente e uma metodologia para que o processo de cuidado seja implementado com a intenção de que a infecção hospitalar seja prevenida e o poder vital seja fortalecido.

A sétima unidade propõe a análise do contexto da proposta. Conforme a classificação de Meleis (1999), trata-se de um conhecimento de processo, pois inclui o processo de Enfermagem e a interação Enfermagem–paciente, que pode ser percebida tanto nos conceitos apresentados quanto nas etapas da metodologia do cuidado, nas quais a operacionalização do cuidado é descrita detalhadamente.

Tratando-se de um processo, verifica-se que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) permite sua adaptação. Percebemos que a mesma foi utilizada para outras situações que requerem o cuidado, tanto em ambiente hospitalar como na saúde pública, com pessoas que vivenciavam outro fenômeno que não a situação cirúrgica num ambiente hospitalar. Dessa forma, cada estudo apresentou outros pressupostos e realizou adaptações principalmente na metodologia do cuidado, na etapa “reconhecimento da situação de risco de infecção hospitalar”, em que foram reconhecidas outras situações que poderiam ser um risco para a pessoa cuidada. As demais etapas, por serem mais amplas, não sofreram adaptações.

Observamos também que as definições dos conceitos sofreram alterações, em especial a definição do conceito saúde–doença, pois Carraro (1994) refere de forma específica que “na vivência do processo saúde–doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais estará exposto a riscos que comprometem sua saúde e sua vida, um deles é o contrair infecções hospitalares”. Em alguns estudos essa afirmação foi suprimida e em outros ela foi adaptada, como podemos confirmar no estudo de Wall (2000, p. 27) “nesse marco o meio ambiente abrange a situação gestacional e puerperal vivenciada pela mulher-mãe e sua família e a Enfermagem, atuando com o intuito de proporcionar condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital”.

Entendemos que a utilização da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) em diferentes contextos, mesmo que parcialmente, contribuiu para que problemas de Enfermagem fossem identificados, analisados e interpretados, edificando e fortalecendo forma nossa disciplina.

A oitava unidade de análise trata sobre a abstração. Ao analisarmos a proposta,

podemos afirmar que ela tem baixo nível de abstração, pois Carraro (1994) traz de forma muito esclarecedora e prática um direcionamento das ações para o cuidado de Enfermagem. Vale, porém, ressaltar que não são ações terapêuticas prontas, ou seja, descritas de forma acabada e fechada; a autora salienta que cada profissional precisa, além do conhecimento científico, buscar a sensibilidade, a criatividade, a imaginação e a habilidade. (p. 32).

A nona e última unidade analisa o método utilizado para o desenvolvimento da proposta. Carraro traz em sua bagagem a experiência da Enfermagem em um centro cirúrgico, na administração de unidades hospitalares, tendo atuado também na comissão de infecção hospitalar bem como na educação. Com a oportunidade de continuar sua qualificação, iniciou essa construção teórica que sempre esteve muito unida à prática, deixando transparecer claramente seus ideais, contribui para o crescimento e aperfeiçoamento dos cuidados de Enfermagem ou, como refere Nightingale, para uma “boa assistência de Enfermagem” (“careful nursing”) (NIGHTINGALE, 1989, p. 15; 1859, p. 6). Assim, embasados nos escritos de Meleis (1999), afirmamos que o método utilizado para construção da proposta é operacional, pois esse método é utilizado na construção de propostas a partir de métodos de intervenção, e a experiência do seu autor é utilizada.

A etapa seguinte é a crítica. Nela, observamos vários critérios como à relação entre a estrutura e a função, o diagrama da teoria, o círculo de adesão, a utilidade e os componentes externos.

6.3 A CRÍTICA DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)

Segundo Abbagnano (2003), o termo crítica foi introduzido por Kant para designar o processo por meio do qual a razão empreende o conhecimento de si, ou seja, o tribunal que garante a razão em suas pretensões legítimas, mas condena as que não têm fundamento. A tarefa da crítica é ao mesmo tempo negativa e positiva. Negativa, por restringir o uso da razão e positiva porque nesses limites a crítica garante à razão o uso legítimo de seus direitos.

Assim, vários critérios estabelecidos por Meleis (2007, 1999, 1997) em seu Modelo de Avaliação de Teorias foram utilizados para fazermos a crítica à Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994). Esclarecemos que, como se trata de um estudo objetivando a caracterização de uma proposta de cuidado, alguns critérios de Meleis não foram considerados

na sua totalidade, pois não estão inseridos ou não são encontrados de forma completa na proposta de Carraro. Referimo-nos ao critério utilidade na prática, especificamente a unidades de análise custo-efetividade, e utilidade na educação e formação profissional e na administração.

Reforçamos que essa adaptação de critérios reforça e viabiliza esse estudo, pois demonstra a complexidade da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) e o rigor científico a que foi submetida.

Quanto ao critério relação entre estrutura e função, na unidade de análise clareza, podemos afirmar que a Proposta de Cuidado de Carraro (1994) comunica uma sensação de ordem, na qual os pressupostos e os conceitos estão citados claramente, de forma consistente, permeando toda a proposta. As definições trazem significados fundamentados em Nightingale e na experiência de Carraro, apresentando uma inter-relação que pode ser observada desde seus pressupostos até a definição dos conceitos. Assim, fica evidente que o fenômeno abordado nessa proposta de cuidado é o ser humano e sua família vivenciando a situação cirúrgica, prevenindo a infecção hospitalar e potencializando o poder vital.

Percebe-se também com clareza que os conceitos são operacionais, pois têm a faculdade de trazer um resultado. Tal fato pode ser observado no estudo de Carraro (1994, p. 130), quando ela se refere à “ampla visão de como a situação cirúrgica se processa com o ser humano / família”, ou seja, o profissional de Enfermagem consegue perceber como se dá essa vivência cirúrgica, além de participar desse processo. Dentre vários pontos, destacamos a participação da família no cuidado, a importância de esclarecimentos quanto aos procedimentos a que esse paciente será submetido, o suporte epidemiológico permeando toda a atuação da equipe de saúde e a permissão, por parte do enfermeiro, para que o paciente a reconheça como elo de interação na unidade durante essa situação vivenciada.

Quanto à unidade de análise citada por Meleis (1999) – se os conceitos têm conteúdo – , buscamos maior entendimento na filosofia e constatamos que o termo está vinculado à compreensão, que seria “o ato ou a capacidade de compreender”. (ABBAGNANO, 2003, p. 159). Partindo dessa definição, podemos afirmar que os conceitos utilizados por Carraro (1994) não são novos, mas clássicos na Enfermagem, ou seja, são conceitos do metaparadigma e sua descrição é clara e compreensível tanto para o aluno de graduação como para o profissional.

Carraro (1994) apresenta a “Operacionalização do Marco Conceitual” (Anexo 2), no qual ela lista os “elementos” que compõem cada um de seus conceitos, bem como “o que conhecer” e “como conhecer”. Em nosso entendimento, esse instrumento pode ser um guia

para construir uma relação sistemática entre as proposições a serem construídas e o refinamento dos conceitos dessa proposta.

O que propomos aqui vai ao encontro do que Meleis (1999, p. 331) denomina clarificação do conceito (*concept clarification / klärung*), refinamento de conceitos que consiste em aperfeiçoar as definições e as relações entre os diversos elementos de um conceito. Quanto à proposta de Carraro (1994), sugerimos o processo de clarificação do conceito de “poder vital”, pouco explorado, embora forte em seus escritos. Isso também pode ser observado em sua tese (1999, p. 96), em que Carraro se refere ao “postulado poder vital / vida”. Percebemos também a necessidade de aprofundar conceitos como: interação, espiritualidade, ambiente e processo de cuidar.

No que se refere às proposições, podemos afirmar que elas não são explicitamente citadas na proposta de Carraro (1994). Segundo Meleis (1999, p. 351), as proposições “são declarações sobre a realidade e a sua natureza, descrevendo as relações entre eventos, situações ou ações e que podem evoluir para descrever a propriedade de um conceito”, fazendo a relação entre o evento analisado e o conceito.

Durante as leituras, percebemos que Carraro (1994, p. 99), na análise de dados do seu estudo, faz referência aos conceitos de Enfermagem, meio ambiente e processo saúde–doença, afirmando perceber que o conceito que havia proposto podia ser identificado na prática e reforçando a formulação mental feita na idealização. Assim, destacamos quatro afirmações que ela faz quando analisa os dados de sua pesquisa e que poderiam ser o início para a construção de quatro possíveis proposições, mas que precisam ser testadas pela pesquisa por meio de variáveis.

Na primeira afirmação, Carraro (1994, p. 99) escreve que “ser humano ao vivenciar uma situação cirúrgica, recebe influências da mesma, sendo levado a rever seus valores, suas crenças”. A proposição poderia ser:

1. O ser humano é influenciado pela situação cirúrgica vivenciada, o que o leva a rever valores e crenças. Ou então: o ser humano revê seus valores e crenças durante ou após a vivência de uma situação cirúrgica. Poderíamos ter variáveis como: crenças e valores anteriores ou crenças e valores durante ou após a vivência da situação cirúrgica.

A segunda afirmação que destacamos é: “este poder vital, inerente ao ser humano, que num primeiro momento pensei sempre ser impulsionador para a vida, mostrou-se oscilante [...] pode também, no outro extremo, tender para a morte, reagindo negativamente na sua interação com o meio ambiente”. (CARRARO, 1994, p. 99). A proposição poderia ser:

2. O poder vital tem influência nas situações de saúde–doença, vida–morte. A hipótese

poderia ser: se o poder vital da pessoa for potencializado, ela reagirá positivamente nas situações de saúde–doença / vida–morte relacionadas às situações cirúrgicas.

A terceira afirmação pôde ser capturada nas linhas de seu estudo quando Carraro afirma que “o ser humano é também seu meio ambiente, por dentro e por fora, que cada ser humano faz parte do meio ambiente do outro [...] as condições e influências que compõem o meio ambiente são recursos disponíveis que podemos usar na potencialização do poder vital do ser humano”. (CARRARO, 1994, p. 104). A proposição poderia ser:

3. As condições do meio ambiente podem potencializar ou enfraquecer o poder vital do ser humano em situação cirúrgica. As variáveis poderiam ser: quais condições do meio ambiente enfraquecem e quais potencializam?

A quarta afirmação que Carraro (1994, p. 109) faz na análise de seu estudo é sobre o processo saúde–doença, referindo que “pensar na saúde e na doença como um contínuo [...] o ser humano pode e deve ser ativo nesse processo”. A proposição poderia ser:

4. Saúde–doença é um processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser humano e do ambiente; ou também poderia ser redigida assim: quando o ser humano exposto a uma situação cirúrgica utiliza os recursos do meio ambiente, ele pode viver de forma mais saudável. As variáveis poderiam ser: quais particularidades do ser humano e do ambiente? Ou: quais os recursos do meio ambiente?

Em nosso entendimento, o “Roteiro básico para coleta de informações” (Anexo 3) e a listagem de “Fatores de risco de infecção hospitalar na situação cirúrgica” (Anexo 4) poderiam ser utilizados em estudos futuros para ampliar essa proposta quanto a proposições, uma vez que eles já trazem vários critérios para novos dados e abstrações teóricas.

Quanto à unidade de análise de consistência, podemos afirmar que a proposta de Carraro (1994) apresenta uma combinação entre os pressupostos e as definições dos conceitos, trazendo exemplos práticos observados e vivenciados pela própria autora ao implementá-la e avaliá-la. No entanto, precisa ajustar-se no que se refere às proposições e explicitações de alguns conceitos, por exemplo, poder vital.

Quanto ao critério simplicidade / complexidade, entendemos que se trata de uma proposta útil para a prática do cuidado de Enfermagem, apresentada com simplicidade, concentrada nos quatro conceitos fundamentais – ser humano, saúde–doença, ambiente e Enfermagem –, trazendo ainda as definições de poder vital, família e infecção hospitalar. Quanto à utilidade vale, porém ressaltar, como refere Kaplan (1972, p.31), que não são os modelos ou as teorias que produzem resultados científicos, porém o investigador que os emprega cientificamente.

Podemos afirmar que as ideias de Carraro (1994) são transmitidas de forma muito clara, sem repetição de ideias, portanto os conceitos não são tautológicos, o que pode ser confirmado em Abbagnano (2003), que define tautologia como “definição viciosa porquanto inútil, ao repetir o conceito já contido ou citado”.

Analisando a proposta de Carraro (1994) pela unidade da teleologia (KAPLAN, 1973, p. 371), podemos afirmar que as definições apresentadas são teleológicas ou finalísticas, porque nelas se “reconhece que os atos possuem um sentido e tal sentido passa a constituir elemento essencial das explicações que se oferecem para as ações consequentes [...] quando se dá significado a um ato, ele é interpretado como ação dirigida a algum fim”.

Em suas explicações, Carraro (1994) traz sentidos e ações, apresentando lógica e coerência entre pressuposto, conceito e ação de enfermagem. Isso pode ser percebido, por exemplo, quando ela faz referência, num dos pressupostos, à relação do ser humano e sua família com o meio ambiente; em alguns conceitos, ao ser humano em situação cirúrgica interagindo e deixando transparecer crenças e valores; nas ações de Enfermagem, ela faz referência a propostas em que percebemos claramente a intenção de consonância com os interesses e necessidade desse ser humano e sua família.

Tendo analisado criticamente a proposta da autora quanto à relação entre a estrutura e a função, passamos para a crítica da representação visual ou diagrama intitulado “Trajetória da Enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções”. Esse diagrama, entendido pela autora como a metodologia do cuidado de Enfermagem, fundamentada nos pressupostos e nos conceitos, objetiva orientar as ações das equipes de saúde do centro cirúrgico e das unidades de internação onde o paciente se encontrar. Essa metodologia compreende várias etapas articuladas entre si, que se complementam e ocorrem ou não simultaneamente.

Quanto à unidade de análise da representação gráfica, representação lógica e clareza, afirmamos que o diagrama da proposta de Carraro (1994) – Figura 2 deste estudo – não apresenta todos os componentes da proposta de cuidado, ou seja, os pressupostos, os conceitos e suas definições, mas deixa implícita uma correspondência entre o texto e as ideias contidas nesses componentes. O diagrama permite o entendimento e a compreensão das etapas da metodologia de cuidado, indicando a prática para que foi proposto, sendo claro e correto, com uma representação lógica, sem lacunas ou sobreposições.

Quanto ao critério Círculo de adesão, podemos afirmar que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) foi aplicada em várias instituições de ensino, por influência de profissionais que tiveram contato direto com a autora, como suas orientandas de pós-

graduação, que levaram essa proposta para suas instituições e lá a aplicaram. Assim, podemos citar a utilização dessa proposta na Universidade Federal do Paraná, na Universidade Federal de Santa Catarina, na FEEVALE – Rio Grande do Sul, além de hospitais universitários em Curitiba e Florianópolis, hospitais e instituições estaduais como as de Cascavel e Novo Hamburgo. Os vários estudos realizados por acadêmicos e profissionais dessas instituições estão citados no capítulo em que apresentamos a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994).

Percebemos que a adesão está circunscrita aos alunos que receberam a influência direta da autora, ou indireta, quando orientados por professores que trabalharam com Carraro. Ainda não se tem conhecimento sobre a adoção dessa proposta nos serviços de saúde. Assim, vale fazermos uma reflexão sobre a causa dessa possível dicotomia ensino–serviço, preocupando-nos, como academia, para que o conhecimento produzido chegue à linha de frente e tenha impacto sobre os serviços que as produções acadêmicas tenham visibilidade e efeito sobre as políticas de cuidado.

A referida proposta foi utilizada para a prática, para a pesquisa e extensão, e também para a educação, conforme citado anteriormente. Carraro atuou como docente na Universidade Federal do Paraná e atualmente é docente e pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina. Dessa forma, os acadêmicos têm oportunidade de conviver pessoalmente com a autora e utilizar a proposta dela em estudos clínicos e pesquisas acadêmicas, bem como na prática.

Os vários estudos realizados com a proposta de Carraro (1994) mostram que ela traz um direcionamento para a prática, uma vez que foi criada e desenvolvida para esse fim. Podemos afirmar que se trata de uma proposta prescritiva ou prática, pois descreve o fenômeno do ser humano vivenciando a situação cirúrgica com sua família, bem como o cuidado a ser prestado. Carraro analisa esse fenômeno baseada em pressupostos, conceitos e metodologia de cuidado que desenvolveu, além de avaliar a aplicação na prática. Podemos dizer que a proposta é útil para a prática, pois permite que esse fenômeno seja explorado e relacionado com outros fenômenos, e que também é útil ao predizer, possuindo baixo grau de abstração. A referida proposta foi aplicada por alunos da academia que desenvolveram seus estudos em instituições de saúde, como hospitais, clínicas, pastorais e unidades de saúde.

Quanto à unidade de análise custo / efetividade, podemos afirmar que não encontramos registros sobre qualquer lucro financeiro nem qualquer indício que apontasse nessa direção.

Quanto à unidade aplicabilidade, trata-se de uma proposta atual e relevante para a

Enfermagem, sendo de fácil compreensão e que pode ser utilizada em estudos para o diagnóstico de Enfermagem, se considerarmos as etapas da metodologia do cuidado que têm o objetivo de buscar as necessidades do paciente e de orientar a prática da Enfermagem. Entendemos que Albuquerque, Nóbrega e Garcia (2006) compartilham dessa ideia, ao afirmarem em seu estudo que “diversos conceitos, teorias e modelos específicos de Enfermagem que estão sendo desenvolvidos têm a finalidade de fundamentar a prática assistencial, para que as ações sejam planejadas, determinadas e gerenciadas para que o cuidado, seja ele individual ou coletivo, a fim de que seu registro permita uma avaliação e a geração de conhecimentos” (p. 337).

Vemos a possibilidade de utilizar-se a proposta de Carraro (1994) para estudos futuros que contribuam com o desenvolvimento de uma terminologia específica para o cuidado ao ser humano e sua família vivenciando a situação cirúrgica, além de aplicar tal proposta nos serviços de saúde e não apenas por estudantes da academia.

Ao avaliarmos criticamente sua utilidade, pudemos constatar que a proposta de Carraro (1994) foi adaptada e utilizada em pesquisas para estudo de outros fenômenos. O estudo de Wall (2000), por exemplo, objetivou desenvolver uma abordagem de cuidado de Enfermagem diferenciada para um grupo de mulheres vivenciando o ciclo gravídico-puerperal, enfatizando que a metodologia do cuidado se configura como um elo entre a enfermeira e a mulher nessa fase da vida. Bertoldo (2003) adaptou e utilizou a proposta para pesquisar a vivência da mulher durante o fenômeno da amamentação e Kunzler (2006) adaptou e aplicou a proposta estudando a vivência e o cuidado à mulheres puérperas de alto risco, entre outros estudos.

Por se tratar de uma proposta de cuidado, esta é a primeira pesquisa realizada com o objetivo de caracterizá-la a luz de um modelo de avaliação de teorias. Contudo, entendemos que outros estudos poderão ser desenvolvidos para que essa proposta seja aperfeiçoada e ampliada, contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem.

Como já referimos, a proposta de Carraro (1994) foi utilizada na educação de forma pontual; acadêmicos a aplicaram ao estudarem determinado conteúdo, como metodologia do cuidado ou cuidado de Enfermagem, no hospital ou na saúde coletiva. A proposta, todavia, não foi utilizada no currículo de algum curso de Enfermagem, mas sua metodologia utilizada em oficinas de reciclagem para profissionais, servindo como um método para o trabalho realizado, porém não encontramos publicação sobre essa atividade. Da mesma forma podemos afirmar que também não temos experiência ou relatos de sua utilidade na administração, porém, ao nosso entendimento a proposta não prevê essa possibilidade.

Finalizando a etapa da crítica, considerando o critério componente externo, podemos afirmar que a Proposta de Cuidado de Enfermagem tem potencial para fazer diferença substancial e valiosa na vida das pessoas, tendo significado social e possibilitando uma congruência de valores sociais e indo ao encontro da sociedade, pois inclui a família, envolvendo-a e valorizando seu papel no processo saúde-doença. Porém, ainda não temos descrição desse fato; assim incentivamos estudos bem como atividades práticas que contribuam para que esses critérios sejam evidenciados.

A etapa seguinte é o teste, ou seja, analisa-se a proposta de cuidado colocada em prática; em outras palavras, submete-se a proposta ao teste de uso.

6.4 TESTE DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)

Já comentamos em capítulos anteriores que vários estudos utilizando a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) foram realizados tanto em nível de graduação como de pós-graduação, mas apenas em âmbito regional, ressaltando que nenhum desses estudos reaplicou a proposta de Carraro na íntegra.

Entendemos que os critérios apresentados por Meleis (2007, 1999, 1997) para realizar essa verificação ainda não são encontrados nos relatos publicados sobre a aplicação da proposta de Carraro (1994). O teste de proposições e de conceitos, portanto, não pode ser realizado, pois a referida proposta ainda necessita de ajustes nesse sentido.

Dessa forma, entendemos que o critério apresentado no Modelo de Avaliação de Meleis (1999), que torna essa etapa viável, porém de forma incipiente, é o teste da utilidade, na qual temos o objetivo de analisar a aplicação da proposta na prática, no ensino ou na administração, pois ao nosso entendimento a mesma é útil para que o profissional sistematize o cuidado de Enfermagem. Ressaltamos porém que necessita de outros estudos.

Assim, para submeter a referida proposta à etapa teste, decidimos utilizar três estudos realizados no mestrado, os quais uniram o ensino e a prática. Tais pesquisas modificaram e adaptaram a referida proposta e utilizaram Florence Nightingale como fundamentação teórica. Estudos que utilizaram Carraro (1994) e as ideias de teóricos como McGill, por exemplo, não foram analisados neste estudo.

O primeiro estudo analisado pelos critérios da etapa teste é o de Wall (2000, p. 25). Esta autora teve como objetivo desenvolver uma abordagem do cuidado de Enfermagem

diferenciada, adaptando a proposta de Carraro (1994) a uma situação de saúde coletiva, desenvolvida com um grupo de mulheres vivenciando o período gravídico-puerperal, por meio de atividades em grupo, aplicando tecnologias educativas.

De Carraro (1994), Wall utilizou os quatro conceitos do metaparadigma da Enfermagem – ser humano, meio ambiente, saúde-doença e Enfermagem –, e as definições, entendendo, porém, que o ser humano de seu estudo era uma mulher-mãe que, “durante seu ciclo vital, passa por várias fases, dentre elas aquela denominada gravídico-puerperal, que compreende concepção e desenvolvimento de um novo ser, sua chegada ao mundo e os primeiros meses de adaptação com o ser que o gerou, sua família e o meio ambiente que o cerca”. (2000, p. 25).

Para Wall, meio ambiente “abrange a situação gestacional e puerperal vivenciada pela mulher-mãe, sua família e a Enfermagem, atuando com o intuito de proporcionar condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital”. (2000, p. 26). Quanto ao conceito saúde-doença, a autora refere, naquele estudo, que “durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher-mãe pode encontrar-se em situações de risco que comprometam a sua saúde e a sua vida, bem como o ser que ela está gerando ou gerou” (p. 26).

Vale ressaltar que Wall (2000) utilizou parte das definições de Carraro (1994), ou seja, aquelas que não caracterizam especificamente o fenômeno original, como o ser humano e sua família vivenciando a situação cirúrgica. As demais foram desconsideradas e acrescentaram-se afirmações que especificaram o fenômeno em estudo, qual seja, mulheres vivenciando o ciclo gravídico-puerperal.

Naquele estudo, Wall (2000) inseriu o conceito educação, baseada nos pensamentos de Delors (1998) e Kleba (1999), pois em seu entendimento o ser humano aprende a conhecer, aprende a fazer, aprende a viver junto e aprende a ser. A mulher-mãe vai conhecer melhor a fase pela qual está passando na vida, o que possibilita não somente compreender a própria vivência, mas também a capacita para intervir e transformar sua situação.

Os pressupostos da proposta de Carraro (1994) também não foram utilizados nesse estudo, e sim quatro pressupostos desenvolvidos por Wall (2000) a partir de sua experiência e leituras.

Wall (2000) adaptou a metodologia de cuidado de Carraro (1994) seguindo as cinco etapas propostas, entendendo que na segunda etapa, denominada “Reconhecendo a situação”, o enfermeiro deveria observar situações voltadas para a educação em saúde. Outro acréscimo foi a “Situação de aquecimento”, entendida como “estratégias utilizadas para incentivar, para ambientar o grupo, para auxiliar na interação, chamar a atenção e despertar para o processo

educativo”. (p. 29). Na etapa “Seguindo e agindo”, Wall enfatiza o “processamento”, entendendo que nessa fase “o conhecimento é decodificado para uma linguagem própria do grupo” (p. 30).

A ênfase do estudo de Wall (2000) foi prestar cuidado de Enfermagem, por meio de tecnologias educativas, a um grupo de mulheres vivenciando a gestação e o puerpério. Em seu estudo, Wall (2000) analisou as etapas da metodologia do cuidado, considerando também o conteúdo e a consistência dos conceitos de Carraro. (1994). Várias considerações sobre a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) podem ser observadas entre elas, que a proposta permite um cuidado de Enfermagem diferenciado, considerando-se a individualidade, a experiência e a vivência do ser humano. Salienta atividades que foram realizadas em grupo e que favoreceram a potencialização do poder vital, auxiliando as mulheres de seu estudo, a suportar o estresse que a vivência do ciclo gravídico-puerperal pode gerar. Refere ainda que a adequação desta proposta de cuidado hospitalar, para uma, de âmbito da saúde coletiva é viável, demonstrando a sua utilidade.

Outro estudo a ser analisado para testar essa proposta de cuidado de Enfermagem, foi a pesquisa de Bertoldo (2003), que teve como objetivo cuidar da puérpera, aplicando a proposta de Carraro (1994), com o olhar voltado especificamente à amamentação no ambiente hospitalar e posteriormente no domicílio, por meio de visitas.

A autora não faz menção de pressupostos, utilizou os conceitos de Carraro (1994) e as definições parcialmente, acrescentando o conceito de educação com a definição de que,

é compartilhar conhecimentos e vivências, respeitando a bagagem de conhecimentos que a mulher-puérpera/família possuem. Auxiliar na tomada de decisões referente à questão da amamentação num processo ético e participativo entre equipe de saúde/enfermeiro/mulher-puérpera/família. Trazendo esse conceito a prática assistencial, todos os envolvidos se tornam sujeitos desse processo; crescem juntos nesta relação onde as compreensões, o entendimento são co-participadas (p. 45-6).

Os instrumentos “Roteiro Básico para Coleta de Informações” (Anexo 3) e “Variáveis que interferem no poder vital do ser humano” (Anexo 4), desenvolvidos por Carraro (1994), foram adaptados para a situação vivenciada pelas mulheres desse estudo, seguindo um roteiro para coleta de dados e informações. (BERTOLDO, 2003, p. 49-50; 52-53).

Bertoldo (2003) refere que a adaptação da proposta de Carraro (1994) é viável, ela tem utilidade na prática e possibilitou cuidar da mulher durante o puerpério, investindo especificamente na amamentação. Foi possível perceber a reação do poder vital, tão

vulnerável nessa fase da vida, identificaram-se os recursos disponíveis e reconheceram-se as situações de educação em saúde para planejar e implementar o cuidado de Enfermagem necessário para cada ser humano.

Outro estudo utilizado para o teste, foi o de Kunzler (2006) que desenvolveu uma pesquisa convergente-assistencial, adaptando a Proposta de Carraro (1994), aplicando-a com mulheres vivenciando o puerpério de alto-risco no ambiente hospitalar bem como durante as visitas domiciliares. A autora traz cinco pressupostos de própria autoria, utilizou os conceitos: mulher puérpera, Enfermagem, meio ambiente, puerpério de alto risco e cuidado, com definições que estão baseadas nos conceitos de Carraro. (1994).

Kunzler (2006) utilizou as etapas da metodologia de cuidado propostas por Carraro (1994), adaptando o nome da segunda etapa: “Reconhecendo a situação de riscos de infecção hospitalar”, em Carraro, foi chamada de “Reconhecimento de situações de educação em saúde”, em Kunzler. A proposta de cuidado foi aplicada a mulheres que tiveram uma gestação de alto risco e que esperavam a alta do recém-nascido de risco. Realizaram-se encontros em grupo, reuniões individuais e visitas domiciliares após a alta hospitalar.

Segundo Kunzler (2006), a proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) possibilitou a “ampliação do cuidado para a família, para o ambiente, envolvendo tudo o que influenciava a vivência do puerpério de alto-risco”, consequência de uma gestação de alto risco (p. 68).

Quanto aos princípios sugeridos por Meleis (2007) para a etapa de teste, podemos afirmar que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) ainda não foi testada intencionalmente por pesquisadores, nem por aqueles citados acima, mas foi aplicada e interpretada com populações de diferentes classes socioeconômicas e culturais, mulheres e adolescentes, vivenciando a gestação, o puerpério e a amamentação, ou seja, pessoas vivenciando situações de saúde e doença.

Em nosso entendimento, a proposta de Carraro (1994), assim como os três estudos desenvolvidos a partir dessa proposta, estão apoiados na estrutura filosófica do cuidado primário à saúde, investindo principalmente em prevenção, respeitando a disponibilidade de recursos e a possibilidade de implementar estratégias para o cuidado.

A seguir apresentamos a última etapa, o suporte, na qual se analisa o grau de extensão e aceitação da proposta em diferentes situações.

6.5 O SUPORTE DA PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE CARRARO (1994)

Não dispomos de dados para viabilizar a análise considerando todos os quatro critérios sugeridos por Meleis (2007, 1999, 1997), ou seja, realizar uma análise filosófica, uma análise conceitual, por meio de dados existentes ou novos.

No entanto, considerando a possibilidade que o modelo de avaliação de Meleis traz, que é dar importância e entender a experiência individual vivenciada por pessoas, podemos utilizar tal critério para validar e fundamentar uma proposta de cuidado. Apresentamos, a seguir, relatos e dados de pesquisas realizadas com a proposta de Carraro (1994).

Fazemos um ensaio que analisa o suporte da proposta de Carraro (1994) por meio de novos dados, mais especificamente de estudos que narram a experiência de aplicar a referida proposta na prática do cuidado de Enfermagem. Para terem validada sua cientificidade, tais estudos passaram pela avaliação minuciosa das bancas examinadoras das academias, as quais não apresentaram nenhum vínculo com a proposta de Carraro.

Kunzler (2006) utilizou o termo “modelo de cuidado de Carraro” (p. 38) para referir-se principalmente à metodologia do cuidado, afirmando que “o referencial teórico-metodológico serviu de alicerce para o desenvolvimento da prática, e, através dele, foi possível construir um caminho dinâmico do cuidado, educação em saúde, análise e reflexão sobre as necessidades de cuidado dessas mulheres, no sentido de potencializar sua capacidade vital” (p. 119). Fica evidente que essa pesquisadora não utilizou o termo “poder vital”, conforme a proposta de Carraro.

Uma das contribuições do estudo de Kunzler (2006, p. 70) foi a utilização da proposta de Carraro (1994) inserida na pesquisa convergente-assistencial, como lemos a seguir,

Ao cuidar das mulheres com a aplicação do Modelo de Cuidado de Carraro na pesquisa convergente assistencial, passou-se a conhecer não apenas o que essas mulheres vivenciavam nesse etapa tão singular de suas vidas, como também o que mais desejavam ou necessitavam. A opção por esse modelo de cuidado favoreceu o reconhecimento das situações de cuidado, tendo também favorecido a ação de programar e selecionar os cuidados que melhor se adequariam para cada mulher, a partir do conhecimento das vivências e das necessidades de cada uma delas.

Como resultado dessa união entre a proposta de cuidado e essa pesquisa, surgem dados que apontam a ditocomia vivenciada pelas mulheres participantes do estudo de Kunzler, qual seja, “a atenção da mulher voltada para o bebê” e a “atenção da mulher voltada para o cuidado

de si”. (KUNZLER, 2006, p. 70).

Kunzler (2006, p. 103) refere ainda que a aplicação do “Modelo de Cuidado de Carraro” possibilitou “registrar a ampliação do cuidado à mulher no puerpério de alto-risco”, porque “mesmo que a situação de gestação de alto risco tenha influenciado na vivência do puerpério das mulheres que participaram desta pesquisa, tal influência não se mostrou limitada às questões determinadas pela gestação de alto risco”. Isso levou a pesquisadora ao termo “puerpério de alto risco”, afirmando que “uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar um puerpério de alto risco, caso suas necessidades de cuidado não sejam atendidas, seja pela sua particular adaptação ao puerpério, ou pela influência familiar, circunstancial, social e / ou hospitalar” (2006, p. 119).

Outro estudo que também traz narrativas é o de Wall (2000, p. 107), que refere que ao aplicar a proposta de Carraro (1994), especificamente a metodologia de cuidado “passamos a conhecer, respeitando, reconhecemos situações, recursos e poder vital a partir das vivências de cada participante, desenhamos o caminho e selecionamos estratégias, seguindo e agindo juntas e acompanhamos o caminhar, observando e apreciando-o, na intenção de nos retroalimentarmos para um viver mais saudável”.

Wall (2000, p. 110) ressalta que “essa metodologia facilitou ainda minha integração como membro do grupo; além de trocar conhecimentos, compartilhei experiências de vida, saindo dessa caminhada enriquecida, tanto pessoal quanto profissionalmente”.

Existem também estudos realizados como conclusão da graduação em Enfermagem, como os de Gonçalves e Frello (2007), Maccarini (2007), Hervis (2002), Jung (2001), entre outros acadêmicos. Tais pesquisas relacionam-se à prática do cuidado de Enfermagem, que utilizaram a proposta de Carraro (1994) focando principalmente a metodologia do cuidado, em que as propostas de acasos do enfermeiro junto ao paciente estão claramente descritas, facilitando a atuação dos acadêmicos no cuidado ao ser humano. Trata-se de estudos que aplicaram parte da proposta sem uma análise conceitual, filosófica ou mesmo sobre os componentes que integram essa proposta teórica.

Acreditamos que os estudos citados foram utilizados em diferentes níveis de ensino-aprendizagem e prática, trouxeram novos dados que podem dar suporte à Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), evidenciando que esta apresenta fundamentação teórica, focada na prática do cuidado, podendo sofrer adaptações e ajustes ou, como refere Meleis (1999), propostas teóricas que precisam continuar seu desenvolvimento.

6.6 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Apresentamos a seguir uma síntese dos resultados encontrados sobre a Proposta de Carraro (1994) a partir de cada etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997).

Podemos afirmar que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) atende a vários critérios propostos na etapa de avaliação denominada Descrição. A proposta apresenta como objetivo: prestar cuidado de Enfermagem ao ser humano e sua família durante a vivência da situação cirúrgica, com o olhar voltado para a prevenção de infecções, potencializando o poder vital e ativando o sistema imunológico, baseando-se nos escritos de Florence Nightingale.

Como componentes estruturais, a proposta tem nove pressupostos baseados num olhar filosófico humanista, os quais são explícitos, oriundos da própria autora, e abordam pressuposições sobre Enfermagem, comportamento humano, vida, saúde e doença. Traz os quatro conceitos metaparadigmáticos da disciplina, que são: ser humano, meio ambiente, saúde–doença e Enfermagem. Apresenta definições conceituais de poder vital, família e infecção hospitalar. Os conceitos ser humano e Enfermagem são abrangentes e os conceitos meio ambiente e saúde–doença são concretos, porém todos invariáveis.

As proposições da proposta de Carraro (1994) não são apresentadas claramente; todavia, têm potencial para que sejam desenvolvidas, conforme já sugerimos.

Quanto aos componentes funcionais da proposta, o foco é o ser humano que vivencia uma situação cirúrgica e sua família; a meta é o cuidado ao realizar a avaliação e a intervenção de Enfermagem ao ser humano na sua integralidade, vivenciando o processo saúde–doença. Carraro utiliza o termo paciente, entendendo que se trata de um ser humano internado em um hospital; a expressão “conhecendo-nos”, ao tratar sobre a interação entre o enfermeiro, o ser humano e a família deste e “reconhecendo a situação”, entendendo-a como identificador dos riscos de infecções hospitalares, dos recursos disponíveis e da reação do poder vital. Essas situações são inerentes ao próprio ser humano e à situação cirúrgica que ele vivencia.

Carraro, portanto, traz definições esclarecedoras sobre Enfermagem, saúde–doença e ambiente, porém não define de forma precisa a interação paciente–enfermeiro, embora este seja incentivada em toda a proposta. A autora utiliza a expressão “Desenhando o trajeto e selecionando estratégias” para tratar da programação e da seleção de ações de cuidado de

Enfermagem, realizadas pelo enfermeiro, pelo enfermeiro / paciente e pela família deste, pelo enfermeiro e família do paciente e pelo paciente e sua família. As ações referidas por Carraro (1994) são: cuidado direto ao paciente, medidas de prevenção de infecção, educação à saúde, conforto, apoio, reuniões com a família e / ou equipe de saúde e visitas domiciliares. Faz uso da expressão “Retroalimentando a trajetória” para avaliar as ações de cuidado, fazer ajustes necessários à trajetória, compreender, realimentar, estimular a preservação de ações que alcançaram seu objetivo terapêutico.

Em relação à etapa Análise, podemos afirmar que a prática de Enfermagem que Carraro (1994) desenvolveu já no início de sua carreira foi uma fonte de ideias que a impulsionou a buscar nos fundamentos teóricos de Florence Nightingale (1859), bem como nos princípios da epidemiologia, a resposta para suas indagações e inspiração para escolher os conceitos e desenvolver as definições, os pressupostos e a metodologia do cuidado que integram sua Proposta de Cuidado de Enfermagem. Outro aspecto relevante para o início é o desafio proposto pelo curso de mestrado de Enfermagem da UFSC ao exigir a fundamentação da prática assistencial em teoria ou conceitos de teorias.

Considerando os componentes internos, o fundamento da referida proposta está em seus conceitos, pressupostos e definições, os quais são concatenados e foram construídos no método de campo, descrevendo a vivência do ser humano quanto ao fenômeno situação cirúrgica, por meio de suas relações com fenômenos como a infecção hospitalar, influenciando a reação do poder vital e a família.

Quanto à unidade de análise Conteúdo, a proposta foca uma situação específica referindo-se às necessidades vivenciadas no processo de saúde e doença, com um início construtivo a partir de ideias preconcebidas, fruto da experiência profissional de Carraro.

A meta da proposta é prescritiva, voltada para as ações de cuidado de Enfermagem, desenvolvida com o objetivo de controlar, promover e mudar a prática de Enfermagem.

Quanto ao contexto, que é outra unidade de análise, podemos afirmar que a Proposta de Carraro é um conhecimento de processo, pois ela inclui o processo de Enfermagem e a interação Enfermagem-paciente. É uma proposta com baixo nível de abstração, construída pelo método operacional, e que apresenta as ações de Enfermagem de forma clara e prática, exigindo que o profissional tenha conhecimento científico, sensibilidade, criatividade, imaginação e habilidades para executá-las.

Sobre a etapa Crítica, podemos concluir que a relação entre a estrutura e a função tem clareza, pois os conceitos trazem definições operacionais que permeiam toda a proposta, deixando evidente a inter-relação de seus componentes, desde os pressupostos até as fases da

metodologia de cuidado. Conforme explanado anteriormente, as proposições podem ser captadas na análise e avaliação que Carraro faz sobre a implementação de sua proposta e podem ser testadas para complementar os conceitos, reforçando sua inter-relação.

A referida proposta também tem consistência, pois existe harmonia entre as estruturas e a finalidade delas. A proposta é apresentada com simplicidade e se mostra útil em sua aplicação. Apesar de apresentar os componentes estruturais de forma inter-relacionada, não é tautológica e sim teleológica, pois traz significado para determinado fim, que é o cuidado de Enfermagem.

O diagrama apresenta a metodologia de cuidado de forma muito clara e de fácil operacionalização. A estrutura teórica formada por pressupostos e conceitos, bem como por suas ideias, valores e crenças também são percebidas nas etapas da metodologia do cuidado, que é o outro componente da estrutura teórica, descrita e também representada em um diagrama.

Embora a adesão à proposta de Carraro (1994) pela comunidade acadêmica e de Enfermagem ainda seja incipiente, ela tem sido usada em instituições para ensinar o processo de cuidar, e aplicada por acadêmicos e pós-graduandos na prática de Enfermagem em hospitais, unidades de saúde, projetos de extensão e na pesquisa.

Conforme Carraro (1994, p. 128), a Enfermagem possui e ainda mantém “fortes raízes biologicistas, centrada no modelo biomédico”; percebemos que essas palavras ainda são uma realidade em nossa profissão. Não temos investido em modelos ou referenciais próprios, baseados em paradigmas, filosofias e ciências que vão ao encontro dos objetivos de nossa profissão, que é o cuidado visando à saúde do ser humano.

A etapa Teste (também chamada de verificação) foi realizada de forma incipiente, por meio do critério utilidade. Nela, destacamos três dissertações de mestrado que aplicaram a proposta de Carraro (1994) e também utilizaram Florence Nightingale como suporte teórico. As três autoras citadas – Wall (2000), Bertoldo (2003) e Kunzler (2006) – não aplicaram a proposta de cuidado na íntegra; fizeram modificações nas definições conceituais, nas etapas da metodologia do cuidado e suprimiram os pressupostos, uma vez que tais estruturas estavam focadas especificamente nos fenômenos situação cirúrgica e prevenção de infecção hospitalar.

Embora tais adaptações nos impeçam de afirmar que a proposta de Carraro tenha sido testada nesse critério, até porque objetivamos caracterizá-la, elas permitem afirmar que a proposta é útil para ensinar o processo de cuidar e que, baseado nela, o acadêmico de graduação ou pós-graduação pode iniciar a construção de seu próprio referencial para o cuidado.

Entendemos que essa etapa de Teste é um processo dinâmico que pode iniciar com o desenvolvimento da proposta, sofrer adaptações e, depois de pausas reflexivas, ter seu processo reiniciado.

Quanto à etapa Suporte, optamos pelo critério do suporte à proposta por meio de novos dados, retirados de estudos que trazem narrativas sobre a experiência de utilizar Carraro (1994) em sua prática. Percebemos que os estudos analisados mais detalhadamente relatam a aplicação da metodologia de cuidado, observando principalmente a “reação do poder vital”, indiferentemente do fenômeno vivenciado pelo ser humano. Neles, os profissionais reconheceram situações de cuidado a partir das situações em que cada paciente se encontrava e sentiram-se participantes do processo de cuidado, não apenas prestadores do mesmo. Entendemos, todavia, que essa etapa não pode ser conclusiva, pois não encontramos dados suficientes.

Ao finalizar essa análise seguindo as cinco etapas propostas por Meleis (2007, 1999, 1997) – Descrição, Análise, Crítica, Teste e Suporte –, conseguimos identificar as características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), as quais, juntamente com algumas sugestões, são apontadas nas considerações finais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos dizer que foi desafiador realizar um estudo teórico, uma vez que nossa atuação docente em pesquisas e projetos de extensão sempre esteve inserida na prática da Enfermagem. Essa experiência fortaleceu a ideia de que a teoria e a prática precisam andar de mãos dadas e, por isso, aceitamos o desafio de analisar uma proposta de cuidado que havíamos aplicado na prática, no sentido de clarificar suas características à luz do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.

A temática teoria de Enfermagem ainda é pouco estudada entre os enfermeiros brasileiros porque, de certa forma, ainda é incipiente a conexão entre teoria, pesquisa e prática. Entendemos que uma das causas disso pode ser a diferença entre a visão teórica e o conhecimento clínico. Os defensores da visão teórica ressaltam a importância das teorias como uma estrutura para a prática; os defensores do saber clínico defendem que o trabalho clínico está fundamentado nas experiências e no conhecimento desenvolvido a partir de sua prática diária e na execução de procedimentos técnicos.

Há pouca literatura na língua portuguesa sobre essa temática, o que nos levou a estudá-la em línguas estrangeiras, como inglês, alemão e espanhol. Apesar da dificuldade de acesso a esses livros e artigos, as portas foram se abrindo e conseguimos adquirir a bibliografia. O exercício quase que diário resultou no conhecimento e habilidade para compreender outras línguas e apreender uma temática tão rica, mas densa e complexa.

Vemos que alguns profissionais de Enfermagem, dentre os quais nos incluímos, sempre trataram essa temática de forma preconceituosa, entendendo que desenvolver e / ou aplicar uma teoria é um exercício que poucos enfermeiros poderiam realizar, reservado apenas àqueles muito estudiosos. Porém, ao mergulhar nos escritos de Meleis, entendemos que se trata de um dos componentes que formam o domínio do conhecimento da Enfermagem, estando ao lado da educação, da orientação, da administração, da prática, da pesquisa e do conhecimento.

As teorias são criadas para delinear, descrever, explicar, predizer ou correlacionar fenômenos de Enfermagem, mas todas almejam alcançar o nível que proporcione mudanças para a saúde e o bem-estar do cliente ou paciente, enfim, ao ser humano, por meio do cuidado de Enfermagem.

Utilizamos termos como estruturas, marcos, referenciais, modelos conceituais ou teóricos, que foram traduzidos e repetidos e precisam ser repensados, rediscutidos e

renomeados para a realidade brasileira, por meio de diálogos e estudos entre profissionais de Enfermagem da prática e da academia.

Acreditamos que os fenômenos referentes ao cuidado estão se tornando mais complexos e diversos, pois se relacionam a um conjunto de fatos, situações, culturas, vivências, enfim, a múltiplos aspectos que atingem o ser humano e seu ambiente. Este estudo aponta para a necessidade de apoiarmos e incentivarmos o desenvolvimento de teorias, pesquisas e práticas de Enfermagem inter-relacionadas que incorporem a diversidade exigida para o cuidado ao ser humano durante o processo saúde–doença.

Respondendo ao objetivo desta tese, qual seja, identificar características da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro intitulada “Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções” (1994), a partir do referencial teórico-metodológico do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis (2007, 1999, 1997), apresentamos a síntese das características:

- A Proposta de Carraro (1994) tem fundamentação teórica em Florence Nightingale;
- Apresenta conceitos metaparadigmáticos e pressupostos baseados no olhar filosófico humanista e no cuidado primário à saúde;
- Os conceitos são invariáveis e operacionais, apresentando uma descrição clara e compreensível;
- A proposta tem baixo nível de abstração e está focada numa situação específica. Além dos quatro conceitos, traz afirmações sobre poder vital, infecção hospitalar, interação, meio ambiente e família, que não são enfocados em profundidade.
- A proposta não apresenta proposições;
- Está direcionada para o conhecimento de processo, incluindo o processo de Enfermagem e a interação enfermeiro–paciente;
- Mostra-se útil para o ensino da elaboração de referenciais para a prática do cuidado;
- Seu foco é o ser humano vivenciando a situação cirúrgica e sua família, visando à prevenção da infecção e o fortalecimento do poder vital;
- A interação é observada em toda a proposta, porém não é claramente definida;
- Trata-se de uma proposta de domínio único, construída no método de campo;
- Possibilita a descoberta de novos dados para a disciplina;

- Refere-se à necessidades durante o processo saúde–doença;
- É apresentada com simplicidade;
- É prescritiva, pois demonstra utilidade na prática da Enfermagem ao descrever a vivência do ser humano e sua família na situação cirúrgica.

A análise e a caracterização de propostas teóricas como esta são atividades vitais para a Enfermagem, área em que profissionais atuantes na prática, no ensino ou na administração do serviço têm responsabilidade de contribuir. Se todos assumirem seu compromisso, desempenhando seu papel, colaboraremos para que o conhecimento para a pesquisa e a prática esteja garantido.

Meleis (2007, p. 270) refere que os critérios propostos em seu Modelo de Avaliação de Teorias têm tanto caráter subjetivo como objetivo, ambos com o propósito de fortalecer, fundamentar e consolidar o processo avaliativo. Segundo a autora, “*no one theory will satisfy or be able to address all criteria*”, ou seja, nenhuma teoria consegue satisfazer todos os critérios propostos nesse modelo de avaliação.

Em nosso estudo não foi diferente; pudemos constatar que nem todos os critérios foram atingidos. Assim, a seguir apontamos algumas sugestões:

- Sugerimos que Carraro dê continuidade a seus estudos, aplicando sua proposta teórica (1994), desenvolvendo os demais componentes de uma estrutura teórica, explorando novas propriedades, metodologias de desenvolvimento e conceitualizações, pois acreditamos e reconhecemos, por meio dos critérios analisados nesse estudo, que ela tem potencial para ser uma teoria com nível de abstração mais amplo;
- Deparamo-nos com os componentes estruturais e, além dos quatro conceitos paradigmáticos da Enfermagem e dos nove pressupostos, identificamos dados que, em nosso entendimento, são fruto da análise e da avaliação que a própria Carraro (1994) fez ao implementar sua proposta na prática. Considerando que os mesmos poderão ser utilizados para a construção de proposições para atender a estrutura de uma teoria de situação específica, sugerimos a continuidade de seu desenvolvimento;
- No diagrama em que Carraro (1994) simbolizou a metodologia do cuidado, poderia ter representado também os pressupostos, conceitos e as futuras proposições, o que facilitaria a compreensão dessa estrutura teórica. Trazemos a seguir um esboço de adaptação por nós sugerida para esse diagrama:



Figura 3: Proposta de Wall (2008) para o diagrama representativo do Modelo de Cuidado de Carraro (1994).

- A proposta de Carraro traz afirmações sobre poder vital, infecção hospitalar, interação, meio ambiente e família. Sendo assim, sugerimos que a teórica desenvolva essas ideias e abstrações para que a denominação ou as descrições desses conceitos sejam refinadas e lapidadas;
- Percebemos que conceitos como espiritualidade e processo de cuidar podem ser componentes da proposta; por essa razão, sugerimos que sejam desenvolvidos para o aprimoramento da mesma;
- Devem ser incentivados estudos que apliquem a proposta de Carraro (1994) na íntegra, para contribuírem com a construção e desenvolvimento da mesma;
- Sugerimos a criação de uma rede (*network*) com o objetivo de avaliar e confirmar o potencial e a capacidade dessa proposta, bem como de outras que possam ser desenvolvidas;
- Propomos que pesquisadores como Wall, Kunzler e tantos outros que tiveram contato com Carraro ou com sua Proposta de Cuidado de Enfermagem (1994) sejam ousados e desenvolvam, embasados na própria sua experiência e conhecimento, teorias de situação-específica emergentes atendendo a demanda da Enfermagem brasileira, além de atenderem a solicitação da enfermeira, estudiosa – Afaf Meleis.

Concluindo este estudo, podemos afirmar, com base no conhecimento adquirido e construído durante essa caminhada, que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) tem características que avançam para além de uma metodologia da assistência, sendo reconhecido como um "Modelo de Cuidado de Enfermagem ao ser humano e sua família vivenciando a situação cirúrgica". Esse modelo de cuidado de Enfermagem, fundamentado na teoria de Florence Nightingale, apresenta nove pressupostos inter-relacionados com os quatro conceitos básicos da Enfermagem, que são ser humano, meio ambiente, saúde-doença e Enfermagem. As ações de Enfermagem estão apontadas claramente na metodologia de cuidado, enfocando, entre outros, os riscos de infecção hospitalar e a necessidade de fortalecimento do poder vital.

Fundamentamos essa tese na definição de modelo de cuidado de Enfermagem construído durante esse estudo: um conjunto teórico, representado em um diagrama, formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem (Enfermagem, meio ambiente / sociedade, ser humano e saúde/doença) e por pressupostos baseados em teorias. Tal modelo, cuja função é nortear o processo de cuidado de Enfermagem sistematizando suas ações, tem fundamentação filosófica e está sustentado por uma estrutura teórica, que inter-relaciona os pressupostos, os quatro conceitos básicos de Enfermagem e uma metodologia de cuidado. Um modelo de cuidado de Enfermagem ainda pode trazer em sua concepção outros conceitos que se façam necessários.

Desta forma, a tese aqui apresentada, que tem por suporte teórico a Avaliação de Teorias de Meleis, foi confirmada por esta pesquisa, evidenciando que a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) – "Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções" – tem características que vão além de uma metodologia da assistência.

8 REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- ALBUQUERQUE, C.C.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p.336-348. 2006.
- ALLIGOOD, M.R. Philosophies, models, and theories: critical thinking structures. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. **Nursing theory: utilization & application**. Missouri: Mosby, 2006. p. 43-65.
- ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. **Nursing theory: utilization & application**. Missouri: Mosby, 2006. 544 p.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**. v. 8, n. 14, p.73-92, set./fev. 2004.
- BERTOLDO, I. E. B. **Uma trajetória com mulheres-puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o modelo de cuidado de Carraro**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
- BLEIER, R. **Feminist approaches to science**. New York: Pergamon Press, 1990.
- BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Lei do exercício profissional de enfermagem. **COFEN: Normas e Notícias**. Rio de Janeiro, ano XVII, 08-12 de jul. 1994.
- _____. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BUNTING, S.M. Rosemarie Parse – Theory of human becoming. In: McQUISTON, C.M.; WEBB, A.A. **Foundations of nursing theory**. California: SAGE Publications, 1995. p. 201-260.
- CARRARO, T.E. Os postulados de Nightingale e Semelweiss: poder vital e prevenção / contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 650-657. 2004.
- _____. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologias para a assistência de Enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB Editora, 2001a. p 5-27.
- _____. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2001b.
- _____. **Desafio secular: mortes maternas por infecções puerperais**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, Florianópolis: UFSC, 1999a. Série Teses em Enfermagem/UFSC.

_____. Vivenciando a situação cirúrgica: uma experiência em família. In: NEVES-ARRUDA, E.; GONÇALVES, L.H.T. **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: UFSC, 1999b. p. 155-63.

_____. Editorial. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 14, n. 2, p.153-154, abr./jun. 2005.

_____. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB Editora, 1997.

_____. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina.

CARRARO, T.E.; WALL, M.L. Un modelo de cuidado de enfermería aplicado a grupos de mujeres-madres. **Avances em Enfermería**, Bogotá, n. 1. 2005.

CARRARO, T.E; JUSTINO, M.M; MOCELLIN, A. *et al.* Relato de experiência de uma atividade educativa com mulheres: incentivando a amamentação desde a gestação. Rio de Janeiro: **Enfermagem Atual**, v. 37, p. 24-29. 2007.

CARRARO, T.E; COLLET, N. Banho de leito – um momento de cuidado. In: NEVES-ARRUDA, E.; GONÇALVES, L.H.T. **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: UFSC, 1999b. p. 149-154.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretaria municipal de saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Públ.** v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidades a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.** v.13, n.3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. **Theory and Nursing** – a systematic approach. Third Edition. United States of America: Mosby-Year Book, 1991.

_____. **Theory and Nursing** – a systematic approach. Fourth Edition. United States of America: Mosby-Year Book, 1995.

COSTENARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** 2. ed. Santa Maria: UNIFRA, 2002. 96 p. Série Enfermagem.

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.

DELORS, Jacques. Os quatro pilares da educação. In: _____. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez / UNESCO, 1998. p. 89-102.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 118 p.

_____. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000. 216 p.

FAWCETT, J. **Spezifische theorien der pflege im überblick**. Bern: Hans Huber Verlag, 1999.

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

_____. Criteria for evaluation of theory. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. v. 18, n. 2, p. 135-137, abr. 2005. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/2/131>. Acessado em: 8 set. 2005.

_____. **Konzeptuelle modele der pflege im überblick**. 2. ed. Bern: Hans Huber Verlag, 1998.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0**. Curitiba: Positivo Informática, 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, v.9, n.18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FITZPATRICK, J.J. Reflections on Nightingale's perspective of nursing. In: NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is, and what it is not**. Commemorative Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992. p. 18-22.

GASPERI, P. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

GEORGE, J. *et al.* **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GONÇALVES, Aline; FRELLO, Ariane Thaise. **O cuidado domiciliar às mulheres puérperas e suas famílias enfatizando o cuidado de si**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

GROSS, P. B. **Vivenciando e refletindo sobre a prática profissional do enfermeiro ao aplicar a metodologia da assistência de enfermagem na promoção à saúde da gestante**. 2001. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2001.

HALLESNLEBEN, J. Typologien von pflegemodellen discussion ihrer nützlichkeit unter besondere berücksichtigung der typologie vom A.I. Meleis. **Pflege und Gesellschaft.**, v. 8, n. 2, p. 59-67. 2003.

HERVIS, M.J.P. **A trajetória da enfermeira junto ao ser humano oncológico traqueostomizado e sua família**. 2002. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Paraná, 2002.

HILL, P.S.; LIPSON, J.G.; MELEIS, A.I. **Caring for women cross-culturally**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2003.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. 14. reimpressão. São Paulo: EPU, 2001

IM, E.O; MELEIS, A.I. Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 22, n. 2, p. 22-24. 1999.

IRMEN, F. **Langenscheidts taschenwörterbuch der portugiesischen und deutschen sprache**. Berlin: Langenscheidt, 1982.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D.; **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

JOHNSON, D. The origins of the behavioral system model. In: NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is, and what it is not**. Commemorative Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992. p. 23-27.

JUNG, I. E. **Caminhada assistencial junto ao doente renal durante o período de hemodiálise**. 2001. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2001.

KAPLAN, A. **Conduta na pesquisa: metodologia para as ciências comportamentais**. Leonidas Hegemberg [Trad.]. São Paulo: Herder, 1972. 440 p.

KERSHAW, B.; SALVAGE, J.; **Modelos de enfermería**. Barcelona: Ediciones Doyma, 1988. 129 p.

KLEBA, Maria E. Educação em saúde na assistência em enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: _____. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 121-163.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto-risco: aplicando o modelo de cuidado de Carraro fundamentado em Florence Nightingale**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

LATHLEAN, J. Qualitative analysis. In: GERRISH, K; LACEY, A. **The research process in nursing**. Fifth Edition. Great Britain: Blackwell, 2006. p.417-33.

LEDDY, S.; PEPPER, J.M. **Conceptual basis of professional nursing**. Third Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993.

LONGMAN. **Dictionary of contemporary english**. Third Edition. England: Longman Group Ltd, 1995.

LOPES, M.V.O.; PAGLIUCA, L.M.F.; ARAÚJO, T.L. Evolução histórica do conceito ambiente proposto no modelo da adaptação de Roy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2. 2006.

MACCARINI, M.A. **Vivência do climatério na atualidade**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário FEEVALE, 2006.

MARRINER-TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Ediciones ROL , 1989.

MARRINER-TOMEY, A. **Nursing theorists and their work**. Third Edition. United States of America: Mosby-Year Book, 1994.

MAZUR, C. **Promoção à saúde da mulher no período gestacional: um enfoque multiprofissional**. 2004. Monografia (Curso de Especialização). Universidade Federal do Paraná, 2004.

McKENNA, H. **Nursing theories and models**. Canada: Routledge, 1997.

MEAD, G.H. **Mind, self and society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MELEIS, A. I. **Pflegetheorien: gegenstand, entwicklung und perspektiven des theoretischen denkens in der pflege**. 3. ed. Bern: Hans Huber Verlag, 1999.

_____. Theoretical considerations of health care for immigrant and minority woman. In: HILL, P.F.; LIPSON, J.G.; MELLEIS, A.I. **Caring for women cross-culturally**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2003. p. 4-11.

_____. **Theoretical nursing – development and progress**. Second Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1991.

_____. **Theoretical nursing – development and progress**. Third Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1997.

_____. **Theoretical nursing – development and progress**. Fourth Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 2007.

MELEIS, A.I.; SAWYER, L.M.; IM, E.O. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 23, n.1, p.12-28. 2000.

MERIGHI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.1-3.

MOCCELLIN, A.; RODRIGUEZ, I.G.; JUSTINO, M.M. **Uma caminhada com Florence Nightingale: cuidado de mulheres gestantes/puérperas e suas famílias em busca do fortalecimento de seu poder vital**. 2005. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

MORSE, J.M. Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. In: MORSE, J. M. Editora. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Colombia: Universidad de Antioquia, Colección Contus, 2003. p.29-52.

NETO, L.D.; PAGLIUCA, L.M.F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Rev. Latino-Amer. Enferm.**, v. 10, n.6, p. 825-30, nov./dez. 2002.

NEVES-ARRUDA, E. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.6, n.1, suplemento, p. 79-92, dez. 2002.

NEVES-ARRUDA, E.; GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis; UFSC, 1984. p.210-229.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is, and what it is not.** Commemorative Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.

_____. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.

NÓBREGA, M.M.L.; BARROS, A.L.B.L. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 54, n. 1, p. 74-80, jan./mar. 2001.

OLIVEIRA, T.C.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Modo fisiológico do modelo de adaptação de sister Callista Roy: análise reflexiva segundo Meleis **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 1. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/2>. Acessado em: 03 set. 2007.

OREM, D.E. **Nursing concept of practice.** Fourth edition. Missouri: Mosby, 1991. 385 p.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; PAGLIUCA, L.M.F. Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **R. Enferm. UERJ**, v.15, n.1, p.130-5, jan./mar. 2007.

PAIM, L.; TRENTINI, M. Indo além do modelo médico – uma experiência de ligação teoria-prática na assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 13-32, jan./jun. 1993.

PEARSON, A; VAUGHAN, B. **Nursing models for practice.** Maryland: An Aspen Publication, 1986.

PEARSON, A; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. **Nursing models for practice.** Third Edition. Toronto: Butterworth-Heinemann, 2005.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-Amer. Enferm.**, v.13, n.4, p. 729-36, set./out. 2005.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

PORTELA, C.M. **O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção à saúde.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. Saúde e globalização: desafios futuros para o cuidado de enfermagem. **Rev. Invest. Educ. Enferm.**, v.22, n.2, p. 112-19. 2004.

QUEENSLAND HEALTH GOVERNMENT. **Changing models of care framework.** Organizational Improvement Unit., 2000.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros:** o cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do *burnout*. Florianópolis: PEN/UFSC, 2001. 120 p. Série Teses.

RIEHL, J.P.; ROY, S.C. Theory and models. In: RIEHL, J.P.; ROY, S.C. **Conceptual models for nursing practice.** Second Edition. Norwalk: Appletom-Century-Crofts, 1980. p. 3-18.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L.; WALL, M.L. *et al.* Cuidado e Tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 61, p. 113-116. 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L.; CARRARO, T.E. Nursing Care Model for Children Victims of Violence. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 25, p. 456-462. 2007.

ROLIM, C.M.C.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Análise da teoria humanista e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 13, n.3, p.132-40, mai./jun. 2005.

SERRA, V.M. **Cuidado é o bem que se quer:** aplicação de uma metodologia da assistência de enfermagem a um grupo de mulheres voluntárias. 2002. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2002.

SCHOPENHAUER, A. **A arte de escrever.** Porto Alegre: L&PM, 2006. 169 p.

SHUYLER, C. Florence Nightingale. In: NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing:** what it is, and what it is not. Commemorative Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992. p. 3-17.

SILVA, A. L; NEVES-ARRUDA, E. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problemas ou solução para a prática de enfermagem? **Texto & Contexto Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan./jun. 1993.

SILVA, F.M.; MATOS, J.C.; BRAMBATI, V.A **enfermagem atuando como facilitadora na potencialização do poder vital da puérpera.** 2006. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SILVA, S.R. **A Trajetória da enfermeira junto à mulher com diagnóstico de câncer uterino submetida ao procedimento de braquiterapia ginecológica.** 2003. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2003.

SOUZA, J.R.; ZAGONEL, I.P.S.; MAFTUM, M.A. Cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. **Rev. RENE**, v.8, n.3, p.117-125, set./dez. 2007.

SOUZA, M.L. *et al.* O cuidado de Enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 266-70, abr./jun. 2005.

SOUZA, A.C. **Resgatando as orientações às puérperas durante o cuidado de enfermagem por meio da aplicação de uma metodologia da assistência.** 2003. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2003.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 183-91, jan./mar. 2008.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública.** 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 170 p.

TORRES, G. **Theoretical foundations of nursing.** Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1986.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p.507-14. 2005.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VICTOR, J.F.; LOPES, M.V.O.; XIMENES, L.B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de J. Nola Pender. **Acta Paul. Enferm.**, v.18, n. 3, p. 235-40. 2005.

WALDOW, V.R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.19, n.1, p.20-32, jan. 1998.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing.** Fourth Edition. New Jersey: Pearson Education, 2005. 227p.

WALKER, P.H.; NEUMAN, B. **Blueprint for use of nursing models:** education, research, practice & administration. New York: NLN Press, 1996. 336p.

WALL, M. L. **Metodologia da assistência:** um elo entre a enfermeira e a mulher-mãe. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

----- Original Message -----

From: [Meleis, Afaf](#)
To: [Marilene Loewen Wall](#)
Sent: Tuesday, October 09, 2007 1:12 PM
Subject: RE: From Brazil

Dear Marilene,

You are getting your doctorate from one of my favorite Universities in Brazil. Florianópolis holds very dear memories in my heart. There are many models of care, two of which are in books you have. In the book on immigrant women, I discuss one model. Review the theoretical chapter which discusses marginalization, transitions, etc. The second one is in my 2007 theoretical nursing book in the chapter on Middle Range Theory in which I discuss transitions. In addition there are general grand theories, middle range theories and situation specific theories, all of which lend themselves to operationalization into several care model. A model of care is a conceptual framework that guides care. Please read my transitions literature, they may help. Attached is a list of readings.

Best Wishes,

Afaf I. Meleis, Phd, DrPS(hon), FAAN
 Margaret Bond Simon Dean of Nursing
 Professor of Nursing and Sociology
 University of Pennsylvania
 School of Nursing
 Room 4005 Claire M. Fagin Hall
 418 Curie Boulevard
 Philadelphia, PA 19104-6096
 USA
 +1-215-898-8283 (phone)
 +1-215-573-2114 (fax)
meleis@nursing.upenn.edu
www.nursing.upenn.edu

From: Marilene Loewen Wall [<mailto:mlwall@uol.com.br>]
Sent: Friday, October 05, 2007 7:23 AM
To: Meleis, Afaf
Subject: From Brazil

Dear RN, PhD, FAAN Meleis,

I hope you are well.

My name is Marilene, I'm a nurse, I'm Brazilian, I teach Woman Health in Nursing, at the Federal University of Paraná. I'm making my doctor ship in Florianópolis at de Federal University of Santa Catarina. My project is about nursing model of care. I intend to evaluate a model of care.

So I'm reading your book's "Theoretical Nursing" in german and in english, and papers and articles about this subject matter, because I intend to used your model for this evaluation. I really enjoy those.

In the chapter Theoretical considerations of health care for immigrant and minority women. In: Hill, P.F.St; Lipson, J.G.; Meleis, A.I. Caring for woman cross-culturally. Philadelphia. Davis Company, 2003; you used the term " model of care". Could you send me more information, or any literature about your concept of "nursing model of care"? I would be most grateful.

Sorry for my brasilianenglish and thank you in advance for your attention.

Sincerely,

Marilene Loewen Wall
 email mlwall@uol.com.br

ANEXO 2

Anexo 1 da Proposta de Carraro (1994)

ANEXO 1

OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL 1ª ETAPA

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S E R H U M A N O	<p>ser singular, integral, indivisível, insubstituível;</p> <p>- se relaciona e interage com o meio ambiente;</p> <p>- expressa crenças e valores que permeiam suas ações, saudáveis ou não;</p> <p>- apresenta aptidões, sentimentos, atributos;</p> <p>- possui poder vital usado para vivenciar o processo saúde/doença;</p> <p>- participa de grupos, sendo, um deles, a família;</p>	<p>- o ser humano e sua família ao vivenciarem a situação cirúrgica;</p> <p>- como está ocorrendo o relacionamento / interação com o meio ambiente;</p> <p>- quais são suas crenças e seus valores;</p> <p>- suas ações são saudáveis ou não;</p> <p>- seus sentimentos em relação à situação cirúrgica;</p> <p>- suas expectativas na situação cirúrgica;</p> <p>- receptividade para aprendizagem de ações saudáveis;</p> <p>- suas aptidões;</p> <p>- sua auto-imagem;</p> <p>- nível de confiança e esperança;</p> <p>- aceitação da situação cirúrgica;</p> <p>- seus planos para o futuro;</p> <p>- suas ligações afetivas;</p> <p>- composição da sua família;</p> <p>- seu relacionamento com a família</p>	<p>- assistência direta;</p> <p>- diálogo informal com o cliente e/ou sua família, e com a equipe de saúde;</p> <p>- consulta ao prontuário;</p> <p>- observação.</p>

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
M E I O A M B I E N T E	<ul style="list-style-type: none"> - envolve condições e influências internas e externas; - propicia meios de prevenção; - contribui para a saúde ou para a doença; - abrange a situação cirúrgica vivenciada. 	<ul style="list-style-type: none"> - condições e influências internas: <ul style="list-style-type: none"> -resistência e imunidade; -reação ao tratamento; -auto-imagem; -conforto interno; -relacionamentos; -forças interiores; -crenças; -condições e influências externas: <ul style="list-style-type: none"> -conforto físico; -prevenção; -contribuições para a saúde; -biossegurança; -assepsia; -preocupações da equipe de saúde com o cliente e com a prevenção de infecções. Riscos: <ul style="list-style-type: none"> de infecções de vida cirúrgico anestésico - condições cirúrgicas; - condições para recepção de visitas; - envolvimento da família na situação cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação; - diálogo; - assistência.

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S A Ú D E D O E N Ç A	<p>- processo dinâmico e influenciável pelo ser humano e meio ambiente;</p> <p>- Saúde é ser capaz de usar bem qualquer poder que nós temos;</p> <p>- para viver de forma saudável é necessário usar os recursos disponíveis no meio ambiente;</p> <p>- pode ocorrer uma situação cirúrgica com risco de infecção hospitalar.</p>	<p>- quais as influências do meio ambiente sobre o processo saúde/doença;</p> <p>- quais as influências do ser humano sobre o processo saúde-doença;</p> <p>- como o ser humano está usando o seu poder vital;</p> <p>- está reagindo ou se entregando ao processo;</p> <p>- tem esperança;</p> <p>- está colaborando com o tratamento;</p> <p>- como o organismo está reagindo;</p> <p>- está utilizando os recursos disponíveis/oferecidos para sua recuperação;</p> <p>- como está evoluindo a situação cirúrgica;</p> <p>- quais os riscos de infecção hospitalar.</p>	<p>- observação</p> <p>- assistência</p> <p>- consulta ao prontuário</p> <p>- diálogo</p>

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
E N F E R M A G E M	<ul style="list-style-type: none"> - Articula Ciência e Arte; - observa princípios bioéticos; - objetiva propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável; - utiliza estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> - embasamento científico na assistência; - aplicação de sensibilidade, imaginação/criatividade e habilidade ao prestar cuidados; - existência de respeito ao cliente quanto a seus valores, crenças, sentimentos, capacidades e limitações; - existência de esclarecimento sobre riscos e benefícios a que o cliente está exposto; - existência de prioridade pela vida; - se a enfermagem propicia condições para potencialização do poder vital do cliente: <ul style="list-style-type: none"> - baixando sua ansiedade; - aumentando sua confiança; - melhorando sua auto-imagem; - propiciando-lhe motivação; - quais as estratégias utilizadas para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde; - existência de preocupação com o conforto do cliente; - desenvolvimento de educação à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação - diálogo - conhecimento de normas e rotinas - consulta aos prontuários

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S A Ú D E D O E N Ç A	<p>- processo dinâmico e influenciável pelo ser humano e meio ambiente;</p> <p>- Saúde é ser capaz de usar bem qualquer poder que nós temos;</p> <p>- para viver de forma saudável é necessário usar os recursos disponíveis no meio ambiente;</p> <p>- pode ocorrer uma situação cirúrgica com risco de infecção hospitalar.</p>	<p>- quais as influências do meio ambiente sobre o processo saúde/doença;</p> <p>- quais as influências do ser humano sobre o processo saúde-doença;</p> <p>- como o ser humano está usando o seu poder vital;</p> <p>- está reagindo ou se entregando ao processo;</p> <p>- tem esperança;</p> <p>- está colaborando com o tratamento;</p> <p>- como o organismo está reagindo;</p> <p>- está utilizando os recursos disponíveis/oferecidos para sua recuperação;</p> <p>- como está evoluindo a situação cirúrgica;</p> <p>- quais os riscos de infecção hospitalar.</p>	<p>- observação</p> <p>- assistência</p> <p>- consulta ao prontuário</p> <p>- diálogo</p>

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
E N F E R M A G E M	<ul style="list-style-type: none"> - Articula Ciência e Arte; - observa princípios bioéticos; - objetiva propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável; - utiliza estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> - embasamento científico na assistência; - aplicação de sensibilidade, imaginação/criatividade e habilidade ao prestar cuidados; - existência de respeito ao cliente quanto a seus valores, crenças, sentimentos, capacidades e limitações; - existência de esclarecimento sobre riscos e benefícios a que o cliente está exposto; - existência de prioridade pela vida; - se a enfermagem propicia condições para potencialização do poder vital do cliente: <ul style="list-style-type: none"> - baixando sua ansiedade; - aumentando sua confiança; - melhorando sua auto-imagem; - propiciando-lhe motivação; - quais as estratégias utilizadas para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde; - existência de preocupação com o conforto do cliente; - desenvolvimento de educação à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação - diálogo - conhecimento de normas e rotinas - consulta aos prontuários

Adaptado de Monticelli, 1994.

FONTE: CARRARO, 1994.

ANEXO 3

Anexo 2 da Proposta de Carraro (1994)

ANEXO 2

ROTEIRO BÁSICO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES - 1ª ETAPA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....
Endereço:.....
Como gosta de ser chamado:.....
Unidade/leito:..... **Registro:**.....
Data de nascimento: ___/___/___ **Idade:**.....
Estado Civil:..... **Religião:**.....
Ocupação:..... **Grau de instrução:**.....
Sexo:..... **Posição na Família:**.....

Familiar Próximo

Ligação:.....
Nome:.....
Endereço:.....

Tipo de Admissão

Data ___/___/___ **Data da cirurgia** ___/___/___
Diagnóstico
Inicial:.....
Cirurgia proposta:..... **Cirurgia realizada:**.....
Anestesia proposta:..... **Anestesia realizada:**.....
Equipe Cirúrgica:
Cirurgião:..... **1º assistente:**.....
2º assistente:..... **3º assistente:**.....
Anestesiologista:..... **ASA:**.....
Tempo de cirurgia:..... **Prótese:**.....
Antibiótico () profilático () terapêutico () não utilizado

Entendimento do cliente sobre a situação:.....

Entendimento da Família sobre a situação:.....

História de Saúde/Doença relevantes no passado:.....

Alergias/Doenças

Infecciosas:.....

Medicamentos que toma no domicílio:.....

Hospitalização Anterior:.....

Cirurgia Anterior:.....

Anestesia Anterior:.....

2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- * Família
- * Amigos
- * Visitas
- * Pacientes
- * Equipe de saúde

3. VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- * Diagnóstico
- * Cirurgia-Anestesia
- * Expectativas
- * Riscos
- * Prevenção
- * Família
- * Planos para o futuro
- * Hospitalização

4. CONDIÇÕES DO MEIO AMBIENTE (HOSPITAL/DOMICÍLIO)

- * Recursos
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Biossegurança
- * Conforto

5. EQUIPE DE SAÚDE

- * Interesse
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Princípios bioéticos
- * Forças
- * Biossegurança

6. FAMÍLIA

- * Aceitação
- * Expectativas
- * Necessidades
- * Recursos

7. DEIXANDO-ME CONHECER

- * Apresentando-me
- * Compartilhando e colocando-me à disposição para deixar-me conhecer
- * Explicando o que estou desenvolvendo
- * Contando sobre meu curso e meu trabalho
- * Falando sobre minha família e minha cidade
- * Falando sobre meu processo saúde-doença

2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- * Família
- * Amigos
- * Visitas
- * Pacientes
- * Equipe de saúde

3. VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- * Diagnóstico
- * Cirurgia-Anestesia
- * Expectativas
- * Riscos
- * Prevenção
- * Família
- * Planos para o futuro
- * Hospitalização

4. CONDIÇÕES DO MEIO AMBIENTE (HOSPITAL/DOMICÍLIO)

- * Recursos
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Biossegurança
- * Conforto

5. EQUIPE DE SAÚDE

- * Interesse
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Princípios bioéticos
- * Forças
- * Biossegurança

6. FAMÍLIA

- * Aceitação
- * Expectativas
- * Necessidades
- * Recursos

7. DEIXANDO-ME CONHECER

- * Apresentando-me
- * Compartilhando e colocando-me à disposição para deixar-me conhecer
- * Explicando o que estou desenvolvendo
- * Contando sobre meu curso e meu trabalho
- * Falando sobre minha família e minha cidade
- * Falando sobre meu processo saúde-doença

Baseado em Carson e Vaughan

ANEXO 4

Anexo 3 da Proposta de Carraro (1994)

ANEXO 3

FATORES DE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- 1- Classificação** do potencial de contaminação da cirurgia
- 2- Duração** da cirurgia (acima de 2 horas ou do cut point*)
- 3- ASA**3, 4 ou 5**
- 4- Hospitalização** prolongada (pré e/ou pós-operatória)
- 5- Extremos de vida**
- 6- Obesidade**
- 7- Malnutrição**
- 8- Diabetes melittus** não controlado
- 9- Politraumatismos**
- 10- Insuficiência** em um ou mais órgãos
- 11- Lúpus** eritematoso
- 12- Artrite** reumatóide
- 13- Câncer** terminal ou em fase de quimioterapia e/ou radioterapia
- 14- Estado** psicológico
- 15- Lesão** de pele e/ou mucosas
- 16- Imunidade** deficiente
- 17- Uso** de prótese
- 18- Hospital** escola (residentes, doutorandos, estagiários)

*Cut Point: corresponde ao valor em horas do tempo cirúrgico máximo de 75% das cirurgias analisadas no estudo NNISS.

**ASA: estado físico do paciente a ser anestesiado

Autores consultados: Starlig et al.; Zannon e Neves; Oniboni; Gaynes.

ANEXO 5

Anexo 4 da Proposta de Carraro (1994)

ANEXO 4

VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NO PODER VITAL DO SER HUMANO

SUBJETIVAS:

Relações Interpessoais (família, amigos, equipe de saúde, companheiros de hospitalização, companheiros de trabalho,...)

Percepção e enfrentamento da doença

Estado emocional

Crenças e Valores

Auto-imagem

Planos para o futuro

Sentimentos (amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupações,...)

Incentivo/Motivação

OBJETIVAS:

Hospitalização

Processo cirúrgico-anestésico medicamentosa, complicações,...) (cirurgia, anestesia, exames complementares, reação sinais vitais, ingestã, excreia, cicatrização,

Riscos de Infecção Hospitalar

Ambiente externo

Equipe de saúde

Estado nutricional

Sono e repouso

Sono e repouso

ANEXO 6

Anexo 5 da Proposta de Carraro (1994)

ANEXO 5

FICHA PARA REGISTRO SISTEMATIZADO - 2ª, 3ª, 4ª E 5ª ETAPAS

RECONHECENDO	DESENHO/ ESTRATÉGIAS	SEGUINDO E AGINDO	ACOMPANHANDO (Avaliando)
a) Risco de Infecção Hospitalar			
b) Recursos Disponíveis			
c) Poder Vital			