

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANE FAVERO

**CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM
ENFERMAGEM DOMICILIAR A PARTIR DO PROCESSO DE CUIDAR
DE LACERDA**

CURITIBA
2013

LUCIANE FAVERO

**CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM
ENFERMAGEM DOMICILIAR A PARTIR DO PROCESSO DE CUIDAR
DE LACERDA**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como
requisito parcial à obtenção do título de
Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro
Lacerda

CURITIBA
2013

Favero, Luciane

Construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda / Luciane Favero – Curitiba, 2013.

173f.: 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia


1. Assistência domiciliar. 2. Teoria de enfermagem. 3. Conhecimento. 4. Modelos de enfermagem. 5. Cuidados de enfermagem. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.14


TERMO DE APROVAÇÃO**LUCIANE FAVERO****CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM
ENFERMAGEM DOMICILIAR A PARTIR DO PROCESSO DE CUIDAR
DE LACERDA**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:


Orientadora:



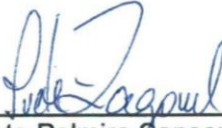
Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR




Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Membro Titular: Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca
Membro Titular: Universidade Federal do Ceará – UFC



Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel
Membro Titular: Faculdades Pequeno Príncipe – FPP



Profa. Dra. Marilene Loewen Wall
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 23 de Abril de 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor, meu Deus e a Nossa Senhora Aparecida, pelo dom da vida, por me guiarem e protegerem em todos os momentos de dificuldade e angústia, por atender minhas preces, acalmar meu coração e sempre cuidar de mim e da minha família.

Aos meus pais, Augusto e Sueli, por me ensinarem, desde cedo, a ser uma pessoa honesta, justa, preocupada e solidária com o outro. Por todos os momentos de dificuldades enfrentados desde a minha chegada à Curitiba, a despedida, a incerteza, o medo, a saudade, os custos, mas, acima de tudo, a confiança que sempre depositaram em mim e o amor com que me receberam em cada retorno para casa.

Ao meu esposo Oldair, pelo companheirismo, pela ajuda, pela confiança e paciência, por ter sido pai e mãe da nossa filha em muitos momentos desde o início dessa jornada em 2008 com o ingresso no mestrado e, posteriormente, com a continuidade dos estudos no doutorado. Sempre acreditou em mim, ficava orgulhoso das minhas vitórias, indignado quando eu também me indignava, muitas vezes sem muito bem entender o porquê, foi meu porto seguro, meu ombro forte. Meu amor, muito obrigada!

À minha filhinha, minha amada Beatriz. Bia a mamãe ama muito você. Tudo que eu fiz foi também pensando em você, em seu futuro. Minha ausência por cinco anos vai valer muito à pena. Você me ajudou com seu carinho, com seus beijinhos e com seu jeito moleca de ser, querendo que eu me “demitisse” desse estudo para poder te dar atenção. Agora teremos mais tempo juntas, pois, como você sempre dizia: “quando a mamãe, eu e o papai terminarmos o doutorado, vamos poder brincar, e a mamãe terá mais tempo para ficar comigo...”

Aos meus irmãos, Suliane e Gustavo, por existirem na minha vida, por valorizarem meus esforços e por me abraçarem sempre que precisei. Eu consegui!

Às minhas amigas que sempre vibraram com as minhas conquistas, orgulharam-se com cada vitória e me incentivaram a sempre ir mais longe. Agradeço por me ouvirem, pelas risadas compartilhadas, pelas saídas para relaxar e por sempre se fazerem presentes.

À querida amiga e professora Doutora Ana Maria Dyniewicz. Só cheguei até aqui graças a você. Sempre me incentivou, me ajudou, viu em mim algo que nem eu mesma via. Fez parte de cada conquista acadêmica, aconselhando-me e ouvindo-me. Muito obrigada por todo o seu carinho. Jamais poderei esquecer tamanha demonstração de cuidado.

Às minhas colegas de trabalho, dos tempos atuais e passados, mas que fizeram parte dessa jornada, em especial, à querida colega e amiga Kátia Renata Antunes Kochla, que, com seu alto astral, sempre me motivou e valorizou a cada conquista alcançada. Obrigada, amiga!

À professora mestre Sandra Maria da Silva Leite por todo o incentivo e compreensão. Agradeço-lhe pela oportunidade e pelo aprendizado de vida que tive durante os seis anos de Universidade Tuiuti do Paraná.

À Universidade Positivo por me acolher e tão bem! Agradeço pela parceria formada e por tudo o que ainda há de vir.

À Universidade Federal do Paraná, minha querida UFPR. Centro de excelência educacional e responsável por toda a minha formação profissional. Aqui vivi a graduação, mestrado e doutorado. Espero um dia poder retribuir parte de tudo o que foi a mim ofertado. Agradeço a todos os professores e servidores que fizeram parte da minha vida acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, a que, no nome da Dra Mariluci Alves Maftum, excelentíssima coordenadora, agradeço a todo o corpo docente pelo aprendizado, pela oportunidade de crescimento e por partilharem comigo seus saberes, indagações e reflexões. Agradeço o carinho e a atenção de cada um, incluindo a servidora Alcioni, que sempre esteve pronta para auxiliar em o que fosse necessário.

Aos meus colegas da turma 2010-2014, primeira turma de doutorado da UFPR: Leomar, Maria Isabel, Márcio, Mariluci e Ricardo. Incluirei também a Luciana (aluna especial e posteriormente parte da turma 2011-2015), pois conosco partilhou cada momento desde o início. Obrigada pela parceria nos trabalhos, pelo aprendizado, pela união, pelos abraços nos momentos difíceis, pelas conversas, cafés no fim da tarde, risadas despreocupadas, enfim, obrigada por fazerem parte desse momento comigo. Já sinto saudades dos nossos encontros em dias de aulas.

À turma de doutorado 2011-2015: Ana Paula, Anice, Elis, Karla, Kátia, Márcia (e sua “cerejinha” – o Caio), Maria Lúcia, Rosibeth, Tatiane. Convivemos por um ano durante o cumprimento dos créditos e gostaria de agradecer-lhes pela amizade, companheirismo e contribuição para meu crescimento pessoal e profissional.

À minha querida orientadora, professora doutora Maria Ribeiro Lacerda. Obrigada por fazer parte da minha vida, dos meus estudos na pós-graduação. Com você aprendi, dentre inúmeros ensinamentos, o significado do cuidado transpessoal. Obrigada pelo carinho e respeito com que sempre me tratou, pelas ajudas sem demora, mostrando-se presente a todo o momento que se fez necessário. Espero que eu tenha aprendido a lição e um dia consiga chegar perto da doutora que você é.

Ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE-UFPR) pela oportunidade de aprendizado e crescimento. Obrigada aos líderes e membros que fazem que este grupo seja o que ele é. Parabéns pelos seus 15 anos de existência!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) por terem financiado parte dos meus estudos de doutorado.

A todos que, de uma maneira ou outra, fizeram parte do meu processo de evolução como pessoa, como enfermeira, como docente e pesquisadora, deixo aqui o sentimento de dever cumprido e o resultado de muita dedicação e estudo. À vocês, muito obrigada!

*Ando devagar porque já tive pressa
e levo esse sorriso, porque já chorei demais.
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe
eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei, eu nada sei.*

*Conhecer as manhãs e as manhãs,
o sabor das massas e das maçãs,
é preciso amor pra poder pulsar,
é preciso paz pra poder sorrir,
é preciso a chuva para florir.*

*Penso que cumprir a vida seja simplesmente
compreender a marcha, e ir tocando em frente.
Como um velho boiadeiro levando a boiada,
eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou,
de estrada eu sou.*

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,
um dia a gente chega, no outro vai embora.
Cada um de nós compõe a sua história,
e cada ser em si carrega o dom de ser capaz,
e ser feliz.*

*Ando devagar porque já tive pressa
e levo esse sorriso porque já chorei demais.
Cada um de nós compõe a sua história,
e cada ser em si carrega o dom de ser capaz,
e ser feliz.*

Renato Teixeira e Almir Sater

RESUMO

FAVERO, L. **Construção de um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar de Lacerda.** 2013. 173 f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda.

Pesquisa teórica de abordagem qualitativa com objetivo de construir um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda à luz do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis. Para isso, houve a necessidade de apreender o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis e o conceito de modelo de cuidado, de modo que fosse possível relacionar os elementos contidos no referido Modelo ao Processo de Cuidar de Lacerda. Este, por sua vez, é baseado nos pressupostos fenomenológicos descritos por Jean Watson durante a construção da Teoria do Cuidado Humano e é voltado para a atuação da enfermeira no domicílio do usuário. A partir da eleição das etapas contidas no Modelo que poderiam ser aplicadas ao Processo de Cuidar, e devido a este possuir elementos capazes de serem avaliados, modificados e evoluídos, foram selecionadas as fases de descrição dos componentes estruturais – pressupostos e conceitos – e dos componentes funcionais – metaparadigmas da Enfermagem; análise dos conceitos; crítica do diagrama da teoria; e teste de utilidade. Assim, na etapa da descrição, além da resposta aos questionamentos expostos por Meleis em seu Modelo, foram descritos os pressupostos e os conceitos de cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, contexto domiciliar, família e cuidador, além dos metaparadigmas presentes em toda a produção científica de Maria Ribeiro Lacerda. Para a concretização dessa etapa, utilizaram-se os passos e o rigor científico de uma revisão integrativa. Na etapa de análise, os conceitos descritos da fase anterior passaram pela Análise de Conceito, em que se buscou delimitar os antecedentes, atributos e consequências de cada conceito selecionado. Os conceitos de saúde, ser humano e contexto domiciliar não puderam ser analisados devido ao pequeno número de definições encontradas nas publicações emergidas da revisão integrativa. A terceira etapa referiu-se à crítica do diagrama da teoria, nesse estudo, do Processo de Cuidar. Foi possível perceber a ausência de representação de alguns conceitos, bem como dos pressupostos que embasavam o Processo. Com o intuito de avançar, nova proposta foi elaborada para ampliação do diagrama. Na última etapa, denominada de teste, utilizou-se a subetapa teste de utilidade. Para isso, três dissertações de mestrado, que utilizaram o Processo de Cuidar de Lacerda e o referencial teórico da Teoria do Cuidado Humano, foram analisadas a fim de determinar a viabilidade do seu uso e testar a capacidade do pesquisador em recordar, compreender e utilizar o Processo em suas atividades de cuidar. Ao finalizar as etapas do Modelo de Meleis selecionadas, propôs-se a construção de pressupostos próprios, embasados na Teoria do Cuidado Humano e nas premissas do cuidado domiciliar, ampliou-se a definição dos metaparadigmas e dos conceitos de cuidado transpessoal, cuidado domiciliar, contexto domiciliar, família e cuidador, e propôs-se ainda a ampliação do diagrama representativo. Desse modo, foi atingido o que é de competência de um modelo de cuidado, sendo possível confirmar a tese da construção de um modelo de cuidado transpessoal de Enfermagem domiciliar a partir de um Processo de Cuidar utilizando o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis. Este modelo de cuidado poderá ser aplicado em estudos futuros capazes de validar sua utilização em diversas áreas do conhecimento de Enfermagem, desde

que tenham como cenário de atuação da enfermeira, o domicílio dos clientes. O estudo de questões teóricas de uma disciplina é deveras importante, pois é capaz de contribuir para o avanço no conhecimento e aumento da visibilidade de uma profissão. Assim, espera-se que esse estudo possa contribuir para o desenvolvimento da profissão e avanço do saber em Enfermagem, em especial, da Enfermagem domiciliar.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Teoria de Enfermagem. Conhecimento. Modelos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

FAVERO, L. **A model construction of transpersonal nursing home care based on the care process under Lacerda's perspective**. 2013. 173 f. Thesis [Ph.D. in Nursing] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba (Federal University of Paraná State, Brazil). Advisor: Prof. Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda.

Theoretical research of a qualitative approach aimed to build a model of transpersonal nursing home care based on the Caring Process under Lacerda's perspective taking into account the Model Evaluation of Meleis' Theories. For this consideration, it was necessary to seize the Evaluation Model of Meleis' Theories and the concept of care model, so that it was possible to relate the elements contained in the referred Caring Process' Model under Lacerda's perspective. This Model, in turn, is based on phenomenological assumptions described by Jean Watson during construction of the Human Caring Theory and is geared toward nurses' actions in the user's home. Considering the election of the Model's steps that could be applied to the Caring Process and because it has evaluable, modified, and evolved elements, description phases of structural components were selected - assumptions and concepts - and functional components - Nursing metaparadigms, concepts analysis, criticism of the theory's diagram, and utility test. Thus, in the description stage, beyond response to questions exposed by Meleis in his Model, assumptions and concepts of home care, transpersonal caring, home context, family, and caregivers were described, in addition to metaparadigms present throughout the scientific production of Maria Ribeiro Lacerda. To accomplish this stage, the steps and the scientific rigor of an integrative review were used. In the analysis stage, the described concepts from the previous phase passed through Concept Analysis, delimiting the antecedents, attributes, and consequences of each selected concept. The concepts of health, human being, and household context could not be analyzed due to the small number of definitions found in the publications emerged from the integrative review. The third stage referred to the criticism of the theory's diagram in studying the Caring Process. It was possible to notice the representation lack of some concepts and assumptions basing the Process. In order to proceed, a new proposal was made to expand the diagram. In the last step called test, substep of utility test was used. For this case, three Masters Dissertations that used the Caring Process of Lacerda and theoretical reference of Human Caring Theory were analyzed to determine the feasibility of their use and test the researcher's ability to remember, understand, and use the Process in his care activities. At the end of selected stages of Meleis' Model, the construction of own assumptions based on the Human Caring Theory and assumptions of home care were proposed, expanding the definition of metaparadigms and concepts of transpersonal care, home care, home context, family, and caregivers, and also the representative diagram expansion was proposed. Thus, a care model's competency has been achieved and the thesis of building a model of transpersonal nursing home care based on a Caring Process using the Evaluation Model of Meleis' Theories can be confirmed. This care model can be applied for future studies able to validate its use in various areas of nursing knowledge provided that having the customers' homes as scenario of nurses' actions. The theoretical issues study of a discipline is very important, because it can contribute to advancing the knowledge and increasing the visibility of a profession. Thus, it is expected that this study can contribute to the profession development and advancement of knowledge in Nursing, especially Nursing home.

Keywords: Home nursing. Nursing theory. Knowledge. Models nursing. Nursing care.

RESUMEN

FAVERO, L. **Construcción de un modelo de cuidado transpersonal en Enfermería domiciliaria con base en el proceso de cuidar de Lacerda.** 2013. 173 f. Tesis [Doctorado en Enfermería] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Tutora: Prof.^a Dr.^a. Maria Ribeiro Lacerda.

Investigación teórica de abordaje cualitativo con el objeto de construir un modelo de cuidado transpersonal en Enfermería domiciliaria con base en el Proceso de Cuidar de Lacerda según el Modelo de Evaluación de Teorías de Meleis. Para ello, hubo la necesidad de aprehender el Modelo de Evaluación de Teorías de Meleis y el concepto de modelo de cuidado, de modo que fuera posible relacionar los elementos contenidos en el referido Modelo al Proceso de Cuidar de Lacerda. Este, a su vez, se basa en hipótesis fenomenológicas descritas por Jean Watson durante la construcción de la Teoría del Cuidado Humano y está dirigido a las acciones de enfermería en el domicilio del usuario. Con la elección de las etapas que figuran en el Modelo que podrían aplicarse al Proceso de Cuidar, y debido a que este posee elementos que pueden ser evaluados, modificados y evolucionados, se seleccionaron las fases de descripción de los componentes estructurales - supuestos y conceptos - y de los componentes funcionales - metaparadigmas de Enfermería; análisis de los conceptos; crítica del diagrama de la teoría y prueba de utilidad. En la etapa de descripción, además de la respuesta a los cuestionamientos expuestos por Meleis en su Modelo, han sido descritos los supuestos y los conceptos de cuidado domiciliario, cuidado transpersonal, contexto domiciliario, familia y cuidador, además de los metaparadigmas presentes en toda la producción científica de Maria Ribeiro Lacerda. Para llevar a cabo esta etapa, se utilizaron los pasos y el rigor científico de una revisión integrativa. En la etapa de análisis, los conceptos que se describen en la fase anterior pasaron por el Análisis de Concepto, en el que se trató de delinear los antecedentes, atributos y consecuencias de cada concepto seleccionado. Los conceptos de salud, ser humano y contexto domiciliario no pudieron analizarse debido al pequeño número de definiciones encontradas en las publicaciones resultantes de la revisión integrativa. La tercera etapa se refirió a la crítica del diagrama de la teoría, en este estudio, del Proceso de Cuidar. Se pudo notar la falta de representación de algunos conceptos así como de los supuestos que fundamentaban el Proceso. Con el propósito de avanzar, una nueva propuesta se hizo para ampliar el diagrama. En la última etapa denominada "test" se utilizó la subetapa prueba de utilidad. Para tal fin, tres disertaciones de maestría que utilizaron el Proceso de Cuidar de Lacerda y el referencial teórico de la Teoría del Cuidado Humano, fueron analizadas para determinar la viabilidad de su uso y comprobar la capacidad del investigador para recordar, comprender y utilizar el Proceso en sus actividades de cuidar. Al término de las etapas del Modelo de Meleis seleccionadas, se propuso la construcción de supuestos propios, basados en la Teoría del Cuidado Humano y en las premisas del cuidado domiciliario, se amplió la definición de metaparadigmas y de los conceptos de cuidado transpersonal, cuidado domiciliario, contexto domiciliario, familia y cuidado, y también se propuso la ampliación del diagrama representativo. De esta manera, lo que se ha alcanzado es un modelo de competencia de un modelo de cuidado, y es posible confirmar la tesis de la construcción de un modelo de cuidado transpersonal de Enfermería domiciliaria partiendo de un Proceso de Cuidar utilizando el Modelo de Evaluación

de Teorías de Meleis. Este modelo de cuidado se podrá aplicar en futuros estudios que puedan validar su uso en diversas áreas del conocimiento de Enfermería, siempre que el escenario de actuación de la enfermera sea el domicilio de los clientes. El estudio de las cuestiones teóricas de una disciplina es verdaderamente muy importante, ya que puede contribuir al avance en el conocimiento y aumento de la visibilidad de una profesión. Por lo tanto, se espera que este estudio pueda contribuir al desarrollo de la profesión y el avance del saber en Enfermería, mayormente de la Enfermería domiciliaria.

Palabras clave: Atención Domiciliaria de Salud. Teoría de Enfermería. Conocimiento. Modelos de Enfermería. Atención de Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO REFERENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM TRANSPESSOAL NO CONTEXTO DOMICILIAR.....	74
FIGURA 2 - MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS.....	78
FIGURA 3 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS.....	98
FIGURA 4 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DAS FASES DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS UTILIZADAS NO ESTUDO.....	102
QUADRO 1 - REPRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA ORIGINAL, CURITIBA, 2012.....	108
QUADRO 2 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE ENFERMAGEM, CURITIBA, 2012.....	127
QUADRO 3 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE CUIDADO DOMICILIAR, CURITIBA, 2012.....	128
QUADRO 4 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE CUIDADOR, CURITIBA, 2012.....	129
QUADRO 5 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE FAMÍLIA, CURITIBA, 2012.....	130
QUADRO 6 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE AMBIENTE, CURITIBA, 2012.....	131
QUADRO 7 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE DOMICÍLIO, CURITIBA, 2012.....	131
FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR DE FAVERO E LACERDA.....	150

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	JUSTIFICATIVA.....	23
1.2	OBJETIVO GERAL.....	26
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM.....	27
2.1.1	Conceitos utilizados no desenvolvimento da disciplina.....	39
2.2	CUIDADO DOMICILIAR.....	47
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	53
3.1	TEORIA DO CUIDADO HUMANO.....	54
3.1.1	Processo <i>Clinical Caritas</i>	60
3.1.2	Conceitos presentes na Teoria do Cuidado Humano.....	66
4	PROCESSO DE CUIDAR PROPOSTO POR LACERDA⁽¹⁹⁹⁶⁾.....	69
5	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	75
5.1	MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS.....	75
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	99
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	99
6.2	OBJETO DE ESTUDO.....	100
6.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	101
6.4	ANÁLISE DO ESTUDO.....	101
6.4.1	Descrição.....	103
6.4.1.1	Considerações acerca da etapa de descrição.....	122
6.4.2	Análise.....	123
6.4.2.1	Considerações acerca da etapa de análise.....	132
6.4.3	Crítica.....	133
6.4.3.1	Considerações acerca da etapa de crítica.....	134
6.4.4	Teste.....	134
6.4.4.1	Considerações acerca da etapa de teste.....	144
7	MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR.....	145

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
	REFERÊNCIAS.....	158

1 INTRODUÇÃO

Ao acompanhar o desenvolvimento teórico da Enfermagem enquanto disciplina é possível observar que um olhar para o passado promove perspectivas que auxiliam a entender a fase atual de desenvolvimento dessa disciplina, bem como, favorece a aproximação com os seus objetivos. Ao observar esse conhecimento nos dias de hoje, percebe-se que ele traz influências do passado, além de perspectivas para o futuro^(Wall, 2008).

A evolução do conhecimento científico na Enfermagem pode ser descrita em quatro etapas^(Gomes; Backes; Padilha; Vaz, 2007) assim denominadas: a contribuição de Florence Nightingale; o domínio do fazer técnico; o advento dos princípios científicos; a construção das teorias de Enfermagem.

A primeira etapa remete à liderança de Florence Nightingale, na Inglaterra vitoriana, a partir da segunda metade do século XIX, momento em que a Enfermagem surge como profissão e como um campo do saber. Já a segunda fase, que ocorreu nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX e persiste até hoje em alguns locais do Brasil, tem o foco do conhecimento centrado no “como fazer”, cuja maneira de execução da técnica é mais importante do que o próprio cuidado ao cliente^(Gomes; Backes; Padilha; Vaz, 2007).

A fase do advento dos princípios científicos estendeu-se do final da década de 40 até meados da década de 60 do século XX. Nela, a Enfermagem investigou “por que fazer” procurando se tornar científica; aproximou-se do saber médico e os princípios da anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química começaram a respaldar suas ações. A partir daí, cada etapa de um procedimento era relacionada a um princípio científico que correspondia ao porquê de sua execução^(Gomes; Backes; Padilha; Vaz, 2007).

A quarta e última fase descrita por esses autores, remete às teóricas de Enfermagem, as quais, na tentativa de consolidar o conhecimento produzido no campo da Enfermagem, refletem, pesquisam e evoluem seus escritos no intuito de responder à seguinte questão: “Qual o saber próprio da Enfermagem?”.

Meleis^(2012, 2007) também descreve que desde a época da Guerra da Crimeia, a Enfermagem passou por várias fases em busca de uma identificação profissional e de definição de seu domínio. Cada uma destas etapas tem, efetivamente,

estimulado e contribuído para o esclarecimento das dimensões necessárias para o estabelecimento dos aspectos científicos da disciplina, além de promover uma evolução acadêmica da Enfermagem. Cada estágio tem ajudado os profissionais a se aproximar e identificar o domínio da Enfermagem, definindo sua missão e sua base teórica. O progresso no desenvolvimento teórico da profissão é definível em seis etapas: prática, educação e administração, pesquisa, teoria, filosofia e integração. Para melhor compreensão, essas fases estão descritas no conjunto de estudos que constituem a revisão de literatura proposta para esta pesquisa (capítulo 2, p. 26).

A Enfermagem é considerada para vários autores, uma disciplina^(Fawcett, 1989; Lacerda, 1998; Tomey; Alligood, 2002; Fawcett, 2005; Alligood; Tomey, 2006; Leopardi, 2006; Rosa; Sebold; Arzuaga; Santos; Radünz, 2010), uma ciência prática^(Alligood; Tomey, 2006; Wall, 2008; Orem; Taylor, 2011) ou ainda uma disciplina orientada para a prática^(Meleis, 2007; Walker; Avant, 2011; Meleis, 2012). Fawcett^(2005, p. 591) coloca que a disciplina de Enfermagem possui duas dimensões profissionais, sendo uma a ciência de Enfermagem e a outra a profissão de Enfermagem. Para a autora, a ciência é conseguida por meio da pesquisa em Enfermagem e a profissão se concretiza, ao mesmo tempo em que é atualizada, pela prática de Enfermagem.

Uma disciplina é definida como um ramo do conhecimento ou do ensino que deverá produzir um caráter específico ou padrão de comportamento e inclui, além desses, um conjunto de regulamentação de regras ou métodos que regem a prática. Em uma disciplina, as experiências são organizadas em uma visão coerente e bem articulada do mundo. Temas recorrentes da realidade formam um padrão compreensível que fica atribuído àqueles que são membros da disciplina. Disciplinas diferem em níveis de especificidade, codificação, campos paradigmáticos e de estabelecimento^(Meleis, 2007; 2012).

Para Wall^(2008, p. 24) o termo disciplina “refere-se a um campo do 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”.

Já a disciplina de Enfermagem é compreendida mediante as maneiras pelas quais a estrutura e substância são vistas, organizadas, analisadas, pesquisadas e compreendidas. Três grandes categorias são delineadas para analisar a disciplina e refletir sobre seu foco e finalidades, são elas: a perspectiva, o domínio e os seus

objetivos, os quais se refletem na forma como a disciplina de Enfermagem é definida^(Meleis, 2007; 2012).

Fawcett⁽²⁰⁰⁵⁾ descreveu uma hierarquia estrutural do conhecimento da Enfermagem contemporânea e a classifica em ordem decrescente, da seguinte maneira: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos. Portanto, o componente metaparadigma é considerado o elemento com maior nível de abstração, e os indicadores empíricos são aqueles mais concretos da estrutura do conhecimento de Enfermagem.

Meleis^(2007; 2012), embora em sua obra mais recente apresente algumas alterações, também apresenta o desenvolvimento e o progresso teórico da disciplina de Enfermagem, com ênfase na jornada, herança, estrutura, epistemologia e visões para o futuro. Ela descreve, com base no nível decrescente de abstração, as grandes teorias, as teorias de médio alcance e as teorias de situação específica.

Outros autores apresentam uma estrutura diferenciada, em que esta aparece da seguinte maneira: filosofia, modelos e teorias de Enfermagem^(Alligood; Tomey, 2006), metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance^(Alligood; Tomey, 2002), ou mais recentemente, como filosofias, modelos de Enfermagem, teorias de Enfermagem e teorias de médio alcance^(Alligood; Tomey, 2009). Há também a classificação proposta por Wills⁽²⁰⁰⁹⁾ com base no âmbito da teoria, que é similar a descrita por Walker e Avant⁽²⁰¹¹⁾, a qual se refere à complexidade e ao grau de abstração, sendo a metateoria a de maior abstração, seguida pelas grandes teorias, teorias de médio alcance e, finalmente, as teorias práticas, consideradas as menos abstratas.

Assim, os termos que denominam as estruturas do conhecimento indicam que não há um consenso entre os autores no que tange à unicidade de termos e à composição estrutural, e alguns acreditam que grandes e médias teorias sempre resultarão de um modelo conceitual^(Fawcett, 2005; Alligood, 2006).

Outro contraponto é encontrado na classificação dos trabalhos das diferentes teóricas da Enfermagem. O que para determinado autor é entendido como uma filosofia em Enfermagem, para outro é qualificada como teoria de Enfermagem. Exemplo encontrado na classificação da teoria descrita por Jean Watson, a qual é diferentemente descrita como uma filosofia de Enfermagem^(Tomey; Alligood, 2002; Alligood; Tomey, 2006; Alligood; Tomey, 2009) e como teoria de Enfermagem^(Fawcett, 2005; Leopardi, 2006; Meleis, 2007; Wills, 2009; Walker; Avant, 2011; Meleis, 2012).

Teoria é definida como uma ou mais conceituações relativamente concretas e específicas que são derivadas de um modelo conceitual e de suas proposições, com afirmações concretas e relações específicas entre dois ou mais conceitos^(Fawcett, 2005).

Com base na perspectiva proposta por Meleis^(2007; 2012) e corroborada por Walker e Avant⁽²⁰¹¹⁾, teoria de Enfermagem é definida como uma conceitualização articulada da realidade, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever os cuidados de Enfermagem.

Para mim, uma teoria representa um conjunto de conceitos, afirmações e declarações – pressupostos e proposições - organizado, que deriva de estudos, vivência e crenças de determinado estudioso, sendo voltada para responder às situações da realidade para a qual se apresenta.

Sabe-se que o estudo das teorias de Enfermagem se iniciou a partir da década de 50, do século passado, momento em que as teóricas principiam o desenvolvimento de seus trabalhos, muitos destes considerados modelos conceituais, os quais forneceram suporte para o desenvolvimento das teorias de Enfermagem e para o conhecimento destas^(Wall, 2008). Além disso, as teóricas continuam evoluindo suas teorias, o que pode contribuir para uma classificação divergente.

Desta forma, há necessidade de avanço no estudo das teorias e todos os seus componentes, pois estas são essenciais para o desenvolvimento da Enfermagem, e sua utilização na prática é capaz de promover o conhecimento como base de uma estrutura que guia as ações da profissão^(Wall, 2008).

O desenvolvimento das teorias alçou o conhecimento teórico da Enfermagem e refletiu sua importância na prática profissional. Atualmente, elas se fazem presentes nos currículos da graduação e pós-graduação de diversas Instituições de Ensino Superior do Brasil, da Europa, Estados Unidos e outros países da América Latina, como a Colômbia, por exemplo, além de subsidiarem a prática dos cuidados de Enfermagem e as pesquisas da área.

Nesse sentido, Meleis⁽²⁰⁰⁷⁾ destaca que a Enfermagem, por ser uma disciplina orientada para a prática, tem como objetivo do desenvolvimento do conhecimento entender as necessidades do cuidado de Enfermagem e aprender a melhor forma de cuidar das pessoas. Portanto, as atividades de cuidado em que as

enfermeiras estão envolvidas são o foco para o desenvolvimento e estruturação do conhecimento.

O cuidado é considerado o fio condutor da Enfermagem, de sua estrutura de conhecimento, de sua evolução. Tanto a prática, quanto a teoria dessa disciplina estão embasadas na forma e na complexidade do cuidado prestado^(Rocha, 2008).

Sendo o cuidar a essência de toda a Enfermagem, entendo-o do mesmo modo que Lacerda^(2000, p.21) e considero-o como o “centro, o âmago da nossa existência enquanto profissão e especificidade do saber e do fazer”. Assim, o cuidado é muito mais do que a realização de técnicas ou procedimentos, é uma prática genética que perpassa toda a dimensão sócio-política que está acima de quaisquer interesses e momentos vivenciados pela categoria profissional, e representa a bandeira primeira, a força de organização e atuação da Enfermagem^(Lacerda, 2006).

Assim, tem-se os conceitos de processo de cuidar, modelo de cuidado, modelo conceitual e metodologia do cuidado, os quais são manifestações teórico-operacionais do cuidado, e recebem essa denominação dependendo do embasamento teórico interno e da forma como estão estruturados.

Pelo modo como o cuidado é realizado se estabelece um processo de cuidar em Enfermagem, que surge do encontro entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Pode ser considerado um sistema de trocas, em que os envolvidos na relação tanto cuidam quanto são cuidados.

Quando este processo de cuidar é embasado teoricamente e estruturado metodologicamente, pode ser visto como diferentes estruturas que possuem um grau de abstração diverso e é capaz de ser classificado como: modelo de cuidado, modelo conceitual, metodologia de cuidado, teoria, entre outros^(Rocha, 2008).

Um modelo de cuidado é definido como um conjunto teórico, formado por conceitos básicos da Enfermagem e por pressupostos baseados em um referencial teórico-filosófico, “cuja função é guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações”, e cuja estrutura teórica é representada por um diagrama capaz de orientar a prática do cuidado^(Wall, 2008, p.17).

Já o modelo conceitual é um conjunto de conceitos gerais e abstratos que identificam o fenômeno central de interesse da disciplina, aliado às proposições que descrevem esses conceitos e que identificam as abstrações e as relações gerais entre dois ou mais conceitos^(Wall, 2008).

Um modelo conceitual é capaz de oferecer suporte para o desenvolvimento de teorias de Enfermagem, além de colaborar para o avanço do conhecimento desta disciplina^(Alligood, 2006).

Na metodologia do cuidado, a operacionalização do cuidado é descrita detalhadamente, fundamentada em pressupostos e conceitos. Compreende várias etapas articuladas entre si, que se complementam e ocorrem, ou não, simultaneamente, e têm por objetivo a busca de necessidades do cliente e a orientação da prática da Enfermagem^(Wall, 2008).

Em estudo realizado^{(Favero; Wall; Lacerda, no prelo)¹} sobre as diferentes visões de autores nacionais nas publicações analisadas acerca das definições conceituais para os termos marco conceitual, marco de referência, metodologia do cuidado, modelo de assistência, modelo de cuidado, processo de cuidar e processo de Enfermagem, foi possível constatar, similaridades, particularidades e divergências acerca de conceitualizações utilizadas para esses termos. Inadequações conceituais foram percebidas, além da incompreensão na utilização de alguns termos e da falta de profundidade e densidade que garantem sua abrangência, individualidade e subjetividade.

Sabe-se que essas inadequações propiciam pouca distinção conceitual, fato que dificulta o entendimento de aspectos teóricos do conhecimento da disciplina de Enfermagem. Assim, a partir dessa constatação, acredita-se que a construção do conhecimento de uma disciplina configura-se em tarefa árdua e constante, pois aspectos já contemplados precisam ser reconsiderados e avanços são imprescindíveis^(Favero; Wall; Lacerda, no prelo).

1.1 JUSTIFICATIVA

Durante o desenvolvimento dos meus estudos de mestrado, realizei aproximação com a Teoria do Cuidado Humano proposta pela teórica Jean Watson. Ao conhecer mais profundamente seus propósitos e fundamentos, adotei esse

¹ Favero L, Wall ML, Lacerda MR. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção da Enfermagem brasileira. Texto Contexto Enferm. No prelo.

referencial como marco teórico-filosófico da minha dissertação, devido à identificação pessoal e encantamento com a filosofia de cuidar em Enfermagem.

Com o avanço dos estudos para o doutorado, consegui melhor compreender a trajetória pessoal e profissional da teórica, a evolução em cada obra lançada e a clarificação dos elementos do processo *clinical caritas*, e como poderiam ser utilizados para o alcance do cuidado transpessoal.

Assim, a Teoria do Cuidado Humano foi desenvolvida por Jean Watson, inicialmente, entre 1975 e 1979 e está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. A teórica afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da relação enfermeira-cliente visando ao cuidado terapêutico capaz de transcender o corpo físico^(Favero, 2009).

Com o passar dos anos, Watson avançou na descrição de sua teoria, que passou a ser conhecida como Teoria do Cuidado Transpessoal, apesar de a teórica utilizar a denominação de Teoria do Cuidado Humano, denominação essa que será seguida nesse estudo, bem como na redefinição dos conceitos utilizados como base de seu trabalho, introduziu o paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado e substituiu os fatores de cuidado pelos elementos do processo *clinical caritas*^(Watson, 2002a; 2005; 2008a; Favero, 2009).

Alguns autores apontam a falta de explicação da teórica, em questão, quanto a um modelo de aplicabilidade que seguisse as fases de um processo de Enfermagem, como acontece em outras teorias da área^(Mathias, Zagonel, Lacerda, 2006; Favero, 2009).

Em função da dificuldade encontrada para a operacionalização desta teoria, utilizei para o desenvolvimento do meu estudo de mestrado, o Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, o qual permite a aplicação da Teoria do Cuidado Humano na prática do cuidar em Enfermagem.

O Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ foi desenvolvido pela autora ao longo de sua dissertação de mestrado, tempo em que aplicou a Teoria do Cuidado Humano durante o cuidado de Enfermagem prestado ao cliente e sua família em ambiente domiciliar, tema pelo qual passou a ser identificada nacionalmente, tornando-se sua área de expertise. O referido processo está descrito com maiores detalhes no capítulo 4 (p. 69) deste estudo.

A partir deste estudo, outros surgiram e também empregaram os preceitos da Teoria de Jean Watson aliados ao Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ em ambiente domiciliar^(Souza; Lacerda, 2000; Fonsêca, 2004; Favero, 2009).

Ao analisar a proposta apresentada por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, é possível identificar uma fundamentação filosófica baseada na Teoria do Cuidado Humano, a presença de um marco de referência e de uma metodologia de cuidado, denominada de Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾. O marco de referência que fundamenta o cuidado transpessoal da enfermeira domiciliar é baseado em conceitos, como o de ser humano, saúde-doença, ambiente-sociedade, Enfermagem e família, nos dez fatores de cuidado anteriormente descritos por Watson^(1979; 1985) e em pressupostos básicos de concepção da teórica em questão.

Ocorre a definição de outros conceitos no desenvolvimento do estudo de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, como o de cuidar-cuidado, cuidado domiciliar e cuidado transpessoal, mas estes não fazem parte do marco de referência, estando ausentes dos conceitos descritos no seu marco referencial. É possível identificar que Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ não descreve pressuposições próprias, utiliza as pressuposições descritas por Watson^(1979; 1985), bem como as proposições da autora, mas apresenta a metodologia de cuidado em um diagrama, ou como ela mesma descreve, em uma “representação gráfica do marco referencial para o cuidado de Enfermagem transpessoal no contexto domiciliar”^(Lacerda, 1996, p.37).

Portanto, emergiu a necessidade de avançar no desenvolvimento desse Processo de Cuidar de modo que sua evolução possibilitasse a construção de um modelo capaz de explicitar o cuidado transpessoal de Enfermagem domiciliar. Tal construção também contribuirá para o avanço da Enfermagem enquanto disciplina e ciência, promovendo o aumento de sua visibilidade e o avanço de sua autonomia, além de proporcionar a aplicação da teoria de Jean Watson no cuidado realizado pelas enfermeiras atuantes em domicílio.

Partindo desse princípio, o referencial teórico-metodológico do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis^(2007; 2012) foi utilizado com o intuito de ampliar o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, por compreender que as fases propostas por Meleis são capazes de subsidiar a análise necessária a fim de avançar em busca da construção do modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a que me propus.

Defendo a tese da construção de um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a partir do Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ utilizando o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.

Portanto, a questão norteadora deste estudo é: Quais caminhos percorrer para construir um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda utilizando o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis?

1.2 OBJETIVO GERAL

Construir um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda, à luz do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar os elementos do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis ao Processo de Cuidar de Lacerda;
- Analisar o Processo de Cuidar de Lacerda;
- Propor o desenvolvimento dos conceitos e pressupostos descritos no Processo de Cuidar, bem como no diagrama representativo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Abordo, nesta revisão, a construção do conhecimento na Enfermagem, incluindo a descrição dos conceitos utilizados no desenvolvimento da disciplina, além dos aspectos relacionados ao cuidado domiciliar. Entendo que tais temas constituem importante fonte de embasamento capazes de guiar o caminho a ser percorrido, além de contribuírem para contextualizar a tese aqui defendida e para o avanço do conhecimento a que me proponho.

2.1 CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM

Conforme apresentado anteriormente, o progresso no desenvolvimento teórico da profissão, descrito por Meleis^(2007, 2012), é definível em seis etapas assim denominadas: prática, educação e administração, pesquisa, teoria, filosofia, integração.

A primeira fase, ou fase prática², apresenta, na sua versão ocidental, a Enfermagem como uma ocupação do final do século XIX e início do século XX, resultado da Guerra da Crimeia. Devido à necessidade de cuidado dos soldados feridos, Florence Nightingale selecionou um grupo de 38 mulheres^(Padilha; Borenstein; Santos, 2011) para prestar cuidados sob sua supervisão. Ela foca a higiene como objetivo e as mudanças ambientais como meio para atingir esse objetivo.

Já na versão oriental, a história da Enfermagem inicia com Rufaida Bent Saad al-Aslamiya, também conhecida como Koaiba Bent Saad, que acompanhou o profeta Maomé em suas guerras Islâmicas. Ambas, Florence e Rufaida, zelaram pela higiene, por um ambiente limpo, pelos cuidados aos feridos de guerra e estabeleceram as primeiras escolas de Enfermagem em seus países, para que a profissão não acabasse após a guerra^(Meleis, 2007; 2012).

² Justifica-se o uso do destaque sublinhado apenas para melhor visualização e localização dos conceitos e fases apresentados.

A fase da educação e administração, descrita por Meleis^(2007; 2012), teve o foco nas questões relacionadas aos programas de treinamento e currículos de Enfermagem. A preocupação em “como” realizar os cuidados foi traduzido para os currículos. Durante três décadas, diferentes currículos, diferentes formas de preparar os professores e os profissionais de Enfermagem foram experimentados.

Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾ reitera que esforços para entender a natureza do conhecimento necessário para a prática de Enfermagem são evidentes a partir da ênfase em conteúdos curriculares e no movimento em direção aos currículos padronizados. O fato é que o conteúdo ensinado nas aulas chamadas de “fundamentais” refletia o início de uma valorização dos temas de Enfermagem que eram específicos para a ação da enfermeira, indo além do conhecimento sobre a doença do paciente. Diferenças entre a visão médica e a visão da enfermeira são visíveis nessa fase de desenvolvimento.

O significado do desenvolvimento teórico da disciplina nesta etapa encontra-se no impulso fornecido aos enfermeiros para questionar os domínios da Enfermagem. De modo curioso, é durante essa fase que as primeiras sementes das teorias descritas pelas pioneiras enfermeiras teóricas americanas nasceram. Portanto, o foco sobre o ensino e a educação pode ter pavimentado o caminho para o desenvolvimento teórico da Enfermagem^(Meleis, 2007; 2012).

Na fase da pesquisa, a preocupação com a educação na Enfermagem, o desenvolvimento curricular, o ensino e a aprendizagem de estratégias, e a administração levou os educadores a buscar a pesquisa. Especialistas em currículos de Enfermagem reconheceram que, sem ela, diferentes modalidades de ensino/aprendizagem e a formação das enfermeiras não poderiam ser melhorados. Portanto, o interesse pela pesquisa emergiu do foco em questões relacionadas aos processos educacionais e avaliativos^(Meleis, 2007; 2012).

Porém, Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾ afirma que o impulso pelas pesquisas se deu também pela busca de um corpo de conhecimento especializado, e essa tarefa, em vez de ser um meio para um fim, muitas vezes tornou-se um fim em si mesmo. Aprender a realizar pesquisas levou a uma ênfase em métodos estatísticos de pesquisa, que eram as novas áreas curriculares que precisavam ser dominadas. O nível de entendimento era tal que muitos acreditavam que a pesquisa por si só era necessária para gerar um corpo de conhecimento ou para formar a base de uma ciência para a prática de Enfermagem.

Durante esta fase, como ocorrido também em outras ciências, as pesquisas científicas enfatizavam a sintaxe, o processo em vez do conteúdo da pesquisa^(Kuhn, 2003). Desde então, a Enfermagem recebeu críticas graves de seus próprios pares e, também, de críticos anônimos^(Meleis, 2007; 2012).

Na fase da teoria, questões fundamentais sobre a essência da Enfermagem, sua missão e objetivos, começaram a surgir de forma mais organizada. Um grupo de enfermeiras, por acreditar que a teoria deveria orientar a prática de Enfermagem, escreveram sobre a necessidade da teoria, a natureza da teoria de Enfermagem, a visão filosófica da teoria, e como esta poderia ser moldada^(Meleis, 2007; 2012).

Já o início deste estágio apresentou algumas características que merecem destaque, como o uso de paradigmas externos para orientar a teoria, a incerteza sobre os fenômenos da disciplina, o surgimento de teorias discretas e independentes, além da separação entre pesquisa, prática e teoria. Houve a busca de coerência conceitual, bem como a sua utilização no currículo para a formação, prevalecendo o objetivo de desenvolver um único paradigma^(Meleis, 2007; 2012).

Assim, a fase da teoria, juntamente com a fase da pesquisa, levou à compreensão do processo científico para a produção de um produto científico. Esta fase ainda estimulou o crescimento de bolsas de estudos de Enfermagem de uma forma nunca antes experimentada na história da disciplina. A proliferação da literatura na área, de novos periódicos, de conferências nacionais e internacionais e da abertura de novos programas de doutorado em Enfermagem são evidências do crescimento alçado nesta época^(Alligood, 2006).

Ao final dessa etapa, três temas permaneceram: a aceitação da complexidade da Enfermagem e da inevitabilidade da utilização de múltiplas teorias; a aceitação da necessidade de testar e corroborar as principais proposições de diferentes teorias antes de sua divulgação; e a ideia de que os conceitos e teorias, mediante um efeito cumulativo, poderiam se tornar a base para o desenvolvimento de uma perspectiva específica.

O dualismo e o pluralismo redigiram a fase da teoria. Foi também durante esta fase que se estabeleceram os limites para centrar a investigação de Enfermagem e a flexibilidade necessária para permitir a expansão de atividades criativas^(Meleis, 2007; 2012).

A fase filosófica teve como foco a reflexão sobre a natureza do conhecimento de Enfermagem e da investigação, além da congruência entre essa

essência do conhecimento e metodologias de pesquisa, aspectos que influenciaram profundamente o discurso intelectual sobre a literatura de Enfermagem^(Meleis, 2007; 2012).

Durante esta fase, aceitou-se a diversidade epistemológica, e a necessidade de inquéritos éticos, lógicos e epistemológicos foi legitimada. Caracterizou-se, também, pela maturidade acadêmica na disciplina, pois aceitar limitações e reconhecer a realidade contextual e complexa do fenômeno representa um conhecimento maduro que marcou o potencial para o uso de metodologias que pudessem desenvolver o conhecimento^(Meleis, 2007; 2012).

Entre as grandes contribuições emergidas nessa fase, destaca-se o trabalho de Barbara Carper, publicado em 1978, após seu doutoramento. Ela descreve quatro padrões do conhecimento em Enfermagem: o empírico, compreendido como a ciência de Enfermagem; o estético, visto como a arte da Enfermagem; o conhecimento pessoal, que é o uso do *self*, do “eu” na Enfermagem; e o ético, percebido como componente moral da disciplina^(Carper, 1978).

Somados a esses, White⁽¹⁹⁹⁵⁾ adiciona um quinto padrão, o conhecimento sociopolítico, que descreve como e quando agir no contexto do cuidado, compreendido pela autora como essencial para o entendimento dos outros padrões descritos por Carper. Chinn e Kramer⁽¹⁹⁹⁵⁾, em capítulo que descreve uma análise sobre os padrões de conhecimento, não se referem a White e nem a um quinto padrão de conhecimento, mas afirmam que cada um deles tem seu próprio estilo, variedade e tipos de abordagens no intuito de promover sua compreensão. E, para isso, eles citam o processo sociopolítico que possibilita integrar cada um dos demais padrões dentro de um todo.

Munhall⁽¹⁹⁹³⁾ acrescenta outro padrão do conhecimento, denominado de desconhecimento, por entender que representa um estado de prontidão, de descoberta. Assim, os padrões descritos por Carper, White e Munhall podem ser definidos como importantes instrumentos para o processo de cuidar do enfermeiro^(Lacerda; Zagonel; Martins, 2006).

Portanto, antes e durante a fase filosófica, as discussões abrangeram diferentes formas do saber em Enfermagem. Essas discussões epistemológicas, focadas na estrutura do conhecimento, contribuíram de forma significativa para a descoberta e construção de uma identidade para a disciplina. Assim, permeado pelos componentes epistemológicos e ontológicos, essa fase concedeu à

Enfermagem legitimidade para questionar valores, significados e múltiplas realidades sustentadas por bases filosóficas e teóricas^(Meleis, 2007; 2012).

A fase de integração é constituída por sete características, e a primeira refere-se ao diálogo e debate centrados na identificação de estruturas coerentes da disciplina de Enfermagem em geral e das suas áreas de especialização. As estruturas incluem o conhecimento científico, teórico, filosófico e clínico que se concentra no domínio da Enfermagem e seus fenômenos. Outra característica abordada nessa fase é o desenvolvimento de programas educacionais em colaboração com profissionais de outras áreas, como administradores, médicos e educadores, integrando a teoria, pesquisa e prática para a intensificação de um diálogo sobre questões relacionadas ao conhecimento^(Meleis, 2007; 2012).

A terceira característica é a avaliação de diferentes aspectos teóricos da Enfermagem por membros da disciplina, como enfermeiros assistenciais, administrativos, professores, pesquisadores e teóricos. Porém, essa avaliação não é limitada ao teste da teoria, inclui também a descrição, a análise e a crítica. Cada um desses processos é importante no desenvolvimento e progresso da disciplina, devido à diversidade de bases filosóficas.

Ainda nessa fase, a quarta característica refere-se à atenção que os profissionais de Enfermagem oferecem ao desenvolvimento do conhecimento, considerando aspectos gerais como a integralidade, padrões de comportamento, experiência e significados.

A quinta característica é o interesse dos profissionais de Enfermagem em desenvolver teorias pertinentes ao fenômeno da especialidade em que atuam. Este envolvimento não impede atenção semelhante às teorias relacionadas aos fenômenos gerais de domínio da Enfermagem. Característica essa que inspira a realização desse trabalho.

Outra característica é a reavaliação crítica das bases filosóficas e teóricas que têm orientado as definições e concepções de conceitos centrais de domínio da Enfermagem, bem como as metodologias usadas para gerar conhecimento.

A última característica descrita nessa fase é a forma criativa pela qual as instituições acadêmicas de Enfermagem envolvem-se com o atendimento ao paciente, seja por meio de clínicas acadêmicas - clínicas de Enfermagem localizadas nas Universidades - ou mediante o desenvolvimento clínico dos docentes.

A fase da integração, segundo Meleis^(2007, p. 87-88; 2012, p. 66), conduz e se sobrepõe à fase da interdisciplinaridade, outra fase descrita pela autora como complementar às demais, bem como a fase da tecnologia e sistemas de informação, apresentada, somente, em sua obra mais recente.

Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾, assim como Alligood e Tomey⁽²⁰⁰²⁾, descrevem classificações que possuem nomenclatura diferenciada, mas que em muito se assemelham ao conteúdo descrito nas fases citadas por Meleis^(2007; 2012). Elas declaram que, para ampliar a natureza do conhecimento, é necessário se voltar para a prática de Enfermagem como preocupação central, e destacam o progresso histórico ocorrido no século passado para desenvolver a Enfermagem como uma disciplina acadêmica, com um corpo de conhecimentos capaz de orientar sua prática. Para descrever o desenvolvimento da profissão, Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾ remete a cinco épocas ou eras do conhecimento de Enfermagem, assim denominadas: a era do currículo, a era da pesquisa, a era da pós-graduação, a era da teoria e a era da utilização da teoria.

Ao discorrer sobre as fontes para o desenvolvimento das teorias, Meleis^(2007; 2012) também cita quatro eras, porém não as denomina como Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾ ou como Alligood e Tomey⁽²⁰⁰²⁾, apenas as descreve como primeira, segunda, terceira e quarta era, as quais, em seu conteúdo, em muito se assemelham aos escritos das demais autoras citadas, com exceção da era da pós-graduação, que não é por ela descrita como uma era, mas está presente nas etapas citadas anteriormente.

Com relação a era do currículo ocorrida por volta dos anos de 1920 a 1930, há o reforço do entendimento acerca da necessidade do conhecimento para a prática de Enfermagem, devido à valorização dos conteúdos curriculares e o movimento em direção à meta de currículos padronizados. A ênfase nesse período era no que os enfermeiros precisavam saber para realizarem a prática de Enfermagem, o que levou à expansão dos programas de ensino para além do conhecimento fisiológico e fisiopatológico, e incluiu as ciências sociais, a farmacologia e os procedimentos de Enfermagem^(Alligood; Tomey, 2002; Alligood, 2006).

Para Meleis⁽²⁰¹²⁾, a formação das enfermeiras, nessa fase, era quase totalmente dependente de outras disciplinas e, dessa forma, a Enfermagem, enquanto disciplina acadêmica, mas sem um corpo de conhecimentos próprios, não tinha autonomia necessária para perseguir ideias consideradas fundamentais e nem condições de avançar na construção do próprio conhecimento.

Com os enfermeiros procurando graus cada vez elevados em sua formação e inseridos em investigações, perceberam a necessidade da pesquisa para a Enfermagem. Surge então, a era da pesquisa.

Nas décadas de 1940 e 1950, a pesquisa se tornou a força motriz. As enfermeiras movimentavam-se para realizar pesquisas e para iniciar o desenvolvimento de um corpo de conhecimento especializado. Esta época enfatizou a divulgação dos resultados das pesquisas em publicações acadêmicas como um fator indispensável. A primeira revista de pesquisa em Enfermagem, criada para essa finalidade, foi a *Nursing Research*, em 1952. Além disso, dois programas financiados pelo governo federal americano foram instituídos em 1955, para preparar os enfermeiros como pesquisadores e professores de pesquisa, além da concessão de bolsas de pesquisa pré-doutorais para a formação de enfermeiros cientistas^(Alligood, 2006).

O início da pesquisa influenciou a Enfermagem, e cada vez mais enfermeiras, em especial as educadoras, eram introduzidas na pesquisa. Uma nova ênfase na pós-graduação emergiu por volta dos anos de 1960 e 1970, a qual inclui a, em seus currículos, a pesquisa em Enfermagem. Assim, a era da pesquisa e a era da pós-graduação parecem se sobrepor. O forte realce nos estudos da Enfermagem, durante cada uma das eras, sem dúvida, contribuiu para a sua estreita inter-relação, bem como para a ligação entre teoria e pesquisa^(Alligood; Tomey, 2002; Alligood, 2006).

A terceira fase, denominada de era da pós-graduação, ocorreu entre os anos de 1960 e 1970. Nesse período, programas de mestrado e doutorado em Enfermagem surgiram para atender a necessidade de formação especializada nessa área. Muitos desses programas incluíram a pesquisa em seus currículos e, perto do final desta época, a maioria também incluiu as teorias de Enfermagem ou modelos conceituais de Enfermagem, os quais apresentavam aos alunos as primeiras teóricas de Enfermagem e o progresso no desenvolvimento da teoria^(Alligood; Tomey, 2002; Alligood, 2006).

Apesar de existirem apenas três programas americanos de doutorado em Enfermagem no início desta época, chegou-se ao final dela com 21 programas, além da intenção no desenvolvimento de programas de doutorado em diversas outras universidades^(Alligood, 2006; Chinn, 2007).

Foi durante esse período que as teóricas de Enfermagem iniciaram a publicação de seus trabalhos, então denominados de “estruturas de Enfermagem”.

Os trabalhos de Dorothy E. Johnson, Imogene King, Myra Estrin Levine, Betty Neuman, Dorothea E. Orem, Martha E. Rogers e Sister Callista Roy evidenciaram o reconhecimento da necessidade de uma abordagem teórica de Enfermagem^(Alligood, 2006).

Assim, por reconhecerem a falta de uma estrutura disciplinar para a Enfermagem, elas começam a desenvolver uma variedade de modelos conceituais e teorias que serviram como arcabouço para a prática, educação e pesquisa. Em 1974, a Liga Nacional para a Enfermagem tornou obrigatório o uso de um quadro conceitual de Enfermagem nos currículos, acentuando ainda mais a necessidade de seu desenvolvimento e evolução^(Orem; Taylor, 2011).

No final da década de setenta, e mais fortemente nos anos oitenta (1980-1990), surge a era da teoria que inicia com uma forte ênfase no desenvolvimento teórico da Enfermagem. Foram criadas conferências nacionais e internacionais, momentos em que as teóricas tiveram os primeiros encontros entre si, fato que possibilitou o conhecimento mútuo dos trabalhos desenvolvidos por cada uma delas, houve abertura de novos programas de doutorado em Enfermagem, além da proliferação da literatura em Enfermagem e da criação de novas revistas da área, fatos que evidenciam o crescimento da disciplina nesta fase.

Para Meleis⁽²⁰¹²⁾, o reconhecimento de múltiplas fontes de ideias predominaram nesta era. Diferentes escolas de pensamento filosófico podiam existir lado a lado. Todas as fontes de ideias, como a filosofia, a experiência, as teorias, os conceitos e as intervenções, entre outras, eram consideradas e usadas, desde que ajudassem a abordar as áreas de Enfermagem com a finalidade de desenvolver teorias.

A quinta e última era descrita por Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾ é a utilização da teoria. Esta remete ao início do século XXI e evidencia que a Enfermagem tem se movimentado para o uso de filosofias, modelos ou teorias práticas, também referidas como teorias baseadas em práticas de Enfermagem.

A autora aponta que o contínuo avanço no processo de desenvolvimento da teoria é essencial para o progresso da Enfermagem como profissão e como disciplina. Assim, é importante notar que a crítica e a análise da teoria, passos importantes para esse processo, são enfatizadas nos primeiros anos da era da teoria quando o foco versava sobre o processo de desenvolvimento da teoria e continuam na era da pós-graduação, quando os programas de doutorado se iniciam.

Na abordagem descrita por Meleis^(2007; 2012) essa fase é considerada a quarta era, a qual reflete a primeira década do novo século. É nesta época que a qualidade de vida, os custos dos cuidados, os erros médicos, a morbidade e a mortalidade foram alguns temas apontados nos resultados das pesquisas e puderam contribuir para a evolução de conceitos e para o avanço do conhecimento por meio de investigações empíricas. A autora aponta a preocupação com a evidência que domina esta época, além da exigência por publicações e pela competitividade entre os próprios pesquisadores. No entanto, é nessa mesma fase que surgem os primeiros apoios para o desenvolvimento da teoria baseada em evidências.

Cada uma dessas eras é necessária para o crescimento e desenvolvimento da Enfermagem, da mesma forma que o progresso contínuo para alcançar a era da utilização da teoria e a teoria baseada na prática são essenciais para o avanço da Enfermagem como profissão^(Alligood, 2006).

Meleis^(2007; 2012) finaliza que cada era dirigiu diferentes discursos na literatura de Enfermagem, sendo importantes para a sua evolução por elucidar cada qual um componente diferente na disciplina. De muitas maneiras, cada uma dessas eras também levou à exploração e aperfeiçoamento de diferentes diálogos teóricos que informaram o desenvolvimento da teoria. Como exemplos de progressos teóricos, a autora cita: a gestão do sistema, as teorias feministas, a teoria fundamentada (*grounded theory*), e a qualidade de vida.

Partindo desse conhecimento e entendendo que uma disciplina é definida por metas, estrutura e substância, possuidora de lógica e processos de pensamento incorporados de modo a conectar suas partes e personificar-se nos seus membros, é importante que se possa compreender sua estrutura e a definição de seus limites, os quais podem ser flexíveis, abertos e permeáveis, mas é vital que sejam apreendidos para que o trabalho acadêmico esteja organizado e novos conhecimentos possam ser adquiridos para a disciplina, bem como para facilitar seu crescimento e progresso^(Meleis, 2007; 2012).

Fawcett^(2005, p. 4) descreve que o saber de Enfermagem é classificado e estruturado em um nível decrescente de abstração, e, para isso, propõe uma estrutura do conhecimento, ou como ela denomina “holarquia³ estrutural do conhecimento da Enfermagem contemporânea”, a qual é composta pelos seguintes elementos: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos.

Um metaparadigma é definido como conceitos globais que identificam o fenômeno central de interesse de uma disciplina, bem como as proposições que descrevem esses conceitos e as que estabelecem relação entre eles. O metaparadigma é o mais abstrato componente da holarquia estrutural do conhecimento da Enfermagem contemporânea. Em 1978, Jacqueline Fawcett identificou quatro unidades centrais da Enfermagem, denominadas como: pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem, mas, somente em 1984, ela os descreve como conceitos do metaparadigma de Enfermagem^(Fawcett, 2005).

O segundo componente da estrutura do conhecimento é a filosofia, definida como uma declaração que inclui afirmações ontológicas sobre os fenômenos de interesse central para uma disciplina; afirmações epistêmicas sobre como esses fenômenos passaram a ser conhecidos; e as reivindicações éticas sobre os valores aceitos pelos membros da disciplina^(Fawcett, 2005, p. 11-12).

A Teoria do Cuidado Humano descrita pela teórica Jean Watson é, segundo Alligood⁽²⁰⁰⁶⁾, uma filosofia de Enfermagem. Para essa autora, as filosofias estabelecem o significado da Enfermagem e de seus fenômenos, mediante o raciocínio lógico e a apresentação de ideias e oferecem, ainda, ampla visão geral da disciplina.

O próximo componente da estrutura é o modelo conceitual, que é definido como um conjunto relativamente abstrato e geral de conceitos que identificam os fenômenos centrais de interesse de uma disciplina e as proposições que

³ Holarquia é uma palavra descrita por Arthur Koestler ao estudar sobre a Teoria dos sistemas, sendo uma combinação entre a palavra grega "holos", que significa “todo”, e a palavra "hierarquia". É uma estrutura organizada hierarquicamente de unidades ou entidades que são chamadas de "Hólons". Cada Holon poderia ser considerado tanto como um todo ou como uma parte, dependendo de como se olha para ela. Assim, o termo holarquia refere-se ao modo como o nosso Universo/Natureza se organiza, de modo que cada elemento tem a sua responsabilidade, sendo insubstituível^(Funch, 1995).

reconhecem relativamente as relações abstratas e gerais entre dois ou mais conceitos. Fawcett⁽²⁰⁰⁵⁾ ao citar Kalideen⁴ e Lachman⁵, afirma que o termo modelo conceitual possui os seguintes sinônimos: estrutura conceitual, sistema conceitual, paradigma e matriz disciplinar.

O quarto componente dessa estrutura são as teorias. Uma teoria, conforme já descrito inicialmente, é definida como uma ou mais conceituações relativamente concretas e específicas que são derivadas de um modelo conceitual e de suas proposições, as quais descrevem relações concretas e específicas entre dois ou mais conceitos^(Fawcett, 2005).

Teoria também é definida como uma “estruturação de idéias, criativa e rigorosa, que projeta uma visão hipotética, proposital e sistemática dos fenômenos”^(Chinn; Kramer, 2004, p. 58). Portanto, uma teoria não é uma prescrição ou uma fórmula para a prática, nem uma descrição exata do que existe. Ao invés disso, as teorias pretendem abrir novas percepções e possibilidades sobre o que pode estar além do nosso entendimento superficial do mundo. A teoria é baseada em suposições, escolhas de valor, julgamento criativo e imaginativo do teórico^(Chinn; Kramer, 2004).

Fawcett⁽²⁰⁰⁵⁾ descreve que existem diferentes termos para se referir à teoria, mas ela foca seus estudos nas grandes e médias teorias. As grandes teorias possuem um amplo escopo, são compostas por conceitos e proposições que são menos abstratos e gerais que os conceitos e proposições de um modelo conceitual, mas não tão concretos e específicos como os das médias teorias. Estas, por sua vez, têm um escopo mais limitado, da mesma forma que também são limitados o número de conceitos e proposições as quais estão em um nível relativamente mais concreto e específico.

Meleis^(2007; 2012) classifica as teorias, segundo o nível de abstração, em grandes e médias teorias ou teorias de médio alcance e as teorias de situação específica. Para ela, as grandes teorias são definidas como construções sistemáticas da natureza da Enfermagem, da sua missão e dos objetivos dos

⁴ Kabdaen D. Is there a place for nursing models in theatra nursing? British Journal of Theatre Nursing, 1993; 315: 4-6.

⁵ Lachman VD. Communication skills for effective interpersonal relations. Concurrent session presented at the American Nephrology Nurses Association 24th National Symposium. Orlando. FL. Jun; 1993.

cuidados de Enfermagem. São construídas a partir de experiências, observações, *insights* e mediante os resultados das pesquisas. Refletem um escopo mais amplo e fornece relações entre um grande número de conceitos abstratos. Possuem o mais alto nível de abstração e não se prestam a testes empíricos.

As teorias de médio alcance possuem um escopo mais limitado, menor abstração, fenômenos ou conceitos específicos e refletem a prática, seja ela a clínica, a administrativa ou a educacional. Tais fenômenos ou conceitos tendem a atravessar diferentes campos da Enfermagem e refletem uma variedade de situações de cuidado. Elas podem ser submetidas a testes empíricos devido à especificidade de seus conceitos e são facilmente operacionalizadas^(Meleis, 2007; 2012).

O último tipo de teoria são as de situação específica, as quais possuem seu foco em fenômenos característicos da Enfermagem e refletem a prática clínica, sendo limitadas para populações específicas ou para um campo particular da prática. Essas teorias são social e historicamente contextualizadas, pois são desenvolvidas para incorporar, e não para transcender as estruturas sociais e/ou políticas. Assim, seu alcance e as questões impulsionadas por elas são limitadas e abrangentes ao contexto a que se referem^(Meleis, 2007; 2012).

O último componente da hiararquia estrutural do conhecimento da Enfermagem contemporânea citado por Fawcett⁽²⁰⁰⁵⁾ são os indicadores empíricos, os quais são definidos como um instrumento real, uma condição experimental ou procedimentos que são usados para observar ou medir conceitos das teorias de médio alcance ou de médio porte. Considera-se que as informações obtidas a partir de um indicador empírico são tipicamente chamadas de dados.

O valor da teoria de Enfermagem não pode ser subestimado. Ela é a base da disciplina, uma forma de articular o que é único para a Enfermagem^(Karnick, 2011). Leopardi⁽²⁰⁰⁶⁾ coloca que o desenvolvimento de teorias supõe um avanço contínuo para além do saber estabelecido. As propostas teóricas são consideradas como temporárias, para que possam continuar evoluindo.

Ressalta-se que o estudo de teorias tem sido impregnado de mitos, percebido por muitos como complicado e difícil, a ponto de tal conhecimento parecer inútil ou até mesmo inaplicável^(Rosa; Sebold; Arzuaga; Santos; Radünz, 2010). A partir desse pensamento, Leopardi^(2006, p. 171-176) descreve, em pequenos tópicos, o que representam as teorias de Enfermagem: teorias são versões da realidade; expressam valores sobre o seu objeto; são ferramentas para intervenção na

realidade; representam o estado da arte profissional; são propostas desde Florence Nightingale; fornecem referência para o cuidado; são produtoras de conflito sobre o manejo do cuidado, uma vez que o uso das teorias tende a ser uma decisão pessoal, mas seu êxito depende da ação coletiva; elas têm potencial organizativo para o trabalho e, são soluções e não problemas.

Destarte, teoria é uma representação simbólica de aspectos da realidade que são descobertos ou inventados para descrever, explicar, prever ou prescrever respostas, acontecimentos, situações, condições ou relações^(Meleis, 2007, p. 37). Mas, para isso, as teorias têm conceitos que estão relacionados com os fenômenos da disciplina, e esses conceitos se relacionam entre si para formar afirmações teóricas.

A partir das teorias, são estabelecidos processos de cuidar capazes de nortear os caminhos a serem seguidos para a efetivação dos pressupostos teóricos na prática do cuidar em Enfermagem. Assim, é importante se ter claro a definição conceitual desses termos, a fim de evitar, entre outros, o emprego inadequado.

2.1.1 Conceitos utilizados no desenvolvimento da disciplina

Os conceitos são termos que se referem aos fenômenos que ocorrem na natureza ou no pensamento, os quais podem ser abstratos, como os sentimentos, ou relativamente concretos, observáveis por meio de instrumentos e/ou sentidos como a temperatura, por exemplo^(Wills; McEwen, 2009).

Para Rodgers⁽¹⁹⁸⁹⁾, um conceito é considerado uma abstração que se expressa de alguma forma, seja ela discursiva ou não-discursiva, mas que, geralmente, dá-se por meio da linguagem. Os conceitos contribuem para o contínuo desenvolvimento do conhecimento, mesmo fora do contexto de uma teoria, mediante seus poderes explicativos ou descritivos, e estão continuamente sujeitos às alterações.

Os conceitos desempenham um papel importante no desenvolvimento do conhecimento e até mesmo na condução da existência cotidiana. Promovem a organização da experiência, facilitam a comunicação entre os indivíduos e permitem resgatar fenômenos cognitivos que não estejam presentes^(Rodgers, 1989). Em publicação mais recente, Rodgers, em parceria com Knafel⁽²⁰⁰⁰⁾ descrevem que os

conceitos são o foco mais comum de investigação, mas que é importante notar, que um conceito não é meramente uma palavra ou uma expressão, mas um conjunto mental ali representado. Afirmam que as palavras são manifestações de conceitos, e não os próprios conceitos. Assim, um conceito pode ser definido através da análise das formas pelas quais é usado, sendo que não é a palavra (expressão) que é do interesse primário, mas a ideia (conceito) que se expressa usando a palavra identificada.

Morse^(1995, p. 33) ao citar Chinn e Kramer⁶, define conceito como “uma complexa formulação mental e experiência empírica”, descrevendo-os como representações cognitivas abstratas da realidade e perceptíveis pela experiência direta ou indireta.

Meleis^(2007; 2012) também afirma que os conceitos são termos usados para descrever um fenômeno ou um grupo de fenômenos, e que eles denotam algum grau de classificação ou categorização. Um conceito fornece um resumo conciso dos pensamentos relacionados aos fenômenos sobre os quais se refere.

Já o fenômeno pode ser compreendido como um aspecto da realidade que é sentido conscientemente ou ainda, é experienciado. Um fenômeno dentro de uma disciplina se refere aos aspectos de domínio ou do território da disciplina; é um termo, uma descrição, uma marca ou uma insígnia que descreve uma ideia sobre um evento, uma situação, um processo, um grupo de evento, ou um grupo de situações^(Meleis, 2007; 2012).

Diversos conceitos estão envolvidos no processo de construção do conhecimento da Enfermagem e, muitos deles, possuem significações que diferem de autor para autor, apresentando ambiguidades capazes de gerar dificuldades em sua interpretação, bem como a utilização inadequada da terminologia.

Wall^(2008, p.16) ao citar Meleis⁷, coloca que, de modo geral, os modelos conceituais e as teorias apresentam apenas diferença semântica, o que pode originar diversos debates e mal entendidos, o que torna “o desenvolvimento teórico

⁶ Chinn PL; Kramer MK. Theory and nursing: a systematic approach. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1991.

⁷ Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1997, e Meleis AI. Pflege theorien: gegenstand, entwicklung und perspektiven des theoretischen denkens in der pflege. 3rd ed. Bern: Hans Huber Verlag; 1999.

na Enfermagem lento e mais preocupado com o método e o processo do que com o conteúdo do conhecimento”.

Outros estudos também descrevem a falta de clareza na definição de muitos termos utilizados, tanto na prática como na teoria de Enfermagem^(Silva; Arruda, 1993; Nóbrega; Barros, 2001; Carraro; Wall, 2005; Davidson, 2006; Meleis, 2007; Rocha, 2008; Rocha; Prado, 2008; Wall, 2008; Favero; Wall; Lacerda, no prelo), e, devido a isso, alguns^(Silva; Arruda, 1993; Nóbrega; Barros, 2001; Rocha; Prado, 2008; Meleis, 2012; Favero; Wall; Lacerda, no prelo) buscaram definir os termos envolvidos no conhecimento da Enfermagem, propondo definições para os conceitos estabelecidos.

Na tentativa de clarificar alguns conceitos, como marco conceitual, marco de referência, metodologia do cuidado, modelo de assistência, modelo de cuidado, modelo teórico, processo de cuidar e processo de Enfermagem, foi realizado um estudo^(Favero; Wall; Lacerda, no prelo), que aguarda publicação, que buscou analisar as definições descritas por diversos autores brasileiros, além de propor definições para cada um desses termos, o qual foi utilizado como base deste capítulo.

Para que fosse possível compreender as diferenças conceituais envolvidas na construção de cada um dos termos selecionados, é preciso, primeiramente, diferenciar o termo modelo e metodologia. Tal opção se justifica por entender que esses conceitos, em alguns momentos, são confundidos ou até mesmo usados como sinônimos.

Modelos são formados por definições de conceitos^(Pereira; Mishima; Fortuna; Matumoto, 2005, p.1003), e não existem no mundo físico, mas existem no mundo abstrato e representam diferentes formas de ver a Enfermagem^(Nóbrega; Barros, 2001, p.75). Dizem respeito a bases teóricas que fundamentam um campo de atuação^(Puschel; Ide; Chaves, 2006, p. 265).

De um modo geral, modelo pode ser compreendido como uma abstração da realidade, um modo de visualizá-la e facilitar o raciocínio^(Neves, 2006, p. 557). Um modelo necessita de uma estrutura de ideias e conceitos, os quais são capazes de variar nas suas concepções e no modo como descrevem os conceitos centrais da Enfermagem. Mas, modelo não é uma teoria que prediz resultados de cuidado e sim, uma estrutura de ideias que guia a prática assistencial e deve refletir essa prática. Portanto, os modelos de Enfermagem devem ser vistos como estruturas que servem para guiar, ou ainda, como uma filosofia que sustenta o cuidado de Enfermagem,

capaz de oferecer princípios que ajudem a enfermeira a conduzir o cuidado em todas as suas fases, de acordo com a sua complexidade^(Nóbrega; Barros, 2001).

Já o termo metodologia se refere ao modo como o cuidado é realizado, aplicado e desenvolvido ao cliente/família sob a responsabilidade do profissional. Alguns autores citam que o processo de Enfermagem é uma forma de metodologia, pois orienta a aplicação dos cuidados com base em diretrizes estabelecidas^(Dell'Acqua; Miyadahira, 2000; 2002; Garcia; Nóbrega; Carvalho, 2004; Cunha; Barros, 2005; Neves, 2006; Cogo; Pedro; Almeida, 2006; Alves; Lopes; Jorge, 2008; Nascimento; Backer; Koerich; Erdmann, 2008; Carvalho; Bachion, 2009; Garcia; Nóbrega, 2009; Ramos; Carvalho; Canini, 2009).

Com relação aos conceitos marco e modelo, autores como Silva e Arruda^(1993, p. 84-85) e Westphalen e Carraro⁽²⁰⁰¹⁾ acreditam existir uma equivalência entre eles e, as primeiras autoras ainda descrevem que a diferença reside nos termos “referencial”, “teórico” e “conceitual”, os quais são concebidos em níveis diferentes de complexidade de abstração.

Assim, marco conceitual pode ser definido como um conjunto de elaborações mentais sobre aspectos relacionados ao objeto em estudo; um ponto que serve como força, como orientação; uma proposta da qual queremos nos aproximar^(Wall, 2000).

Neves^(2006, p. 557) ao citar Neves e Gonçalves⁸, em trabalho apresentado no Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, ocorrido no ano de 1984, descreve marco conceitual como “uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação e da ação”.

Fawcett^(1989; 2005) descreve em seus trabalhos o termo modelo conceitual e afirma que ele é sinônimo de estrutura conceitual, sistema conceitual, paradigma e matriz disciplinar, o qual já teve sua definição apresentada no capítulo anterior.

No entanto, defendo, neste estudo, por marco conceitual, a definição construída por Favero; Wall; Lacerda^(no prelo), com base em diferentes autores pesquisados, a qual afirma que um marco conceitual é “compreendido como uma abstração mental de um conjunto de conceitos relacionados, aplicável a uma situação distinta que serve de orientação ao processo de investigação e de ação”.

⁸ Neves EP, Gonçalves LHT. As questões do marco conceitual nas pesquisas de enfermagem. In: Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis; 1984 abril 3 a 6:210-229.

O segundo conceito, marco de referência, pode ser definido 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 na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem^(Silva; Arruda, 1993, p. 85).

O termo metodologia do cuidado é compreendido como o modo que o cuidado deve ser realizado, um caminho a seguir para a realização deste, caminho este que necessita ser sustentado pelo referencial utilizado^(Favero; Wall; Lacerda, no prelo). As mesmas autoras construíram a seguinte definição para o termo, com base nos referenciais elencados para o estudo, cujo conteúdo também é defendido neste estudo.

Consiste no desenvolvimento das ações de cuidado embasadas em um referencial (que pode ser uma teoria, um marco conceitual, um marco de referência ou pressupostos teóricos); apresentada normalmente por meio de passos, fases ou etapas que fornecem o caminho a ser seguido para sua aplicação prática.

Graças e Santos^(2009, p. 200) descrevem que a metodologia do cuidado é o “como fazer o cuidado”, ou seja, o modo que o cuidado, a partir do referencial utilizado, deve ser realizado.

Porém, outros autores, ao citar esse conceito, empregaram-no como sinônimo de processo de Enfermagem^(Nascimento; Backer; Koerich; Erdmann, 2008; Ramos; Carvalho; Canini, 2009).

Para a Enfermagem e para o presente estudo, o termo modelo de assistência é percebido como representações da realidade vivenciada, expressas de modo verbal ou ainda por meio de esquemas gráficos, diagramas e até mesmo desenhos, que têm por objetivo orientar a assistência de Enfermagem e oferecer ao enfermeiro os subsídios necessários para sua atuação^(Westphalen; Carraro, 2001; Favero; Wall; Lacerda, no prelo).

Alguns autores entendem que modelo de assistência é sinônimo de modelo de atenção^(Scatena; Tanaka, 2000) ou, do modelo médico hegemônico^(Silva; Valente; Bitencourt; Brito, 2010), ou ainda de modelo assistencial^(Silva; Sena; Leite; Seixas; Gonçalves, 2005). Outros acreditam que modelo assistencial pode também ser chamado de modelo de cuidado^(Leite; Erdmann; Carvalho; Pezzi; Dantas, 2007); que é similar a Sistematização da

Assistência de Enfermagem (SAE)^(Lima; Kurcgant, 2006; Garcia; Nóbrega, 2009); ou que os conceitos possuem diferenciação, mas que, “na realidade brasileira, costuma-se referir ao modelo assistencial oficial da saúde como ‘modelo de atenção’ [...]”^(Oliveira, 2008, p. 348).

A definição de modelo de cuidado apresentada pela literatura é ampla. Alguns autores acreditam que um modelo de cuidado remete à atividade que orienta a prática de Enfermagem, implementada de maneira sistemática, baseada em crenças, valores e significados cotidianos dos envolvidos no processo. É descrito como um processo dinâmico e possuidor de variados graus de estruturação^(Oliveira, 2008; Favero; Wall; Lacerda, no prelo).

Outras definições se referem a uma “nova forma de cuidar que reorienta a prática de toda a equipe de saúde”, também entendido como “modo de cuidar”^(Leite; Erdmann; Carvalho; Pezzi; Dantas, 2007, p. 187, 195), ou que a elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado é uma forma de ação, um modo de fazer, de realizar o cuidado^(Rocha; Prado; Wall; Carraro, 2008). Rocha⁽²⁰⁰⁸⁾ descreve que o termo modelo de cuidado também é denominado de marco/sistema/modelo conceitual, metodologia do cuidado e até mesmo como assistência.

Portanto, modelos de cuidado são compreendidos como uma estrutura do conhecimento de Enfermagem formada por um marco referencial (ou um marco teórico) que define as referências teóricas e filosóficas do modelo, e uma metodologia, que descreve o método de como o cuidado será realizado na prática da Enfermagem^(Rocha; Prado, 2008).

Um modelo de cuidado reporta-se à construção de um conhecimento que favorece o cuidar diferenciado e específico, ao mesmo tempo em que impulsiona o próprio conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem. Assim, os modelos de cuidado englobam um conjunto de conhecimentos que qualificam e aperfeiçoam a prática da Enfermagem^(Rocha; Prado, 2008).

Outros autores descrevem que um modelo de cuidado pode ser entendido como um projeto global caracterizado por uma base teórica, uma prática baseada em evidências e por normas definidas. Ele consiste na definição de elementos e princípios fundamentais e possui uma organização que fornece a estrutura para a implementação e posterior avaliação do cuidado. Ter uma estratégia claramente definida e um modelo de cuidado articulado auxiliará a assegurar que todos os profissionais de saúde irão realmente “ver a mesma imagem”, ou seja, trabalharão

na mesma direção com um conjunto comum de metas, e o mais importante, serão capazes de avaliar esse cuidado de forma homogênea e acordada^(Davidson; Halcomb; Hickman; Phillips; Graham, 2010, p. 49).

Porém, um modelo não pode ser visto como algo estanque, e sim como um norteador para as ações do profissional, passível de reformulações e avanços. É importante enfatizar que o desenvolvimento de modelos, e também de teorias, deve estar embasado no pensamento crítico, capaz de favorecer a evolução da disciplina e, conseqüentemente, da profissão^(Wall, 2008).

Desse modo, defendo o conceito de que um modelo de cuidado é um conjunto teórico formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem (Enfermagem, saúde, ambiente, ser humano), além de outros que se façam necessários, e por pressupostos baseados em um referencial teórico-filosófico que tem por função nortear o cuidado de Enfermagem mediante a sistematização das ações. Trata-se, ainda, de uma estrutura teórica que inter-relaciona conceitos, pressupostos e uma metodologia do cuidado e é representado por um diagrama^(Wall, 2008).

Para conceituar o termo modelo teórico houve certa dificuldade, pois ele foi exposto na literatura com significados diversos. Alguns autores apresentaram modelos teóricos como resultados das suas pesquisas, mas não o conceituaram^(Santos; Schor, 2003; Lopes; Vieira da Silva; Hartz, 2004; Cunha; Barros, 2005; Siqueira, 2008); outros o definiram como sinônimo de marco conceitual^(Neves, 2006, p. 556); e outros ainda acreditam que os modelos teóricos são também conhecidos como teorias de Enfermagem^(Neves, 2006, p. 557; Silva; Oliveira; Damasceno; Araújo, 2006).

No entanto, concordo com Silva e Arruda^(1993, p. 85) quando descrevem o modelo ou marco teórico como um termo que difere de marco conceitual pelo nível de abstração. As autoras acreditam que um marco conceitual é formado por um conjunto de conceitos altamente abstrato, enquanto o marco teórico possui conceitos limitados e específicos. Elas citam trabalhos de Jacqueline Fawcett, que define que um modelo ou marco teórico “refere-se a uma teoria ou grupo de ideias que fornecem fundamentos para as hipóteses, políticas e currículo de uma ciência”.

Outro termo também utilizado é o processo de cuidar, o qual é definido como o encontro entre o ser que cuida e o ser cuidado, um sistema de troca que envolve, além de procedimentos e técnicas, ações e comportamentos pautados nas variadas formas de expressão que privilegiam, não somente o estar com o outro,

mas o ser com ele (Lacerda, 1996; Waldow; Borges, 2008; Favero; Wall; Lacerda, no prelo), conceito também defendido neste estudo.

Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ coloca, também, que o processo de cuidar é uma construção específica de cada situação de cuidado vivenciada entre a enfermeira e o cliente, a qual é elaborada entre os envolvidos, a partir dos elementos emergidos. Essa situação de cuidado cria-se do que se descortina em cada encontro, das informações descobertas, decodificando-as com o auxílio do conhecimento dos seres envolvidos no processo, como a enfermeira, o cliente e a família, para que se possa compreender seu significado e utilizá-lo na ação de cuidado.

O último termo a ser descrito é o processo de Enfermagem que neste estudo é entendido como um método para a organização e prestação do cuidado de Enfermagem, servindo de orientação para a tomada de decisões relativas à prestação dos cuidados que visa à solução dos problemas de Enfermagem. Serve, igualmente, para a previsão de condições que implementarão o cuidado. Suas ações inter-relacionadas estão fundamentadas em um sistema de valores, em crenças morais e em bases teóricas da área^(Favero; Wall; Lacerda, no prelo).

Outros autores também descrevem que o processo de Enfermagem pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização. Indicam a adoção de um determinado método ou modo de fazer fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área^(Garcia; Nóbrega, 2009).

Carvalho e Bachion⁽²⁰⁰⁹⁾ colocam que o termo em questão é compreendido como aquele que envolve uma sequência de etapas específicas, com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele um indivíduo, uma família ou uma comunidade, de forma a considerar suas singularidades. Requer bases teóricas da Enfermagem e de outras disciplinas para sua implementação.

Embora alguns autores considerem o conceito processo de Enfermagem como distinto do descrito na SAE^(Dell'Acqua; Miyadahira, 2000; 2002; Carvalho; Bachion, 2009), a maioria os considera sinônimos^(Cunha; Barros, 2005; Alves; Lopes; Jorge, 2008; Carvalho; Kusumota, 2009; Garcia; Nóbrega, 2009; Ramos; Carvalho; Canini, 2009; Salomão; Azevedo, 2009). Além disso, outras denominações também foram encontradas na literatura para o termo processo de Enfermagem, entre elas: modelo metodológico^(Garcia; Nóbrega; Carvalho, 2004; Garcia; Nóbrega, 2009), metodologia assistencial ou metodologia da assistência^(Dell'Acqua; Miyadahira, 2000; Garcia; Nóbrega; Carvalho, 2004; Alves; Lopes; Jorge, 2008; Ramos; Carvalho; Canini, 2009), cuidado de

Enfermagem^(Nascimento; Backer; Koerich; Erdmann, 2008), processo organizacional^(Nascimento; Backer; Koerich; Erdmann, 2008), assistência e intervenção de Enfermagem^(Garcia; Nóbrega; Carvalho, 2004), processo de cuidar ou de cuidado^(Alves; Lopes; Jorge, 2008; Ramos; Carvalho; Canini, 2009), planejamento da assistência, processo de assistência, consulta de Enfermagem e processo de atenção em Enfermagem^(Ramos; Carvalho; Canini, 2009), além de metodologia do cuidado, conforme citado anteriormente na definição deste termo.

Conforme a Resolução n. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)^(Cofen, 2009), a SAE não é considerada sinônimo de processo de Enfermagem, pois ela “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem”, o qual, por sua vez, é considerado como um instrumento metodológico que orienta e documenta o cuidado profissional de Enfermagem.

Após a tentativa de apresentar e conceituar os diferentes termos que permeiam o conhecimento da disciplina de Enfermagem com base na literatura vigente, apresento, nesse momento, o cuidado domiciliar, os conceitos e demais termos envolvidos na atenção domiciliar à saúde.

2.2 CUIDADO DOMICILIAR

O cuidado domiciliar é uma modalidade da atenção domiciliar à saúde que tem sido amplamente difundido em todo mundo e possui, como pilares sustentadores, o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional^(Lacerda; Giacomozzi; Oliniski; Truppel, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define o termo atenção domiciliar como um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio^(BRASIL, 2006).

A atenção domiciliar à saúde abrange, desta maneira, o cuidado domiciliar, a internação e a visita domiciliária, que possibilitam a realização e a implementação da atenção domiciliar, de modo que todas as ações possam vir a influenciar o processo saúde-doença das pessoas^(Lacerda; Giacomozzi; Oliniski; Truppel, 2006).

O cuidado domiciliar como uma estratégia de atenção à saúde pretende enfatizar a autonomia do paciente, bem como realçar habilidades funcionais em seu contexto domiciliar^(Santos; de Leon; Funghetto, 2011).

Lacerda⁽²⁰¹⁰⁾ entende o cuidado domiciliar na perspectiva da extensão do princípio da integralidade à saúde numa difusão com o trabalho da unidade básica de saúde ou da unidade vinculada à Estratégia da Saúde da Família (ESF), de modo que a expectativa do usuário, seja ele um indivíduo, uma família ou uma comunidade, seja resguardada e sua autonomia respeitada e desenvolvida.

Assim, define o cuidado domiciliar como o cuidado que se desenvolve com seres humanos, sejam os próprios clientes ou seus familiares, no contexto de sua residência. Inclui o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação daqueles que o recebem, em respostas às suas necessidades e às de seus familiares, o que proporciona efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou ainda é capaz de proporcionar, para pessoas em fase terminal, uma morte digna junto àqueles que para o cliente são importantes^(Lacerda, 1999).

Santos, de Leon e Funguetto⁽²⁰¹¹⁾ entendem que essa modalidade engloba situações de cuidado intermitente ocasionadas por um dano agudo ou um agravo de longa duração, que envolve ações educativas e a realização de procedimentos que visam a reduzi-lo e a preveni-lo.

O cuidado domiciliar é também entendido como assistência ou atendimento domiciliar, o qual, segundo a ANVISA, é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio^(BRASIL, 2006).

De tal forma que Lacerda, Giacomozzi, Oliniski e Truppel^(2006, p. 92) o definem como

[...] um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente já acometido por uma doença ou seqüela.

Seguindo na definição das estratégias que compõem a atenção domiciliar à saúde, apresenta-se a visita domiciliar. Lacerda⁽¹⁹⁹⁹⁾ afirma que a visita domiciliar é uma modalidade da atenção à saúde realizada pelos profissionais de saúde e/ou equipe de saúde no domicílio do cliente, com o objetivo de avaliar as demandas exigidas por ele e seus familiares, bem como o ambiente onde vivem, visando ao

estabelecimento de um plano assistencial que é geralmente programado e com objetivo definido.

A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o objetivo de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença dos indivíduos, ou o planejamento de ações que intentam a promoção da saúde de uma coletividade. Sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia^(Takahashi; Oliveira, 2001).

Além disso, essa estratégia possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do cliente e a constatar *in loco* as reais condições de moradia, bem como a identificação das relações familiares. É capaz de facilitar o planejamento do cuidado, por permitir o reconhecimento dos recursos de que a família dispõe, além de contribuir para a melhoria do vínculo entre a equipe profissional e o cliente, pois a visita domiciliar é vista, frequentemente, como uma atenção diferenciada do serviço de saúde para a população^(Takahashi; Oliveira, 2001).

Desse modo, a visita domiciliar possui um caráter mais pontual, de contato próximo com os profissionais de saúde que observam a realidade do cliente em seu domicílio, no contexto domiciliar, seja com relação à estrutura física e material ou de relações pessoais intra-familiares, sobre as quais também é possível realizar orientações^(Lacerda; Giacomozzi; Oliniski; Truppel, 2006).

Finalizando a conceituação dos componentes da atenção domiciliar à saúde, tem-se a internação domiciliar, a qual é entendida como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada, clinicamente estáveis que precisam de cuidados que possam ser realizados em casa, desde que assistidas em tempo integral, por equipe exclusiva para este fim^(Brasil, 2006; Ministério da Saúde, 2006).

A internação domiciliar “representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção”^(Silva; Sena; Leite; Seixas; Gonçalves, 2005, p. 392).

Um serviço de internação domiciliar tem por finalidade proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno do cliente ao domicílio. Nesse contexto, o enfermeiro e a equipe de Enfermagem têm papel fundamental no apoio à família durante o enfrentamento dessa situação. O papel da família consiste em auxiliar na reabilitação e ajudar a equipe de saúde a detectar problemas e necessidades.

Portanto, a equipe de saúde deve incluir a família no plano de cuidados domiciliares e proporcionar segurança para o cuidador assumir o seu papel^(Brondani; Beuter, 2009).

Assim, desponta um dos pilares imprescindíveis para a efetivação do cuidado realizado no domicílio: o cuidador familiar, pois, conforme Lacerda⁽²⁰¹⁰⁾, as bases do trabalho no domicílio são o cliente, a família, o contexto domiciliar e os cuidadores.

Cuidadores são familiares ou pessoas cujas relações são mais afetivas do que contratuais, com grau de parentesco, de amizade ou vizinhança com o cliente que está sendo cuidado^(Lacerda, 2000). A ANVISA também descreve o cuidador como uma pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o cliente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana^(Brasil, 2006).

O termo cuidador é descrito por Duarte^(2006, p. 41), como “uma pessoa inserida em um determinado contexto, cuja função principal é a de cuidar de alguém que, por faixa etária ou condição física/mental, é incapaz (total ou parcialmente) de se autocuidar (provisória ou definitivamente sozinho)”.

Dessa forma, o cuidador responsabiliza-se pelo cuidado do familiar realizando as ações de cuidado e mantendo maior contato com os profissionais de saúde^(Brondani; Beuter, 2009).

Portanto, para que o cuidado domiciliar ocorra na realidade brasileira, é necessária a presença do cuidador familiar, pois apenas uma parcela ínfima da população é capaz de arcar com os custos financeiros de um serviço de cuidado domiciliar ou de Enfermagem privado^(Lacerda, 2010; Machado; Silva; Freitas, 2010). Destarte, “sem a presença do cuidador, não há o cuidado domiciliar”^(Lacerda, 2010, p. 2623).

Ao se tratar de cuidador familiar, e também pelo fato da família representar outro alicerce do cuidado domiciliar aqui descrito, vale destacar que neste estudo entende-se por família a seguinte definição expressa por Faro^(2000, p. 26) ao citar Penna⁹. Mesmo que datada da década de 90, do século passado, expressa fielmente a concepção de família em que acredito.

Unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, de afetividade, interesse e/ou doação, estruturada e

⁹ Penna CMM. Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de Enfermagem a família. 100f. Dissertação (Mestrado) - Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 1992.

organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influenciada sócio-econômica-culturalmente. Constrói uma história de vida, tem identidade própria, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores e conhecimento.

Desta forma, considera-se membro da família: um amigo, um vizinho, um irmão da igreja, enfim, pessoas que são significantes, que possuem vínculos emocionais e afetivos ou, como afirma Faro⁽²⁰⁰⁰⁾, união de pessoas com vínculos, interesses, com regras, valores, crenças, deveres e responsabilidades com vistas às suas metas no seu ciclo de vida.

Outro pilar de sustentação do cuidado domiciliar já descrito é o contexto domiciliar. Para apresentar sua importância remeto-me a Lacerda^(2000, p. 26) que afirma que o contexto do domicílio não se reduz ao seu espaço físico cuja importância é crucial para o adequado desenvolvimento do cuidado e onde muitas vezes há necessidade de adaptações frente às demandas de cuidado do cliente e às do cuidador, mas ao contexto, que

deve ser percebido com um significado mais amplo, pois é um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si [...], cujas entidades representam caráter particular e interferente, mútuo e simultâneo.

Durante o cuidado domiciliar, o profissional atua fora do seu ambiente habitual de trabalho, seja ele o hospital, a unidade de saúde, as clínicas especializadas, entre outros, e se insere no ambiente do cliente e de sua família, compartilhando saberes, conhecendo costumes, religião, relações interpessoais e o modo de viver daquelas pessoas^(Favero, 2009).

O ambiente de cuidado, compreendido em sua dimensão contextual pode ser visto apenas como o espaço físico composto por uma iluminação adequada e boa ventilação, entre outros aspectos; ou também pode ter um significado mais amplo que transcende a dimensão física/estrutural e representa um espaço de conforto, harmonia e bem estar, capaz de contribuir positivamente para a recuperação do cliente^(Brondani; Beuter; Alvim; Szareski; Rocha, 2010).

A enfermeira, ao adentrar no domicílio do cliente, precisa atentar para não impor suas crenças e seus valores, e sim tentar se inserir nesse ambiente para que a partir daí possa desenvolver suas ações e interações com a família. Ao observar o contexto domiciliar, ela não percebe somente a doença, mas os fatores sociais, econômicos, espirituais e culturais, os recursos disponíveis, as condições de higiene

e segurança, o grau de esclarecimento da família e o papel do cuidador, e compreende que esses fatores se relacionam e interferem no processo de saúde-doença do cliente^(Lacerda; Oliniski, 2003).

Assim, o domicílio apresenta-se como um espaço de cuidado de Enfermagem, na medida em que é capaz de proporcionar um cuidado humanizado e sensível ao cliente em seu lar e próximo das pessoas com as quais possui laços afetivos. Esse ambiente permite ainda a facilidade de acesso dos familiares, a diminuição do risco de infecções, diminuição de gastos do sistema visto liberação de leitos hospitalares em decorrência da diminuição do tempo de internação^(Favero, 2009).

Nesse sentido, outros estudos^(Silva; Sena; Leite; Seixas; Gonçalves, 2005; Martins; Lacerda, 2008; Brondani; Beuter; 2009; Favero, 2009; Favero; Lacerda; Mazza; Hermann, 2009; Lacerda, 2010; Machado; Silva; Freitas, 2010; Santos; de Leon; Funguetto, 2011) também apontam para a possibilidade que emerge com a transferência do cliente do espaço hospitalar para o ambiente domiciliar, com destaque para os benefícios incontestáveis que essa modalidade proporciona para o cliente e sua família e as vantagens já descritas para o sistema, mas também para os possíveis problemas ou dificuldades decorrentes dessa condição. Entre eles, cita-se: aumento de responsabilidades da família, em especial do cuidador familiar, com a probabilidade de sobrecarga de atividades e estresse decorrente dessa condição; repasse de custos do tratamento para o cliente e sua família; falta de preparo da família e de acompanhamento do cuidado realizado no domicílio pela equipe de saúde; a imposição pelo cuidado no domicílio, deixando de ser uma opção de escolha para o cliente e a família, entre outros.

Com base no exposto, é possível identificar que, para a realização do cuidado domiciliar de saúde, faz-se necessária a implementação de um modelo de cuidado que possa ser capaz de operacionalizar sua aplicação, embasado em pressupostos capazes de contemplar a complexidade e a singularidade do cuidado realizado nesse ambiente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresentar a Teoria do Cuidado Humano proposta pela teórica Jean Watson é para mim motivo de muita alegria e, ao mesmo tempo, de responsabilidade. Responsabilidade porque contemplar, nesse pequeno espaço, a trajetória profissional e de vida dessa pessoa, pois as duas histórias se entrelaçam, é tarefa árdua e de extrema seriedade. Mas, ao mesmo tempo, também é motivo de satisfação, pois ao iniciar minhas atividades docentes, há pouco mais de cinco anos, o cuidado transpessoal me encontrou. Digo isso, porque não fui eu quem procurou a teoria, de modo natural ela surgiu na minha vida, encontrou-me e me encantou.

A princípio, minha atuação docente era exclusivamente na disciplina de saúde da criança, visto ser essa minha área de expertise. Porém, surgiu a oportunidade de trabalhar com os acadêmicos do primeiro ano do curso de Enfermagem na disciplina de Processo de Cuidar. Como se tratava do primeiro contato que os acadêmicos teriam com disciplinas profissionalizantes, o conteúdo abordava entre outros, as Teorias de Enfermagem.

A partir deste momento, debruçei meus estudos sobre as teóricas de Enfermagem, suas teorias e as contribuições para a disciplina, pois há algum tempo não tinha contato amplo com o tema.

Entre as várias teorias que estudei, encantei-me com a Teoria do Cuidado Humano e procurei conhecer mais sobre sua aplicação dentro da Enfermagem.

Ao ingressar no mestrado, realizei um seminário para a disciplina de Concepções Teórico-Filosóficas e Metodológicas para a Prática Profissional em Enfermagem a respeito da teórica Jean Watson. Esse trabalho simplesmente determinou minha escolha por esta filosofia que tem no cuidado humano seu eixo central.

Dando continuidade aos estudos acadêmicos, o cuidado transpessoal seguiu comigo, pois não é possível trabalhar com este referencial se não se está imerso e “contaminado” por ele. É preciso fazer dele nossa filosofia de vida, para que, talvez, seja possível contemplar parte de seus propósitos.

A seguir, apresento a Teoria do Cuidado Humano e abordo conceitos chaves, pressupostos e proposições descritos pela teórica, além das principais mudanças ocorridas nos últimos anos. Justifico a importância de sua abordagem

visto ser transpessoal o modelo de cuidado construído, assim como, da mesma forma, é transpessoal o Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, sendo que, tanto a Teoria do Cuidado Humano como o Processo de Cuidar, constituíram a base deste estudo.

3.1 TEORIA DO CUIDADO HUMANO

Margaret Jean Watson nasceu na cidade de West Virginia no ano de 1940, cursou graduação em Enfermagem entre 1958 e 1961, quando recebeu o diploma de Enfermagem pela *Lewis-Gale School of Nursing*, Roanoke, VA. Tornou-se bacharel em Enfermagem pela Universidade do Colorado em 1964; mestre em Enfermagem psiquiátrica e saúde mental também pela Universidade do Colorado em 1966; e *Ph.D.* em psicologia educacional pela mesma Universidade no ano de 1973^(Watson, 2008b).

Atualmente é professora emérita da Universidade do Colorado em Denver, fundadora do Centro de Cuidado Humano e membro da Academia Americana de Enfermagem. Criou uma nova fundação sem fins lucrativos no ano de 2008, denominada de *Watson Caring Science Institute*, que promove a ciência do cuidar pelo mundo, da qual é também diretora. Detém vários títulos, entre eles, seis doutoramentos *Honoris causa*^(Watson, 2008b; 2011).

A Teoria do Cuidado Humano foi desenvolvida pela teórica entre 1975 e 1979, durante suas atividades docentes na Universidade do Colorado. A teoria emergiu da sua visão sobre a Enfermagem, resultado dos estudos realizados no decorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social^(Pessoa; Pagliuca; Damasceno, 2006; Watson, 2008b; Lukose, 2011).

Watson possui várias publicações, entre elas, os livros que fundamentam a teoria e mostram a evolução trilhada desde sua concepção. Em 1979, publica: *“Nursing: the philosophy and science of caring”*; seis anos mais tarde, lança seu segundo livro: *“Nursing: human science and human care, a theory of nursing”*; no ano de 1999, publica: *“Postmodern nursing and beyond”*; e em 2005, apresenta uma grande transformação em sua teoria, com a publicação de *“Caring science as sacred science”*.

Além desses trabalhos, em 2008, Watson publica a reedição de seu primeiro livro, que recebe o mesmo nome, com detalhes que melhor descrevem o processo de transformação dos fatores de cuidado, e, finalmente, no ano de 2011, porém com data de 2012, lança a reedição do livro publicado em 1985, agora intitulado: “*Human caring science: a theory of nursing*”, no qual afirma, pela primeira vez, o entendimento de que seus estudos representam o desenvolvimento de uma “Teoria de Enfermagem”. Porém, não a compreende como uma teoria científica “dura”, absoluta, verificável, quantificável e rigidamente testável e que leva aos fatos, verdades, mas, ainda assim, uma teoria, porque ajuda o profissional a ver de forma mais ampla e clara, sendo útil na solução de alguns problemas conceituais e empíricos em Enfermagem e nas ciências humanas em geral^(Watson, 2012, p. 1).

A ciência do cuidado humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeira e cliente almejando o cuidado terapêutico capaz de transcender o físico-material. Assim, ela busca restabelecer a natureza profunda do cuidado-reconstituição (*caring-healing*) e trazer a ética, os valores, a identidade e a natureza (*ethos*) do amor de volta para os cuidados de saúde^(Watson, 2008a).

Watson^(1979, p. 208) descreve que os fatores fenomenológicos-existenciais ajudam a explicar se a origem do sofrimento de um cliente é interna ou externa, contribuindo para encontrar um significado e um sentido de responsabilidade em sua existência. A incorporação de pressupostos fenomenológicos existenciais para o cuidar em Enfermagem ajuda a entender, e talvez a explicar, o significado que um paciente encontra na vida. É uma abordagem filosófica para perceber a condição humana, em vez de uma técnica qualquer. O uso dessa filosofia e consciência em uma situação de cuidado ajuda a enfermeira, tanto pessoal quanto profissionalmente, a ser uma influência orientadora em transformar as experiências difíceis da vida do cliente, ou dela mesma, em forças para continuar lutando.

Desta forma, refiro-me aos pressupostos descritos pela teórica em seu primeiro livro^(Watson, 1979, p. 8, 9), os quais são reformulados e expandidos com as publicações de 1985^(Watson, 1985, p. 32, 33), 2002^(Watson, 2002a, p. 61-63) e 2008^(Watson, 2008a. p. 17, 18).

- A ciência do cuidado é a essência da Enfermagem e o núcleo fundamental da profissão;
- O cuidado pode ser mais eficazmente demonstrado e praticado interpessoalmente, no entanto, a consciência do cuidado pode ser comunicada além/transcendendo o tempo, o espaço e a fisicalidade^(Watson, 2002c);
- O processo humano intersubjetivo mantém vivo um senso comum de humanidade; ensina-nos como sermos humanos através da nossa identificação com os outros, pelo que o humanismo de um se reflete no outro ^(Watson, 1985, p. 33; 2002a, p. 63);
- Cuidado consiste em *Caritas Processes* (elementos *Clinical Caritas*) que facilitam a restauração (*healing*), integridade da honra e contribuem para a evolução da humanidade;
- Um cuidado efetivo promove restauração (*healing*), saúde, crescimento individual ou familiar e um senso de integridade, perdão; envolve a consciência e a paz interior, transcende a crise, o medo da doença, da enfermidade, do diagnóstico, os traumas, as mudanças da vida, etc;
- As respostas do cuidado aceitam uma pessoa não somente como ela é agora, mas como ela pode vir a ser/tornar-se;
- Uma relação de cuidado é aquela que convida ao surgimento do espírito humano, abrindo para um potencial autêntico, estando genuinamente presente, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor opção para si mesma, em um determinado ponto do tempo;
- O cuidado é mais *healthogenic* (promotor de saúde) do que curativo;
- A ciência do cuidado é complementar à ciência da cura;
- A prática do cuidado é central para a Enfermagem. Trata-se de uma contribuição social, moral e científica, um compromisso profissional para com os valores, a ética e os ideais da Ciência do Cuidar, seja na teoria, na prática e na pesquisa.

Em seu segundo livro, Jean Watson avança na construção de sua teoria, bem como na redefinição dos conceitos utilizados como base de seu trabalho. Introduce o paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado, o qual enfoca o ideal moral, o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co-participação do *self* como um todo^(Watson, 1985; 2002a; 2008a).

Cuidar de forma transpessoal é compreendido como o ideal moral da Enfermagem, no qual existe a preocupação máxima com a dignidade e preservação

do ser humano. Uma relação transpessoal de cuidar conota uma relação de cuidar especial, uma união com a outra pessoa e considera o seu todo e seu estar no mundo^(Watson, 2002a; 2008b).

Essa forma de cuidar tem início quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou, conforme a autora, no campo fenomenológico do outro, que envolve todas as experiências conscientes e inconscientes do indivíduo, sendo capaz de perceber a condição de ser dessa pessoa e de responder de tal forma que o receptor liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que desejava libertar há muito tempo, existindo um fluxo subjetivo entre o enfermeiro e o cliente^(Watson, 2002a; 2002b; 2008c).

Para Watson^(2002a), o cuidado transpessoal e as transações do cuidar são científicas, profissionais, éticas, estéticas, criativas e envolvem comportamentos de dar e receber entre o enfermeiro e o cliente, permitindo o contato entre o mundo subjetivo do ser que cuida e do ser que é cuidado.

O termo “transpessoal” refere-se à intersubjetividade da relação enfermeiro-cliente, em que a pessoa do enfermeiro é influenciada pela pessoa do cliente. Ambos estão presentes no momento de cuidado e sentem a união com o outro. O cuidado transpessoal irradia um campo de cuidar para além das duas pessoas envolvidas, em um processo que se torna parte da complexa jornada da vida^(Watson, 1985; 2002b; 2008a; 2009).

Dessa forma, este contato subjetivo tem o potencial de ir além do físico-material ou do mental-emocional, ele transcende o tempo, o espaço e a fisicalidade e afeta os envolvidos de modo que eles carregam para sua vida o processo vivido, podendo alcançar o sentido mais elevado do *self* espiritual ou do eu alma^(Watson, 1985; 2002b; 2008a; 2009). O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contato é um processo que transforma, gera e potencializa o processo de *heling*¹⁰.

Portanto, o cuidar de forma transpessoal é um meio de progresso em que o indivíduo se move em direção a um elevado sentido do ser e de harmonia com sua mente, corpo e espírito. O cuidado transpessoal liberta sentimentos, permite que o cliente, receptor dos cuidados, assimile melhor a condição de seu próprio ser. Tal assimilação pode levar à reorganização do “eu” percebido e do “eu” experienciado.

¹⁰ Termo que significa recomposição, restauração e reconstituição e não deve ser entendido como cura^(Mathias; Zagonel; Lacerda, 2006, p. 334).

Ambos estarão numa forma mais unida, acerca do que cada espiritualidade é na sua essência^(Watson, 2002a).

Dessa forma, o cuidado transpessoal determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro. Os seres envolvidos estão conectados ao universo sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, o que a partir de 2005 é chamado por Watson, em sua teoria, de *Caritas e Communitas*^(Watson, 2007).

Caritas e Communitas definem uma ética global que surge do amor-reconstituição por meio das relações, pertencimento e conexão que nos ajudam a restabelecer o sagrado diante da existência diária e da nossa relação com todas as coisas vivas^(Watson, 2008a, p. 95).

A partir da publicação da obra *Caring science as sacred science*, em 2005, ocorre uma evolução na construção da teoria. Os fatores de cuidado são substituídos pelos elementos do processo *clinical caritas*, e, ao expô-los, Watson amplia seus conceitos, inclui a sacralidade do ser cuidado e sua conexão para um plano que extrapola o concreto e visual, além de ocorrer a proposição do *healing* como reconstituição^(Watson, 2005; Mathias, Zagonel e Lacerda, 2006; Watson, 2007; 2008a; 2009; Lukose, 2011).

Nesta percepção, ao utilizar “*caritas*” e “*caritas processes*” ou “*clinical caritas*”, Watson^(2007; 2008a; 2009) afirma estar invocando intencionalmente a palavra amor, podendo explicitar a conexão entre cuidado e amor^(Bunkers, 2011; Lukose, 2011). Ao trazer amor e cuidado juntos, convida-se a aprofundar o cuidado transpessoal. A relação entre amor e cuidado cria uma abertura para o *healing* interno de cada um^(Watson, 2009; 2008a; Lukose, 2011).

O processo *clinical caritas* procura dar maior abertura a esta maneira de cuidar por meio de uma perspectiva integrativa e pós-moderna, transcendendo os modelos estáticos de Enfermagem. Assim, *caritas*, uma palavra de origem latina, significa tratar com carinho, cuidar, afagar, acariciar, apreciar, dar atenção especial, senão amor, então atenção, conota algo que é muito fino, realmente precioso que necessita ser cultivado e sustentado^(Mathias; Zagonel; Lacerda, 2006; Watson, 2008a).

O contexto para se ver o cliente e o enfermeiro na Teoria do Cuidado Humano é no momento-a-momento, em que o encontro entre esses dois seres implica uma ocasião de cuidar, momento em que ocorrem transações intersubjetivas. Este processo de intersubjetividade é infinito e continuará a expandir-se à medida que o conhecimento e a aproximação aumentam^(Watson, 2002a).

O momento de cuidado é aquele em que o eu do enfermeiro se encontra e se une ao eu do cliente, passando a ser um só. Esta união provoca alterações permanentes na vida destes seres, sendo capaz de ecoar para o futuro. Watson^(2002a; 2002b; 2007; 2008a), afirma em seus estudos, que o momento de cuidar torna-se parte da história de vida passada dos envolvidos e possibilita novas oportunidades, como por exemplo, o autoconhecimento.

A Teoria do Cuidado Humano percebe o cuidado transpessoal como aquele que acontece no momento de cuidado, ocasião em que os elementos do processo *clinical caritas* são utilizados para operacionalizar, auxiliar o enfermeiro a conduzir a efetivação do cuidado transpessoal. Desta forma, é no momento do cuidado que o cuidado transpessoal acontece mediante a aplicação do processo *clinical caritas*, muito mais que um processo de Enfermagem, visto que Watson não o advoga^(Favero, 2009).

Isto é confirmado por alguns autores^(Mathias; Zagonel; Lacerda, 2006; Hayden, 2011) que apontam a falta de explicação da teórica quanto a um modelo de aplicabilidade, seguindo fases de um processo de Enfermagem como acontece em outras teorias.

De um modo geral, ao se referir ao método, seja ele de avaliação ou de aplicação, Watson^(2002a, p. 8-10) descreve

Rejeito definições, interpretações da ciência e da pesquisa científica que ocultem a procura da descoberta, da beleza, da criatividade, e um senso mais elevado de estar-no-mundo. Eu quero que a enfermagem se mova para além do objetivável, da verificação, das operações rígidas, das definições, e se dedique mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões. [...] o desafio actual da enfermagem é romper com os velhos laços da preocupação com os procedimentos, [...] definições rígidas, racionalismo severo, operacionismo [...]. Eu vejo a enfermagem como uma ciência humana e uma arte, e como tal ela não pode ser continuamente avaliada, do ponto de vista qualitativo, por uma metodologia tradicional, reducionista e científica.

Para ela, o método impede o profissional de criar, de ousar, de ir além, de visualizar os fenômenos sob uma nova perspectiva e buscar formas diferentes de aplicação do conhecimento. Ao contrário, ele engessa, congela e limita as possibilidades de avanço na realização do cuidado. Afirma ainda que

ciência, desenvolvimento científico e teoria do desenvolvimento, estão todas relacionadas à arte, a humanidade e a filosofia. Todas estão relacionadas com a imaginação, criatividade, mistério, resolução-pessoal de problemas, e tentativas de “ser/estar” em

relação ao universo. Um artista é tão científico como um cientista é artístico. Eu rejeito métodos que atribuem um grau crescente da realidade a números e informação factual [...]^(Watson, 2002a, p. 8; 2012, p. 1).

Watson^(2005; 2008a; 2009; 2012) descreve que o cuidado transpessoal ocorre no momento de cuidado, facilitado e conduzido pela aplicação dos elementos do processo *clinical caritas*. Portanto, para melhor compreensão da teoria, apresento os elementos do processo *clinical caritas* e sua descrição.

3.1.1 Processo *Clinical Caritas*

O processo *clinical caritas* é composto por 10 elementos de cuidado, os quais substituíram os antigos fatores de cuidado incorporados à teoria a partir de 1985, momento em que também surgiu o conceito de cuidado transpessoal^(Watson, 2005; 2007; 2008a; 2009; 2012). São eles:

1- Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado

O amor é uma maneira de o enfermeiro abrir-se ao outro e com ele estabelecer uma convivência e uma comunhão. Por intermédio do amor, o momento de cuidado acontece de forma a ser reconstituidor. Nele deve estar presente uma genuína intenção de cuidado e esse cuidado deverá se desenvolver de forma amorosa e gentil^(Mathias, 2007).

Watson^(2008a) ressalta que o enfermeiro não pode sustentar práticas de cuidado e de reconstituição (*healing*) sem estar pessoalmente preparado. Afirma que é irônico a educação e a prática de Enfermagem exigirem tanto conhecimento e habilidade para se fazer o trabalho, embora um esforço muito pequeno é dirigido para se desenvolver como “Ser”. Este processo convida, senão exige, enfermeiras que atendam ao cuidar próprio, e práticas que assistam a sua própria evolução da consciência para maior realização em sua vida e trabalho.

Uma consciência de cuidado carrega o centro do nosso coração de altas vibrações de energia e conecta humano-com-humano, coração-com-coração, espírito-com-espírito, de um com o outro^(Watson, 2009).

2- Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado

O enfermeiro, ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o. Ele deve buscar um sentido existencial e de transcendência nesta conexão, envolvendo alma e espírito. Faz-se necessário ir além da ciência moderna, sem se contrapor a ela, mas acrescentá-la, para fortalecer ainda mais a pessoa cuidada diante das diversidades da vida^(Fonsêca, 2004).

A manutenção da fé e o respeito à crença do outro são elementos essenciais para a conexão entre enfermeira e cliente. Assim, deve-se instilar fé e esperança como forma de aumentar as capacidades imanentes do ser^(Mathias; Zagonel; Lacerda, 2006; Carvalho; Neta; Silva; Araújo, 2011).

Este elemento homenageia o sistema de crenças da enfermeira, convidando-a a se conectar quando houver necessidade de fé e de esperança para inspirar-se. Para Watson^(2008a) todos precisam de fé e de esperança para que se conduzam, através das vicissitudes (metamorfoses), transformações e dificuldades da existência humana no plano terrestre.

3- Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal, indo além do próprio ego

Para o desenvolvimento do cuidado transpessoal são necessárias práticas de evolução do próprio ser para estar em consonância com o desenvolvimento de todo o universo^(Watson, 2009).

Watson^(2008a) enfatiza ainda este elemento como sendo a ordem maior da prática profissional e aponta a indispensabilidade constante do aprendizado, no qual afirma o dever de continuamente aprender e ensinar esse princípio aos outros. Neste *Caritas Processes*, ela retorna ao primeiro elemento, levando, então, naturalmente a uma prática espiritual que se torna transpessoal. Um processo como este nos conecta a uma fonte que é superior ao ego.

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

Estar presente de forma integral, escutar e perceber o que o outro tem a dizer, estabelecer uma percepção que vai além dos sentidos, de forma empática, aprofundar o conhecimento do outro com isenção de julgamentos e preconceitos,

com profundo respeito e sensibilidade, compreender a possibilidade de falha do ser humano, fará com que a enfermeira seja capaz de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda-confiança^(Mathias, 2007).

Desenvolver uma relação autêntica de cuidado requer, além de um momento de cuidado capaz de contemplar a unidade total da pessoa (mente-corpo-espírito), competências para um cuidado humano ontológico e não técnico por si só^(Watson, 2008a).

5- Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos provenientes de si e do outro

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

Com uma compreensão de que todos os sentimentos envolvidos vêm e vão, a enfermeira deve estar em conexão profunda com o próprio espírito e com o da pessoa cuidada, reconhecendo e honrando a expressão dessas sensações^(Watson, 2009).

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

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

Durante a realização dos cuidados, é importante que a enfermeira lance mão, não só do conhecimento científico aprendido na academia, mas também de sua intuição, senso comum, conhecimento estético, ético, pessoal, religioso e de suas experiências de vida. Outras modalidades de cuidado também podem ser

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

A Enfermagem e a enfermeira *caritas* utilizam o conhecimento de forma criativa, o ser e o fazer integram o processo de cuidar em busca de possibilidades para a solução conjunta dos problemas dos clientes, famílias e comunidades^(Watson, 2009).

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

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

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

Watson^(2008a, p. 125) afirma que

Aprender é mais do que receber informações, fatos, ou dados. Envolve um significado, que está confiado na relação intersubjetiva; a natureza da relação, bem como a forma e o contexto do ensino afetam o processo.

Afirma ainda que tanto o conteúdo como a disponibilidade do cliente para receber as informações são variáveis críticas. O significado que cada conteúdo tem para a pessoa, afeta sua capacidade de receber e processar as informações. Assim, o processo de ensino torna-se genuinamente transpessoal quando a experiência, a relação, o significado e importância da experiência afetam ambas as partes dentro do encontro do ensino^(Watson, 2008a).

Um processo *caritas* de ensino-aprendizagem depende da capacidade da enfermeira em detectar com precisão os sentimentos, pensamentos, preocupações,

conhecimento, entendimento e até o humor do outro, pois o processo de cuidar requer sua expressão, bem como a abertura e a prontidão para a aprendizagem^(Watson, 2009).

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

O enfermeiro deve entender que os fatores externos, ambientais são capazes de proporcionar um clima de envolvimento e intimidade necessário para o desenvolvimento do cuidado, como: conforto, segurança, privacidade, comodidade, além de ser limpo e saudável^(Watson, 2008a).

Deve-se atentar também para o fato de que o ser humano está em constante conexão com o cosmos e as leis da natureza, portanto, energias que trazem sensação de leveza fazem bem, o ambiente e as energias que dele emanam são importantes coadjuvantes na reconstituição^(Mathias, 2007).

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

Watson⁽²⁰⁰⁵⁾ diz que no modelo da ciência do cuidado, é preciso lembrarmos de que somos todos feitos de espírito, ligados e pertencentes ao infinito do cosmos e ao universo, antes de separarmos-nos como indivíduos. Continua colocando que um dos privilégios da Enfermagem e seu papel na interação com a humanidade é a de que as enfermeiras têm acesso ao corpo humano. Elas têm a honra de ajudar outras pessoas a gratificar as suas necessidades humanas mais básicas, especialmente quando se encontram vulneráveis. É a derradeira contribuição à sociedade e às necessidades das populações humanas - um dom para a civilização.

Quando um toca o corpo do outro, o indivíduo está tocando não só o corpo físico, mas também, toca, em algum nível, sua mente, seu coração e sua alma. Uma enfermeira *caritas* é consciente desta perspectiva durante a realização dos cuidados e responde a estas necessidades como um privilégio, uma honra e um ato sagrado.

Ela sabe que neste ato está se conectando com o outro e contribuindo para o fortalecimento do seu espírito, bem como para seu próprio fortalecimento^(Watson, 2008a).

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

Mathias^(2007, p. 55) descreve que neste elemento a enfermeira *caritas* deve

Reconhecer-se como um ser em evolução, praticar essa evolução, despertando em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, a complexidade dos seres e o insondável do universo com seus mistérios sem respostas.

Watson^(2008a) afirma que este elemento do processo *clinical caritas*, originalmente advindo do fator de cuidado número 10 é talvez o elemento mais difícil de as pessoas entenderem, em parte devido à linguagem e aos termos utilizados. Assim, relata

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

Este último *caritas process* traz o fenômeno das incógnitas, o que não pode ser explicado cientificamente, por meio da mente e da medicina moderna. Este elemento permite o mistério, os aspectos filosóficos e metafísicos de experiências humanas, além de fenômenos que não se conformam com visões convencionais da ciência e do pensamento racional. No entanto, essas incógnitas são reais para os atingidos. Esse elemento permite os significados espirituais, as crenças culturais, os mitos e as metáforas, o mundo subjetivo das nossas experiências internas de vida e as experiências dos outros, permitindo curas milagrosas e reconstituições, sendo estas, em última instância, um fenômeno, um mistério afetado por muitos fatores que não podem nunca ser totalmente explicados^(Watson, 2007; 2008a).

Estes elementos do processo *clinical caritas* reconhecem a natureza unitária energética de toda a vida e seu percurso. Tal processo pode ser considerado de

maneira holográfica, ou seja, o todo está em cada uma das partes e cada uma dessas partes está e faz parte do todo^(Watson, 2009).

Além do conceito de cuidado transpessoal, apresento os demais conceitos que formam os metaparadigmas descritos pela teórica americana em suas obras, com o enfoque na publicação mais recente.

3.1.2 Conceitos presentes na Teoria do Cuidado Humano

Jean Watson apresenta, no decorrer de suas obras, a definição dos seguintes conceitos, além daqueles já apresentados referentes ao cuidado transpessoal: ser humano, vida, mal-estar, saúde e Enfermagem.

Ser humano

Uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, nutrida, compreendida e assistida; no geral uma visão filosófica de uma pessoa inteira, com um eu inteiramente funcional e integrado, honrando a unidade mente-corpo-espírito, com maior domínio do ambiente, do planeta Terra, e do campo cósmico infinito da própria vida^(Watson, 1985; 2002a; 2012).

Watson acredita que seu trabalho é explicitar o conceito de alma, reconhecendo a sacralidade da força da vida, a alma humana. Ao citar Nightingale indica que o cuidado com o corpo nunca deve estar separado do cuidado da alma. Esta visão da humanidade honra o fato de que cada um de nós pertence e se relaciona com o campo mais amplo infinito da própria vida: o grande mistério, o vazio, a fonte da vida, a energia-espírito-consciência-amor cósmico, que é maior do que qualquer pessoa. Então, o ser humano não pode ser definido como a soma de suas partes, mas um todo unificado, em que há uma união de todos e tudo está relacionado a tudo^(Watson, 1985; 2002a; 2012).

Vida

A vida é definida como ser-no mundo (espiritual-mental-físico), que é contínuo no tempo e no espaço^(Watson, 1985; 2002a; 2012).

No desenvolvimento de uma teoria de Enfermagem, torna-se útil clarificar os nossos valores e perspectivas acerca da vida humana, pois esses valores e crenças direcionam e dão significado à Enfermagem, ao processo de cuidar, e outros componentes da teoria^(Watson, 1985; 2002a; 2012).

Dessa forma, o processo de cuidar entre a enfermeira e o cliente é uma dádiva especial e delicada que deve ser estimada. A interação estabelecida nesse momento propicia uma aproximação e o estabelecimento de contato entre os seres. Assim, a mente, o corpo e a alma de um se liga à mente-corpo-alma do outro em um momento de vida. Cada situação experienciada no presente incorpora-se no passado e ajuda a direcionar o futuro de cada um. Todas essas três fases do tempo (passado, presente e futuro) se entrelaçam no mundo interior vivido da pessoa que passa a experiência^(Watson, 1985; 2002a; 2012).

Mal estar

Mal estar não significa, necessariamente, doença. É uma inquietação ou desarmonia no “eu” interior de uma pessoa ou da sua alma em algum nível. Em uma situação em que o “eu” está separado do “mim”, o “eu” está separado do “eu” ou da alma. Mal estar conota uma incongruência sentida no íntimo da pessoa entre o “eu” como é percebido e o “eu” experienciado^(Watson, 2012, p. 60).

Uma alma perturbada pode levar ao mal estar, e este pode produzir doença. O desenvolvimento de conflitos, o sofrimento interior, a culpa, o desespero, a perda, a tristeza, além de outros, podem conduzir ao mal estar e resultar em doença. Os processos de doença também podem resultar dos genes, das vulnerabilidades constitucionais e manifestarem-se quando a desarmonia está presente. E a doença por sua vez cria mais desarmonia^(Watson, 1985; 2002a; 2012).

Nesta visão é possível ser curado de doença ou de mal estar, mas não ser restaurado. A restauração (*healing*) é um processo interior que precisa ser vivenciado e transformado interiormente, para, a partir daí, ser capaz de transformar o presente e ecoar para o futuro^(Watson, 2012).

Saúde

É uma experiência subjetiva^(Watson, 2012) que pode referir-se à unidade e harmonia no corpo, na mente e na alma/espírito. Saúde é também associada ao

grau de congruência entre o “eu” como é percebido e o “eu” como é experienciado^(Watson, 2002a, p. 86; 2012, p. 60).

Tal visão de saúde está focada na totalidade da natureza do indivíduo, no seu domínio físico, social, estético e moral, ao invés de apenas em alguns aspectos do comportamento humano e fisiológico^(Watson, 2002a; 2012).

Enfermagem

A palavra Enfermagem é um conceito filosófico que sugere ternura e tem vários significados para as pessoas. É um conceito dinâmico e em transformação. Enfermagem também se destaca como uma metáfora para cuidado-reconstituição, plenitude e conexão com processos internos e energia para acessar a natureza sagrada de experiências humanas e maior fonte para a reconstituição, além de também tratar do corpo físico^(Watson, 2012, p. 65).

Para Watson, Enfermagem, de maneira geral, consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e ação, com algum grau de paixão. Esses estão geralmente relacionados com as transações de cuidar e com o contato pessoal humano intersubjetivo com o mundo vivido da pessoa que experiencia^(Watson, 2002a; 2012).

Assim, o cuidar é visto como o ideal moral da Enfermagem e consiste em tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, auxiliando o outro a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na própria existência, com o intuito de auxiliá-lo a ganhar auto-conhecimento, controle e auto-restabelecimento no qual o sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas^(Watson, 2002a; 2012).

Após a apresentação da Teoria do Cuidado Humano, seus pressupostos, elementos e principais conceitos, os quais fundamentam o Processo de Cuidar^(Lacerda, 1996) e deverão também fundamentar a construção do modelo, descrevo nesse momento, o Processo de Cuidar propriamente dito, que também é embasado pelo referencial ora apresentado e constituiu, juntamente com a Teoria proposta por Jean Watson, as bases essenciais para que o modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar pudesse ser construído.

4. PROCESSO DE CUIDAR PROPOSTO POR LACERDA⁽¹⁹⁹⁶⁾

Durante a realização do seu curso de mestrado em Enfermagem, a doutora Maria Ribeiro Lacerda desenvolveu um Processo de Cuidar para operacionalizar a aplicação da Teoria do Cuidado Humano, em especial, o cuidado transpessoal no contexto domiciliar.

Para que seu trabalho culminasse com tal proposta, ela elaborou um marco de referência para o cuidado transpessoal domiciliar, contendo os seguintes componentes: os fatores de cuidado, anteriormente descritos por Jean Watson, e os pressupostos desta teórica; os conceitos de ser humano, de saúde-doença, de ambiente-sociedade, de Enfermagem, de família e, finalmente, de processo de cuidar.

Conforme já explorado no capítulo referente ao referencial teórico deste estudo, a partir da publicação ocorrida no ano de 2005, Jean Watson substituiu os fatores de cuidado, pelos elementos do processo *clinical caritas*, os quais também foram abordados naquele momento, juntamente com os pressupostos apresentados pela teórica americana. Sendo assim, passo a apresentar as definições conceituais descritas por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ em seu marco de referência.

Ser humano

Ser humano é o homem, visto de forma genérica, como homem ou mulher. Ser único possuidor de uma história, de um referencial. É mais que um corpo físico ou matéria, é transcendente, é mente e espírito. É capaz de compartilhar e buscar harmonia em comunhão com aqueles que o cercam^(Lacerda, 1996). A autora ainda descreve que o ser humano

é um ser que está no mundo, vive, se relaciona consigo e com o(s) outro(s), com o mundo que pode ser o mais próximo dele e o mais distante e que a ele influencia e vice versa. Faz parte do universo, enquanto ser criado a partir do mesmo, com suas evoluções técnicas, que muitas vezes são produzidas para seu benefício, mas que às vezes se transformam em malefício^(Lacerda, 1996, p. 25, 26).

Continua afirmando que este ser humano é indivíduo, família e comunidade, pois esta não existe sem os indivíduos. Ao envolver aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e culturais, considera-se que o ser está no mundo, no

ambiente, no seu lar, no domicílio. Ao ver este ser não apenas como um corpo físico, tenta-se compreendê-lo como alguém que exerce e sofre influências no local de onde veio, de onde está e para onde vai^(Lacerda, 1996).

Saúde-doença

Este conceito pode ser entendido como uma experiência subjetiva que envolve concepções pessoais, nas quais o local, o contexto e a trajetória de vida podem propiciar condições para o enfrentamento em busca de resoluções e ações relativas ao presente e ao futuro. Trata-se de uma relação dinâmica entre o físico, o psíquico, o social e o cultural do ser humano, possibilitando uma ação profissional transpessoal^(Lacerda, 1996).

Como experiência subjetiva, quero dizer que este conceito vai ao encontro a uma concepção pessoal, entendendo que cada um tem uma forma de pensar e agir com relação à vida e ao que ela lhe significa. Cada um, de nós, também tem o direito e o dever de cuidar de si mesmo. Considero até mais como dever, pois somos donos de nossas próprias vidas. Temos livre arbítrio de decidir sobre o que queremos, para onde vamos, como procedemos e como nossas ações irão refletir o que seremos, para o bem e para o mal. É uma relação dinâmica entre o físico e o psíquico onde o ser é considerado como um todo, não dissociado do mundo onde está inserido e de suas relações com o mesmo^(Lacerda, 1996, p. 27).

Dessa forma, o conceito de saúde-doença é compreendido como uma experiência que envolve concepções pessoais, em que o contexto e a trajetória de vida influenciam o enfrentamento do ser humano, sem deixar de lado a sociedade e o ambiente por pertencerem a este conjunto^(Lacerda, 1996).

Ambiente-sociedade

Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ descreve que, para sua proposta de estudo, considera o ambiente, o domicílio das pessoas e a sociedade como micro, o que inclui a família, os amigos, as relações sociais que envolvem o cliente e seus familiares; e macro, que abrange um conjunto de pessoas que interferem no contexto e na trajetória de vida dos seres cuidados e também do cuidador.

Continua descrevendo que a sociedade é formada por um

conjunto de pessoas em variadas situações, com diferentes valores, conceitos e que em determinadas regiões e/ou condições tem seus

códigos próprios para resolução de suas questões e/ou modo de vida^(Lacerda, 1996, p. 28).

Com relação ao ambiente, realiza as seguintes afirmações: “é o meio que interfere e é interferido pelo/no homem”^(Lacerda, 1996, p. 28); além de considerá-lo como

[...] uma referência conhecida da família e do seu membro que necessita de cuidado. É um ninho, um local seu, com suas coisas, seu cheiro, suas lembranças. É neste ambiente que suas primeiras relações começaram a se desenvolver como ponto de partida e ponto de chegada. Neste local ele encontra apoio, estímulo e críticas, construídas para que ele tenha estrutura para viver. É na casa que adquire os códigos sociais que representam os valores da sociedade, na qual está inserido aprendendo a resolver suas questões existenciais de um modo de vida que lhe é peculiar^(Lacerda, 1996, p. 28).

Enfermagem

Este conceito passa a existir quando há interação entre o ser que cuida, o enfermeiro, e o ser cuidado, o cliente. Enfermagem é definida como o “ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar. [...] É uma profissão com história, valores, princípios [...]. É cuidar-cuidado”^(Lacerda, 1996, p. 29).

Portanto, a Enfermagem existe da relação entre emissor e receptor, não existindo na ausência de um deles. A vinculação entre eles provoca uma relação transpessoal com início, meio e fim da relação. Também é cuidar-cuidado que significa estar com o outro, ter atitude de apreço, empatia e disponibilidade. Assim, o cuidado é a essência da Enfermagem e, ao realizar o cuidado em toda a sua dimensão, exerce-se o papel de enfermeira^(Lacerda, 1996).

Família

Para Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, a família é considerada como um elemento importante para a cultura vivida, pois se trata de uma referência e se constitui como primeira instituição na qual as relações entre as pessoas acontecem. E, nos momentos de alteração da condição de saúde de um dos seus membros, a família passa a ter, ainda, maior significado.

Assim, define família como

Conjunto de pessoas com vínculos afetivos/efetivos e algumas vezes ambíguos. Constituição social (casas, domicílio) que diferem cultural e socialmente. Núcleo de convivência de pessoas onde as

necessidades existenciais são providas por seus membros^(Lacerda, 1996, p. 31).

Por relações afetivas, considera o amor, carinho, ternura e outros sentimentos que possam expressar alguma forma de aceitação e apreço. Já as relações efetivas são aquelas que colaboram para o crescimento e desenvolvimentos dos membros em geral^(Lacerda, 1996).

Processo de cuidar

Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ entende o processo de cuidar como uma construção específica de cada situação de cuidado vivenciada pela enfermeira e cliente, elaborada por aquele que presta e que recebe os cuidados. O processo de cuidar acontece em uma situação de cuidado que é criada a partir daquilo que se descobre, utilizando os elementos advindos da situação, decodificando-os com o auxílio dos conhecimentos, do profissional, do cliente ou da família, para que se possa compreender seu real significado e a melhor forma de agregá-los à ação de cuidado.

Um processo de cuidar é a maneira como a enfermeira realiza seus cuidados, como acredita naquilo que faz, como se coloca nesta ação, como demonstra o fazer para aquele com quem realiza o cuidado, utilizando-se das mais diversas formas de expressão^(Lacerda, 1996).

Assim, a autora desenvolve e propõe um Processo de Cuidar composto por quatro fases (FIGURA 1), de modo que o cuidado transpessoal de Enfermagem seja dirigido ao cliente e sua família: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação. Tais fases serão descritas separadamente como estratégia para facilitar a compreensão, porém elas são dinâmicas e acontecem simultaneamente.

CONTATO INICIAL= caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira, cliente e família. A cada novo olhar ou ouvir, novas descobertas ocorrem. Neste momento há um desvelar de ambas as partes, que pode ou não se completar. É neste momento que são consideradas as histórias de vida de cada um. É aquele olho no olho, querer e ao mesmo tempo temer, mas seguindo sempre a intuição, é o ser verdadeiro^(Lacerda, 1996, p. 33-34).

APROXIMAÇÃO= Nesta fase, a relação já evoluiu, “os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união. Caminham

para que as almas, os espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados”(Lacerda, 1996, p. 34).

ENCONTRO TRANSPESSOAL= ocasião em que ocorre a relação transpessoal, quando enfermeira e cliente transcendem cada um, não sendo mais dois, e sim, apenas um. “Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar juntos em harmonia e mutualidade”(Lacerda, 1996, p. 34). “A enfermeira, após viver esta experiência de união dos ‘se/ves’, sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal”(Lacerda, 1996, p. 35).

SEPARAÇÃO= esta fase configura a maturidade das partes envolvidas: enfermeira, cliente e família, quando as conotações subjetivas se modificam e partem regenerados e enriquecidos com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida - “o cliente e família nas suas condições de saúde-doença ou morte, a enfermeira com uma nova compreensão da vida, com seus momentos preciosos de cuidado”. A enfermeira e o cliente se libertam do vínculo criado, pois cada um atingiu seus objetivos”(Lacerda, 1996, p. 35).

No entanto, a separação pode ocorrer de forma abrupta, sem que tenha ocorrido transformação, talvez por recuo do cliente, ou pela necessidade de maior preparo por parte do enfermeiro ou do cliente, ou também pela necessidade de suporte de outro profissional”(Lacerda, 1996).

Discurso, na sequência, sobre o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis, por acreditar que esse referencial teórico-metodológico auxiliou no cumprimento do objetivo ao qual me propus, ou seja, construir um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ apresentado nesse momento.

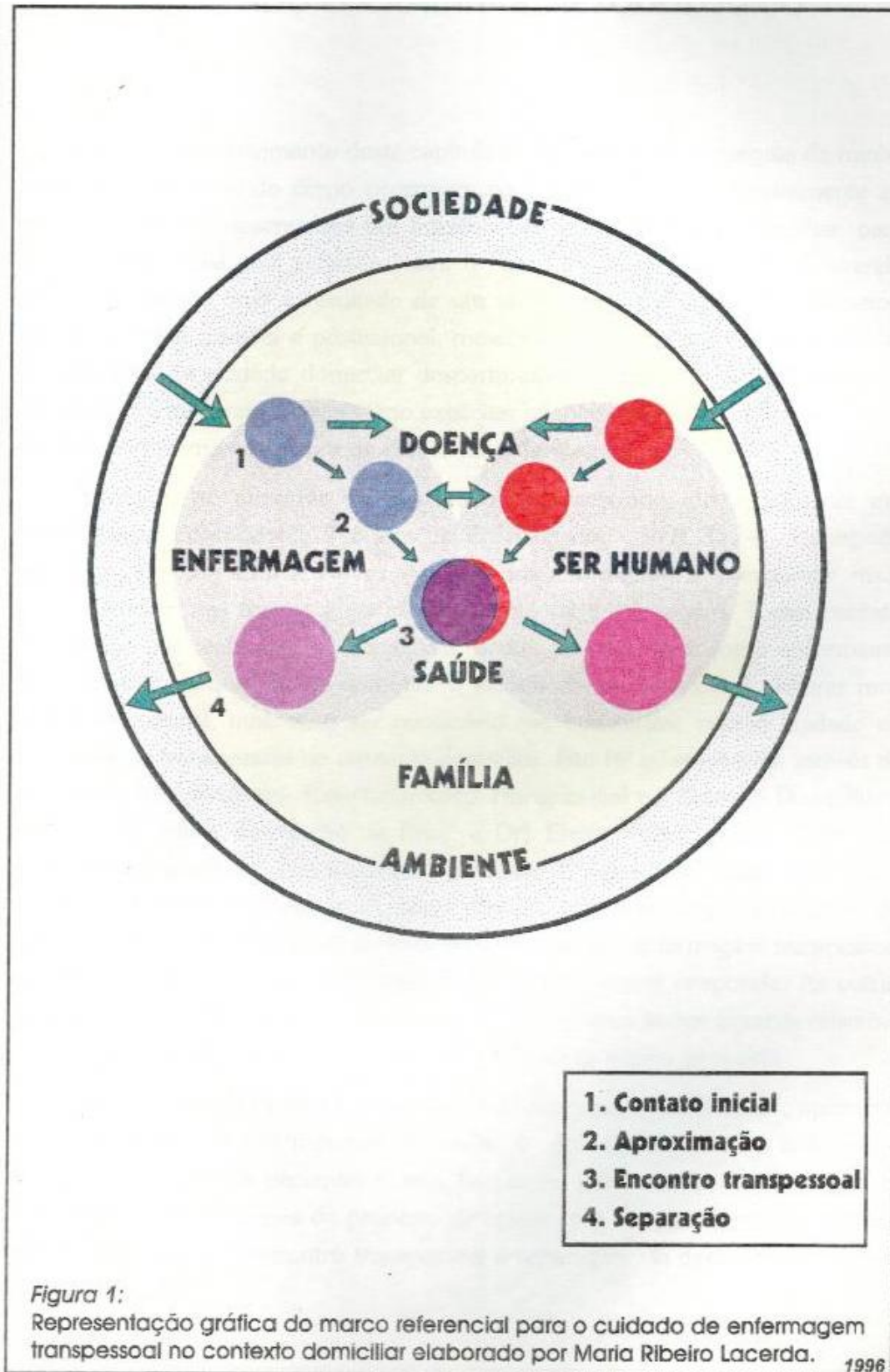


FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO REFERENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM TRANSPESSOAL NO CONTEXTO DOMICILIAR
 FONTE: Lacerda^(1996, p. 37)

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

5.1 MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS

A opção em trabalhar com o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis se deu devido a alguns aspectos. Entendo que esse modelo contempla critérios capazes de contribuir para o alcance do objetivo proposto, pois ao compreender os elementos que constituem um modelo de cuidado, é possível descrevê-los, analisá-los, sintetizá-los e testá-los, por meio da proposta de Meleis. Além disso, tal modelo é amplamente utilizado e validado em todo o mundo. Apresenta etapas claramente delimitadas que, segundo a própria autora, podem ser utilizadas tanto na íntegra como em partes, sem desqualificar o estudo; além disso, foi possível encontrar nos escritos da teórica referências ao termo “modelo de cuidado”^(Meleis, 1999; St. Hill; Lipson; Meleis, 2003), que coaduna com o objetivo proposto neste estudo: a construção de um modelo de cuidado.

Além disso, devido às necessidades particulares em avançar no estudo das teorias para melhor definir meu referencial metodológico, busquei disciplinas, em outros programas de pós-graduação, que pudessem me auxiliar a melhor compreender o caminho que precisaria trilhar na construção de um modelo de cuidado. Sendo assim, cursei como aluna especial, a disciplina intitulada: “Análise crítica das teorias de Enfermagem”, proposta pela Universidade Federal do Ceará, que tem como docente responsável a professora doutora Lorita Marlena Freitag Pagliuca, estudiosa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis. Ela propõe, entre outras atividades da disciplina, o estudo de um modelo para avaliação de teorias e leituras das produções de Afaf Meleis.

Por me aproximar de modo especial com os escritos de Meleis e devido às demais justificativas apresentadas, escolhi o modelo desenvolvido pela autora como o referencial teórico-metodológico deste estudo, o qual apresento, em maiores detalhes, a seguir.

Afaf Ibrahim Meleis nasceu em Alexandria, no Egito, graduou-se em Enfermagem pela Universidade de Alexandria em 1961, obteve o título de Mestre em Enfermagem em 1964 e, em 1966, o de mestre em Sociologia. Em 1969 titulou-

se doutora em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia, em Los Angeles. Atualmente é diretora/decana da Escola de Enfermagem na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, onde também é professora de Enfermagem e de Sociologia. Ela é ainda diretora da Escola do Centro de Colaboração da Organização Mundial da Saúde para a Enfermagem e líder em obstetrícia, entre outras atividades^(Im, 2009; Penn Nursing Science, 2011).

Meleis começou a desenvolver, em meados dos anos 1960, quando trabalhava em seu projeto de doutorado, a Teoria da Transição, que é considerada por Alligood e Tomey⁽²⁰⁰⁹⁾, como uma teoria de Enfermagem e por meio da qual passou a ser também reconhecida^(Im, 2009).

Além de suas atividades acadêmicas e de pesquisa, Meleis recebeu inúmeros prêmios, em reconhecimento ao trabalho que vem desenvolvendo acerca da estrutura e organização do conhecimento de Enfermagem. Entre eles cita-se: medalha de excelência por realizações profissionais e acadêmicas; medalha do Chanceler da Universidade de Massachusetts; doutoramento honorário pela Universidade de Linköping, na Suécia e o prêmio "*The Dr. Gloria Twine Chisum Award*" da Universidade da Pensilvânia, que é concedido para a liderança da comunidade comprometida com a promoção da diversidade (Meleis foi a primeira decana da referida Universidade a receber esse prêmio), entre outros^(Penn Nursing Science, 2011).

Em 2010, ela foi incluída no *hall* da fama da Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, em Los Angeles (UCLA), por seu trabalho no avanço e transformação da ciência de Enfermagem. Meleis ainda orientou centenas de estudantes, médicos e pesquisadores de diversos países, entre eles: Tailândia, Brasil, Egito, Jordânia, Israel, Colômbia, Coreia e Japão^(Penn Nursing Science, 2011).

Meleis é reconhecida mundialmente por suas contribuições para o desenvolvimento teórico da Enfermagem, entre elas, destaca-se seu "Modelo para Avaliação de Teorias", internacionalmente utilizado. Também começa a ser aplicado em várias pesquisas brasileiras, como por exemplo, os estudos de França; Pagliuca⁽²⁰⁰²⁾; Moura; Pagliuca⁽²⁰⁰⁴⁾; Linard; Pagliuca; Rodrigues⁽²⁰⁰⁴⁾; Araújo; Pagliuca⁽²⁰⁰⁵⁾; Araújo; Oliveira; Fernandes⁽²⁰⁰⁵⁾; Rolim; Pagliuca; Cardoso⁽²⁰⁰⁵⁾; Moraes; Lopes; Braga⁽²⁰⁰⁶⁾; Oliveira; Lopes; Araújo⁽²⁰⁰⁶⁾; Oliveira; Pagliuca; Barroso⁽²⁰⁰⁷⁾; Oriá; Ximenes; Pagliuca⁽²⁰⁰⁷⁾; Lúcio; Pagliuca; Cardoso⁽²⁰⁰⁸⁾; Wall⁽²⁰⁰⁸⁾; Barroso; Brito; Galvão; Lopes⁽²⁰¹⁰⁾; e Silva; Valente; Bitencourt; Brito⁽²⁰¹⁰⁾.

Meleis^(2007; 2012) descreve que a avaliação de uma teoria é um componente essencial para a prática de Enfermagem e para o desenvolvimento do conhecimento, pois é capaz de:

- decidir qual teoria é a mais adequada para ser usada como uma estrutura capaz de guiar a pesquisa, o ensino, a administração ou a consulta de Enfermagem;
- identificar teorias eficazes para explorar alguns aspectos da prática ou para guiar um projeto de pesquisa;
- comparar e contrastar diferentes explicações do mesmo fenômeno;
- aumentar o potencial de mudanças construtivas e desenvolvimento da própria teoria;
- identificar abordagens epistemológicas da disciplina por meio da atenção para o contexto sociocultural da teórica e da teoria;
- analisar criticamente e questionar as crenças ontológicas da disciplina;
- identificar as escolas do pensamento (concorrentes e complementares) de uma disciplina;
- efetuar mudanças na prática clínica, definir prioridades de pesquisa e identificar o conteúdo para o ensino e as diretrizes para a administração de Enfermagem;
- utilizar estruturas coerentes e integradoras para comunicar ao público as razões e objetivos da prática de Enfermagem;
- identificar estratégias que podem ser usadas para avançar no desenvolvimento das teorias;
- definir e articular as demandas e perspectivas da disciplina;
- ser um consumidor crítico das teorias, assim como um consumidor crítico da prática baseada em evidências.

Apresento, neste momento, o Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis^(2007; 2012), bem como as etapas que o compõe.

A teórica propõe um modelo que é composto por cinco etapas, denominadas de descrição, análise, síntese, teste e suporte. Apresento, na Figura 2, uma representação gráfica do Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis em suas obras.

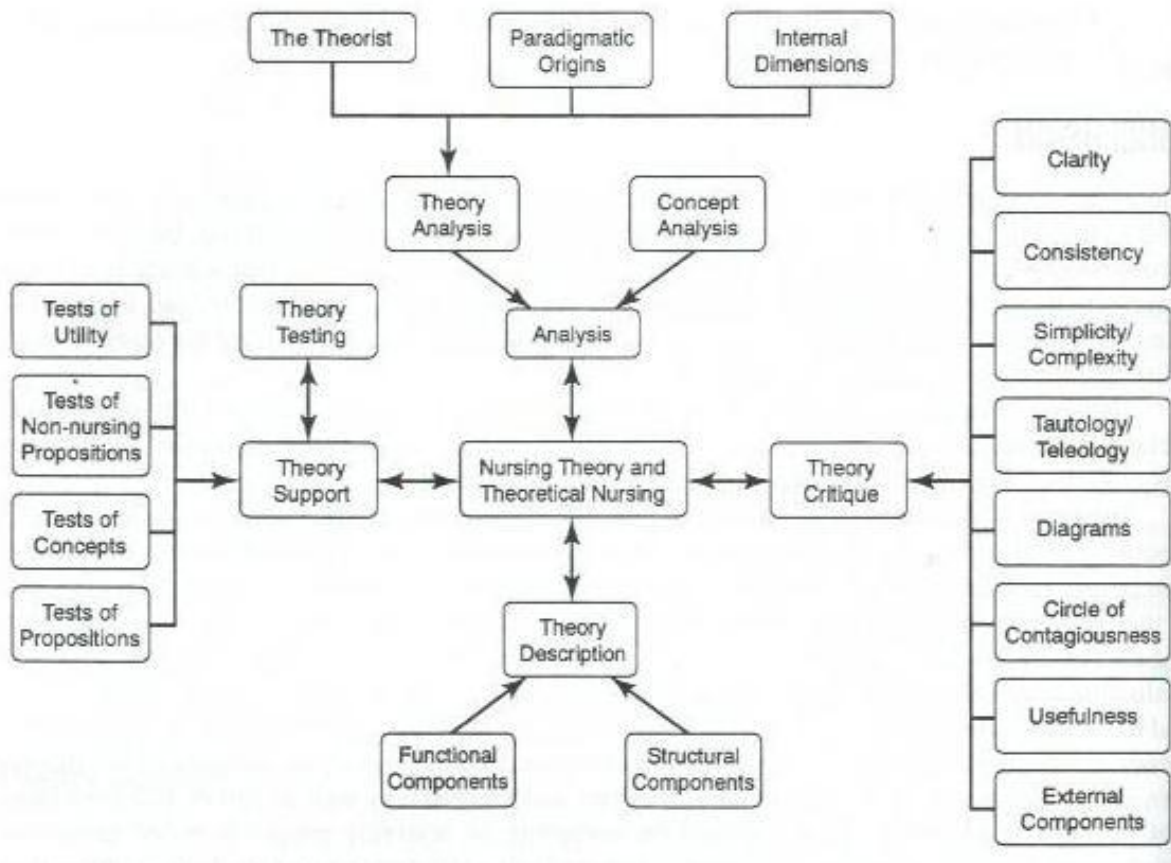


FIGURA 2 - MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS

FONTE: Meleis (2007, p. 269; 2012, p. 204)

A etapa da **descrição** consiste em uma leitura inicial e completa da teoria selecionada, pois esse primeiro contato ajuda a identificar as respostas oferecidas pela teórica para as questões centrais expostas. Tais questões são respondidas por meio das proposições que são consideradas o ponto crucial de uma teoria e, a partir das quais, emergem questões que servirão como guia para a exploração de novos estudos e pesquisas. Identificar as proposições no início da leitura pode ajudar a delinear os pressupostos e os conceitos mais facilmente (Meleis, 2007; 2012).

Porém, esse processo não é linear, mas cíclico. Nele se podem reconhecer os conceitos, as proposições, outros conceitos e hipóteses e assim por diante que remetem aos componentes estruturais da teoria.

Os componentes estruturais são formados então, pelos pressupostos, conceitos e proposições.

Para apresentar os *pressupostos* é importante conhecer que uma teoria começa com um conjunto de dados (ou afirmações) que foram empiricamente testados ou aceitos por outras teorias e/ou pesquisas anteriores. Esses dados ou

afirmações são os pressupostos da teoria que podem evoluir a partir de um ponto de vista filosófico, de posições ideológicas, de considerações éticas, do patrimônio cultural, da estrutura social, ou a partir de hipóteses previamente testadas e apoiadas.

Os pressupostos também refletem os valores da teórica e não são sujeitos a testes pela mesma teoria, mas conduzem a um conjunto de proposições a serem testadas. Eles são a base a partir da qual podemos determinar o ponto de vista da teórica. Meleis afirma que nas teorias de Enfermagem são feitas pressuposições sobre a Enfermagem, o comportamento humano, a vida, a morte, a saúde e a doença^(Meleis, 2007; 2012).

A estrutura interna de uma teoria pode ser mais bem descrita se forem delineados os *conceitos* sobre os quais ela é construída. Para descrevê-los, são utilizadas as seguintes propriedades: clareza, definições conceituais, propriedades observáveis e suas barreiras. Os conceitos também são descritos como: primitivos – aqueles que se originam na teoria em questão, ou seja, são os conceitos introduzidos na teoria como novos e, portanto, definidos dentro da teoria; ou derivados – aqueles que foram derivados de outras teorias e assumem novos significados na teoria que os utiliza^(Meleis, 2007; 2012).

Os conceitos são ainda avaliados pela dimensão concreta-abstrata, em que o grau de generalização de um conceito determina seu nível de abstração. Para Wills e McEwen⁽²⁰⁰⁹⁾ os conceitos são vistos em continuidade do concreto para o abstrato. Em uma extremidade estão os conceitos concretos, com referências empíricas simples, diretamente observáveis, que podem ser vistos, sentidos ou ouvidos. São ainda limitados por tempo e espaço e observáveis na realidade. Na outra extremidade estão os conceitos abstratos, os quais não são claramente observáveis de forma direta ou indireta e independentes de tempo e espaço.

Já uma *proposição* é uma declaração descritiva das propriedades e dimensões de um conceito ou uma declaração que liga dois ou mais conceitos. Elas fornecem à teoria o poder de descrever, predizer ou de explicar. Ao considerar a relação de pressupostos e de proposições, tem-se uma teoria limitada, ou com poder limitado, e ela possui mais pressupostos que proposições. Da mesma forma, se a teoria apresentar maior número de proposições que de pressupostos, ela terá maior poder explicativo^(Meleis, 2007; 2012).

Existem vários tipos de proposições, cada qual com diferentes propósitos. As proposições existenciais são construídas em torno de um fenômeno e, portanto, descrevem e afirmam a existência desse fenômeno.

As proposições relacionais são aquelas com poder de explicação, formuladas para explicar e afirmar algo relacionado com a realidade incorporada na teoria. Possuem dois ou mais conceitos e são capazes de englobar vários tipos de proposições, como as que descrevem a existência de uma relação, as que mostram a sua direção, e aquelas que podem prever a relação, a direção e as condições em que essa relação pode, ou não, ocorrer^(Meleis, 2007; 2012).

Desta forma, este primeiro nível apresentou uma descrição estrutural da teoria, enquanto o próximo a ser abordado, denominado componentes funcionais, envolve a descrição da teoria quanto a sua função, e considera os conceitos do domínio da Enfermagem.

A análise funcional é focada na relação entre os pressupostos da teoria, os conceitos, as proposições e o seu domínio. Como conceitos do domínio, Meleis^(2007; 2012) afirma que a teoria é descrita em torno de questões centrais para a disciplina de Enfermagem, que incluem:

➤A quem se destina a teoria? Esta é a grande questão que determina a função desta. O foco pode estar no cliente, família, comunidade ou sociedade e a meta está na avaliação e na intervenção. O alvo da Enfermagem deve ser o cliente saudável ou doente.

➤Que definições a teoria traz para a Enfermagem, cliente/pessoa, saúde, problemas de Enfermagem, ambiente e interação enfermeira-cliente? As definições são claras e explícitas?

➤A teoria oferece uma ideia clara de quais são as fontes do problema de Enfermagem e se elas se encontram dentro ou fora do indivíduo?

➤A teoria fornece alguma informação sobre a forma de intervenção de Enfermagem? As variáveis a serem manipuladas são bem delineadas? O foco da intervenção é justificável dentro da teoria?

➤Existem diretrizes específicas para as modalidades de intervenção? Existe potencial para a evolução das modalidades de intervenção?

➤Como teoria de Enfermagem, ela fornece orientações para o papel da enfermeira?

➤ Os resultados das ações da enfermeira estão articulados na teoria? Existe um plano para lidar com suas consequências?

A próxima etapa do Modelo de Meleis, é a **análise**, a qual é definida como um processo que identifica as partes e os componentes e os examina frente a uma série de critérios identificados^(Meleis, 2007; 2012). Esta fase inclui análise de conceitos e de teoria.

A análise de conceitos é um processo útil no ciclo de desenvolvimento da teoria, bem como na sua avaliação. Ela pode ocorrer em vários momentos durante o processo de avaliação e desenvolvimento da teoria. Meleis^(2007; 2012) utiliza os passos e as técnicas propostos por Wilson, em 1969, e afirma não ser necessário segui-los na ordem em que aparecem:

➤ *Definição*, identificação e descrição das diferentes dimensões e componentes do conceito. A teórica cita um exemplo de um de seus estudos¹¹ em que propõe o termo “transição” como conceito central e, além de defini-lo, identifica alguns componentes e dimensões desse processo, como: desconexão, percepção da transição e padrões de resposta.

➤ Comparação do conceito com outros que possuem propriedades e dimensões similares para estabelecer limites. A teórica, ao se referir novamente ao termo transição, afirma que é possível diferenciá-lo suficientemente dos conceitos gerais de mudança, a fim de torná-lo útil para alertar as enfermeiras sobre os aspectos relevantes dos contextos de vida dos clientes. Neste caso, o conceito de transição é visto como um caso especial do fenômeno mudança.

➤ Descrição de alguns dos *antecedentes* do conceito, suas *consequências* e a congruência dessa descrição com o que ocorre na prática de Enfermagem. Alguns exemplos de antecedentes do conceito de transição são: doença, recuperação, perda e nascimento. E exemplos de consequências são: a angústia, a alteração no desempenho de papéis (mudanças de comportamento) e a desorientação.

➤ Desenvolvimento, descrição e análise de *exemplares* ou de casos modelo. Essa etapa pode incluir resultados empíricos relacionados ao conceito.

➤ Desenvolvimento, descrição e análise de casos contrários e sua comparação com outros casos, bem como em situações nas quais o conceito

¹¹ Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In: Chinn PL (Ed). Nursing Research Methodology. Bolder, CO: Aspen, 238-9; 1986.

aparece esporadicamente, ou sob um novo conjunto de condições, chamados casos limítrofes (*borderline cases*), os quais também são úteis na análise de conceitos.

O processo de análise de conceito pode incluir uma análise *semântica*, que é a análise do significado linguístico do conceito; uma análise da *derivação lógica*, que inclui o progresso lógico, a identificação, o suporte e a descrição do conceito; e, finalmente, uma análise do *contexto*, que inclui as condições nas quais o conceito se manifesta^(Meleis, 2007; 2012).

A análise de conceitos é um processo que normalmente ocorre no início do ciclo de desenvolvimento e avaliação de uma teoria, enquanto que a análise de teoria, a qual também é um processo, inicia mais tarde, pois envolve variáveis importantes que são capazes de influenciar no desenvolvimento e na estrutura atual da teoria. Ao analisar uma teoria considera-se os seguintes critérios: a *teórica*, a *origem paradigmática* e as *dimensões internas*. Esses aspectos, segundo Meleis^(2007; 2012), contribuem para um melhor entendimento da escolha da questão central da teoria, dos seus objetivos, do seu fenômeno e das estratégias para o desenvolvimento da teoria, além de que tais critérios também preparam para a etapa da crítica.

Uma análise compreensiva da teoria inclui uma consideração cuidadosa com a trajetória da *teórica*, explorando sua experiência, seus antecedentes educacionais (formação), sua atuação profissional e a reconstrução das redes acadêmicas e profissionais que cercaram ou cercam a *teórica*, enquanto ocorria ou ainda ocorre o desenvolvimento da teoria.

A análise desse segmento pode ser realizada de várias maneiras. Uma delas é por meio de revisões de todos os escritos da *teórica* e de tudo o que já foi escrito sobre ela por outros autores. Outra forma é mediante contato com a própria *teórica* ou com seus alunos. Analisar a trajetória da *teórica* poderá auxiliar a clarificar as dimensões internas da teoria, aspecto que será abordado na sequência.

O pensamento teórico na Enfermagem advém de teorias ou de ensaios teóricos da própria disciplina ou provenientes de outros campos de atuação. Ao se analisar uma teoria é preciso se familiarizar com as suas *origens paradigmáticas*. Assim, para identificar o paradigma que a envolve, ou outras teorias que podem ter influenciado seu desenvolvimento, deve-se considerar as referências e a bibliografia fornecida, os antecedentes educacionais e a experiência da *teórica*, além do contexto sociocultural que pode influenciar o desenvolvimento da teoria.

Ao analisar a relação desses componentes, é possível responder a três grandes questões:

- A teoria é derivada e construída sobre um paradigma específico?
- Quais são as origens do paradigma?
- Por que esse paradigma em especial foi usado?

Mais especificamente, sobre qual protótipo de teoria ou paradigma a teórica construiu as estruturas conceituais? Quão amplo é o paradigma original ou a teoria utilizada?

Outras questões a serem consideradas são as seguintes: o paradigma utilizado pela teórica está óbvio para o revisor? Ele é implícito ou explícito? A teórica apresenta uma seleção lógica da teoria ou das partes da teoria em uso? De onde se originam as inadequações teóricas: do protótipo ou da teoria de Enfermagem? Os problemas detectados provêm da teoria original ou são resultados de tradução? A teoria de Enfermagem melhora o protótipo da teoria? Quão congruente ou incongruente é o uso dos componentes do protótipo da teoria com a de Enfermagem? Quão diferentes ou similares são as suas definições? Os objetivos são os mesmos? A justificativa da variação está incluída? Outras teorias de Enfermagem são derivadas desse protótipo? Quais são elas?

Os componentes da estrutura interna agem como guias para descrever uma teoria, conforme citado na etapa anterior (descrição de teoria). Meleis^(2007; 2012) sugere nove *dimensões internas* que auxiliam a delinear possíveis lacunas da teoria, além de facilitar a compreensão das abordagens utilizadas.

➤ A primeira dimensão a ser considerada é a *lógica* sobre a qual a teoria está construída;

➤ A segunda dimensão considera o *sistema de relações* em que se questiona se as relações explicam os elementos ou vice-versa;

➤ A terceira dimensão descritiva é o *conteúdo* da teoria, a qual pode ser classificada em macroteoria ou microteoria. A primeira considera o ser humano em sua totalidade; a segunda é mais limitada e se refere às necessidades do ser humano frente a algum evento, por exemplo, a doença;

➤A quarta unidade é o *início* da teoria, na qual, Meleis^(2007; 2012) ao citar trabalho de Kaplan¹², afirma que esta dimensão analisa o ponto em que a teórica começa a articular as ideias e revela se ela baseia-se em uma teoria da prática de Enfermagem já existente ou em um ideal de prática de Enfermagem. Essa unidade pode ser ainda subdividida em: o início de uma teoria construtiva e o início de uma teoria de princípios.

A teoria construtiva é hipotética e tem a intenção de construir a figura de um fenômeno mais complexo. Ela tende a ser mais completa, clara, adaptável e a considerar as relações hipoteticamente. Pode ser também chamada de teoria dedutiva, pois enfatiza a estrutura conceitual a partir de outra estrutura conceitual. Suas leis estão logicamente inter-relacionadas. A maior crítica às teorias dedutivas é a falta de suporte empírico até que possam ser testadas em pesquisas.

O início da teoria de princípios é mais empiricamente fundamentado, ou seja, foi uma descoberta^(Wall, 2008). Ela é mais analítica e se atém mais ao que "é" do que ao "deve ser". É uma teoria mais perfeita e melhor embasada. Também é chamada de teoria de início indutivo, pois consiste, essencialmente, de declarações sumárias ou de relações empíricas^(Meleis, 2007; 2012).

➤A quinta dimensão descrita é o *escopo* da teoria, sua importância na descrição da capacidade e da aptidão de uma teoria. A questão básica a ser considerada nessa unidade é: quantos problemas básicos de Enfermagem ou quais de suas especialidades podem ser alcançados pela mesma teoria? As teorias que apresentam amplo escopo são denominadas de teorias de grande porte, já as que exprimem domínio simples, ou domínio único (*single-domain theories*) referem-se a fatores e princípios únicos, abstratos e isolados.

Meleis^(2007; 2012) cita Robert Merton como um defensor das teorias de médio alcance, e considera que este tipo de teoria possui um número limitado de variáveis, tem um foco substantivo particular, enfoca aspectos restritos da relação, é mais susceptível a testes empíricos e pode ser consolidada em teorias mais amplas.

➤A sexta questão a ser considerada é a *meta* ou o *objetivo* da teoria. Para isso, é preciso responder as seguintes questões: por que a teoria foi desenvolvida? Quais são suas finalidades e intenções? Teorias são construídas para descrever,

¹² Kaplan A. the conduct of inquiry: Methodology of behavioral science. San Francisco: Chandler; 1964.

explicar, prever e prescrever. Uma teoria descritiva oferece informações relacionadas ao fenômeno, sem fazer consideração ou relação e nem nos dizer o que esperar desse fenômeno no futuro. Quando existe articulação e descrição das relações entre conceitos derivados, a teoria torna-se explicativa. Já uma teoria preditiva abrangerá, em suas proposições, os termos "se ... então". Meleis^(2007; 2012) afirma ainda que prescrever é um dos objetivos finais da Enfermagem, portanto, a prescrição deve ser outra meta da teoria. Dessa forma, neste momento da história do desenvolvimento da teoria de Enfermagem, Meleis^(2007; 2012) acredita ser essencial que as teorias apresentem cada uma das metas descritas.

➤A sétima dimensão é o *contexto* da teoria, no qual o fenômeno central é explicitado. Meleis^(2007; 2012) cita Johnson¹³, e este chama a atenção para a necessidade das teorias de Enfermagem direcionarem para o conhecimento da ordem, da desordem, do controle e do processo.

O conhecimento da ordem aborda os fenômenos nos quais os objetos, os eventos e as interações de um contexto saudável são importantes^(Wall, 2008). Esse tipo descreve regularidades em tais fenômenos, o estado normal e natural das coisas.

O conhecimento da desordem reconhece um contexto de desordem dentro do qual as enfermeiras atuam. O conhecimento de controle descreve um curso de ações que, quando implementadas, podem mudar a sequência de eventos para uma forma desejada. Meleis^(2007; 2012) cita ainda o conhecimento do processo, que inclui o processo de Enfermagem e a interação paciente-enfermeira.

➤A oitava dimensão de análise da teoria é a *abstração* e é avaliada pela extensão da redução e dedução entre as suas proposições. Uma teoria altamente abstrata requer mais passos para ser reduzida, ou seja, para conectar os termos teóricos com termos observáveis (transformar algo complexo em algo mais simples, segundo Michaelis⁽²⁰⁰⁸⁾: "simplificação"). Uma teoria com alta abstração é uma teoria com amplos espaços entre suas proposições e o esquema conceitual, os quais são muito distantes da realidade, mas ainda pertencentes a ela.

➤A nona e última dimensão de análise de teoria refere-se ao *método* de desenvolvimento da teoria, que deve ser cuidadosamente analisado. Meleis^(2007; 2012) cita a proposta de Barnum, descrita em 1998, composta por quatro métodos para o desenvolvimento de teorias: dialético, lógico, problemático e operacional.

¹³ Johnson DE. The nature of a science of nursing. Nursing Outlook. 1959; 7(5):291-4.

O método dialético é baseado no processo dialético proposto por Hegel. Enfatiza a relação do todo com as partes, em que o todo explica as partes e cada parte é um todo explicando outras partes. O método dialético abrange contradições, justaposições e dilemas, mas envolve uma ordem que advém da interação de todos esses fatores.

No método lógico, as partes são organizadas para descrever o todo sistematicamente e categoricamente. O processo de Enfermagem é ordenado em uma sequência lógica. Uma teoria dessa natureza oferece uma descrição de cada parte, em que o todo é mais e diferente que a soma de todas as partes.

Já o método problemático, é organizado em torno dos problemas de Enfermagem, e o método operacional é constituído a partir de métodos de intervenção e diagnósticos diferenciais. Esses dois últimos métodos descritos utilizam a experiência para o desenvolvimento de teorias e, em ambos, o agente é parte do método.

Iniciando a terceira etapa do Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis^(2007; 2012), apresenta-se a **crítica** da teoria. A autora inicia apresentando a definição de crítica com base no dicionário de Webster, que define crítica como um exame crítico ou estimado de algo ou situação com o objetivo de determinar a natureza e a limitação ou suas conformidades com padrões estabelecidos. Para isso, diversos critérios são essenciais na crítica da teoria, como: relação entre estrutura e função, diagrama da teoria, círculo de adesão (ou círculo de contágio), utilidade e componentes externos.

Relação entre estrutura e função

A crítica de uma teoria considera a relação entre a estrutura e a função, a qual é realizada mediante avaliação crítica e julgamento da relação entre os diferentes componentes, como: pressupostos, conceitos, proposições e domínio dos conceitos. No entanto, ao fazê-lo, o crítico não pode julgar a lógica inerente ao desenvolvimento de uma teoria dialética pelos mesmos critérios utilizados quando julga uma teoria lógica, pois, Meleis^(2007; 2012) afirma que o método utilizado é que dita a crítica. Vários outros critérios podem ser considerados nessa fase: clareza, consistência, simplicidade/complexidade e tautologia/teleologia.

A *clareza* denota precisão de limites, comunica um sentido de ordem, nitidez de significado e consistência através da teoria. A clareza é demonstrada em

pressupostos, conceitos e proposições, bem como nos conceitos de domínio. A clareza nos conceitos é observada nas definições teóricas e operacionais que são consistentes em toda a teoria, apresentadas de forma parcimoniosa e compatíveis com os pressupostos teóricos e proposições. Algumas questões ajudam a determinar a clareza dos conceitos:

- Os conceitos são operacionalmente definidos?
- Os conceitos têm validade de conteúdo e de construção?

A clareza das proposições é manifestada por meio de sua apresentação coerente e lógica e pela relação sistemática entre as proposições e os conceitos da teoria.

Os limites entre a clareza e a *consistência* não são facilmente determinados. O grau de congruência existente entre os diferentes componentes de uma teoria descrevem sua consistência. O ajuste entre pressupostos e definições de conceitos, entre conceitos e seu uso nas proposições, e entre os conceitos e os exemplos práticos, são considerados os determinantes para avaliar a consistência de uma teoria.

Outro critério é o nível de *simplicidade/complexidade*. Meleis^(2007; 2012) ao citar publicação de Ellis¹⁴, coloca que, quanto mais fenômenos a teoria considerar, quanto mais relações ela puder gerar, mais complexa a teoria será. A simplicidade de uma teoria é mais desejável se ela se concentra em menos conceitos e relações, o que aumenta sua utilidade. A complexidade de uma teoria pode ser um critério desejável se estimular o aumento de explicações e previsões que a teoria oferece. Níveis de complexidade e simplicidade de uma teoria correspondem ao estágio de seu desenvolvimento. Algumas situações de Enfermagem requerem alto grau de complexidade e acessibilidade menos empírica, enquanto outras situações requerem um número limitado de elementos, refletindo sua simplicidade.

A clareza, a consistência e a simplicidade ou complexidade de uma teoria também são descritas por meio da tautologia e teleologia. Uma avaliação geral da *tautologia* é feita considerando a repetição desnecessária de uma ideia em diferentes partes da teoria. Dessa forma, a tautologia diminui a clareza de uma teoria.

¹⁴ Ellis R. Characteristics of significant theories. *Nursing Research*. 17(3): 217-22; 1968.

A *teleologia* ocorre quando a definição de conceitos, condições e eventos ocorre por consequência em vez de propriedades e dimensões, ou seja, ao invés da teórica definir um conceito, apenas afirma que tal conceito é consequência, ou derivado de outro, sem defini-lo explicitamente. Quando se define um conceito por consequência somente, a teórica introduz novos conceitos para definir os já existentes. Esta prática leva os novos conceitos a ficarem sem definição. A teleologia é outra dimensão na relação entre estrutura e função. Outras questões surgem a esse respeito:

- A teoria tem coerência lógica?
- As definições dos fenômenos de Enfermagem são concisas?
- É uma teoria teleológica?

Diagrama da teoria

A representação visual reforça a clareza de uma teoria ou de um modelo. Algumas questões relacionadas a esse componente são:

- A teoria foi apresentada visualmente e graficamente?
- A apresentação gráfica reforçou o entendimento (facilitou a compreensão) dos diferentes componentes da teoria?
 - Quão clara é a representação visual? Ela é uma representação precisa do texto? Ela contém os principais conceitos? A relação entre eles é clara? Os sentidos de ligação estão indicados?
 - A representação é lógica? Existem sobreposições? Existem lacunas?
 - A representação substitui palavras e explicações, ou elas são complementares?
 - O diagrama é claro e bem definido?
 - Existe correspondência entre o diagrama e os conceitos e as proposições do texto?
 - O diagrama reforça o entendimento do texto?

Círculo de adesão

O teste final de qualquer teoria é sua utilização por outros profissionais da área. Essa unidade de análise se refere à localização geográfica e ao tipo de instituição que aplica a teoria de Enfermagem, pois, normalmente, elas têm sido empregadas dentro das áreas geográficas de onde emanaram. Meleis^(2007; 2012) cita,

como exemplo, a teoria de Rogers e de Johnson, sendo a primeira utilizada na Universidade de Nova York e a segunda na Universidade de Los Angeles, e ambas são testadas pelos alunos dessas duas teóricas. Dessa forma, quando a teoria começa a ultrapassar as fronteiras de seu local de origem, seu círculo de adesão se expande e pode-se inferir que ela está sendo aceita sem a influência da teórica.

A crítica deve rever a literatura, os índices e as citações para responder as seguintes questões:

- Onde a teoria tem sido desenvolvida e onde é utilizada?
- Em que instituições e áreas geográficas a teoria tem sido utilizada?
- Qual é a sua utilização? Na pesquisa, educação/ formação, administração, prática clínica/ cuidados?
- Quanto influente foi a teórica no incentivo a implementação da teoria?
- Onde a teoria foi introduzida pela primeira vez?
- O que aconteceu nesse ínterim?
- A teoria tem sido considerada e utilizada *cross*¹⁵ e transculturalmente?

A crítica do círculo de adesão é feita em conjunto com a utilidade da teoria, que será o próximo item a ser abordado.

Utilidade

Meleis^(2007; 2012) baseando-se em trabalho de Roper, Logan e Tierney, publicado em 1996, descreve que a crítica da utilidade de uma teoria abrange quatro áreas: o potencial de seu uso na prática, na pesquisa, na educação/formação e na administração.

Uma completa revisão e avaliação de uma teoria precisa considerar seu potencial para operacionalização e utilização no cuidado de Enfermagem. O profissional que aplica uma teoria em alguma área *prática*, precisa avaliá-la nos seguintes termos de suas funções: objetivos/metas, consequências e seu potencial para uso na prática.

¹⁵ Meleis^(2007; 2012) refere, originalmente, a palavra “*cross-culturally*”, a qual foi aqui traduzida como culturalmente transposta, atravessada, cruzada. Desse modo, ao se referir ao círculo de adesão da teoria, pode-se questionar sua capacidade de atravessar culturas, de ser culturalmente transposta^(Password, 2002).

Portanto, a teoria deve ser capaz de responder a algumas questões ou ter uma estrutura que ajude os profissionais a respondê-las:

- A teoria prevê um direcionamento para a prática?
- A teoria apresenta uma estrutura para prescrição?
- A teoria contém noções abstratas que não são aplicáveis na prática?
- O nível de abstração ou de entendimento influenciam a aplicabilidade da teoria?
- A teoria envolve todas as áreas da Enfermagem? Deveria ser tão abrangente?
- A teoria está atualmente em vigor na prática? Paga-se para aplicá-la? Seu custo-benefício é viável?
- A teoria é oportuna para a prática de Enfermagem?
- A teoria tem relevância para a Enfermagem praticada atualmente?
- Como a teoria se ajusta ao processo de Enfermagem?
- A teoria é compreensível para os profissionais de Enfermagem? Eles compreendem claramente sua linguagem?
- Como a teoria se relaciona com os grupos de diagnóstico de Enfermagem? De que forma ela é transponível para uma tecnologia existente ou para uma proposta de informação ou sistema?

Meleis⁽²⁰¹²⁾ destaca, em seu último livro, uma questão proposta por Reed no ano de 2008, a qual se refere a um teste de adequação pragmática das teorias de Enfermagem. Tal adequação está relacionada com a capacidade da teoria em informar às enfermeiras sobre experiências da saúde humana, como o bem estar ou a adversidade. Propõe também que as teorias de desenvolvimento podem ser influenciadas por circunstâncias adversas, dependendo de como a ciência é definida no momento de sua construção. Além disso, considerando que a teoria lida com as experiências dos pacientes e esses fornecem orientações para modificações na teoria, estes são pontos importantes a serem avaliados.

A crítica da utilidade da *pesquisa* inicia afirmando que a razão de ser (*raison d'être*) das teorias é guiar e ser guiada pela pesquisa. Assim, a crítica de uma teoria inclui questões relacionadas à avaliação do potencial de testabilidade, consistência e preditabilidade de uma teoria. Além disso, os conceitos e proposições devem ser relacionados de maneira consistente a um conjunto sistemático de dados observáveis ou testáveis.

Embora o objetivo da investigação não seja estabelecer a verdade absoluta das proposições teóricas, é essencial que ela comece a indicar um grau de confiança com base em evidências empíricas. Portanto, na unidade que avalia a utilidade na pesquisa de uma teoria, algumas perguntas devem ser respondidas:

➤ Quais foram as proposições pesquisadas na teoria? Essas proposições eram centrais ou periféricas?

➤ A pesquisa foi realizada para conferir validade dos conceitos ou de relações?

➤ A teoria utilizada testou proposições ou interpretou seus resultados?

➤ Os pressupostos da teoria foram considerados na escolha da metodologia?

Outras questões ainda são expostas por Meleis^(2007; 2012):

➤ A teoria foi construída a partir de pesquisas anteriores?

➤ A pesquisa realizada utilizou a teoria? Quais proposições foram testadas por essa pesquisa?

➤ Como é possível reproduzir a pesquisa?

➤ Os resultados encontrados são generalizáveis?

➤ Qual o *design*/tipo de pesquisa utilizado? Por quê? Quão apropriado ele é?

➤ Estudos prescritivos e preditivos (experimental e quase experimental) podem ser realizados a partir da teoria?

➤ Os resultados da pesquisa são relevantes para outros campos ou áreas de atuação?

➤ A pesquisa com determinada teoria é usada apropriadamente?

➤ São as teorias que estabelecem quais pesquisas devem ser desenvolvidas para que se confirmem suas proposições centrais?

➤ Houve verificação empírica de suas propriedades?

➤ Quão consistentes são suas proposições com outras teorias e leis?

➤ Há evidências para comprovação?

O potencial de investigação ou de testabilidade de uma teoria não deve ser levemente criticado. Meleis^(2007; 2012) cita Berthold¹⁶ e Ellis¹⁷ que destacam os critérios finais para a avaliação da utilidade de uma teoria: gerar previsões acerca de eventos ou proposições relevantes e estimular novas observações e ideias que possam vir a ser corroboradas. Assim, as unidades de análise para a testabilidade são definições teóricas e operacionais, proposições teóricas, pesquisas em andamento e pesquisas concluídas.

Com relação à utilidade na *educação*, Meleis^(2007; 2012) não apresenta unidade de análise, apenas descreve que o desenvolvimento das teorias de Enfermagem aconteceu simultaneamente ao avanço dos cursos e currículos de Enfermagem que buscavam oferecer diretrizes para a estrutura do conhecimento e para a prática da disciplina^(Wall, 2008).

O uso da teoria de Enfermagem na *administração* é considerada nos termos da estrutura e organização do cuidado. As teorias devem ter potencial para guiar e descrever os cuidados de Enfermagem, porém não se espera que elas forneçam ao administrador um guia para a administração ou um estilo de liderança. Algumas questões precisam ser consideradas:

- A teoria auxilia no sistema de classificação de pacientes?
- Quão congruente é a missão de Enfermagem articulada pela teoria com a missão articulada por diferentes organizações de Enfermagem?
- A teoria fornece algum guia específico para sua implementação em escala organizacional? Ela fornece assistência na determinação de critérios para o controle de qualidade?

Ao tratar sobre esse critério, Meleis^(2007; 2012) cita Buchanan¹⁸ que inclui a congruência da teoria nas leis do exercício profissional, bem como com as normas institucionais estipuladas em cada país.

¹⁶ Berthold FS. Symposium on theory development in nursing. *Nursing Research*, 17(3): 196-7; 1968.

¹⁷ Ellis R. Symposium on theory development in nursing. Characteristics of significant theories. *Nursing Research*, 17(3): 217-22; 1968.

¹⁸ Buchanan BF. Conceptual models: an assessment framework. *Journal of Nursing Administration*, 17(10):22-6; 1987.

Componentes externos

Finalmente a teoria é criticada com base em seus critérios externos, que são: valores pessoais, congruência com os valores de outros profissionais, congruência com os valores sociais e significado social.

Os *valores pessoais* se referem ao reconhecimento dos valores inerentes às teorias (implícitos) e os explícitos a ela. A consideração crítica dos valores deve também contabilizar os valores da teórica e os da pessoa responsável pela crítica da teoria. Neste sentido, o ajuste entre os valores pessoais e profissionais da teórica e os do crítico é considerado.

No que concerne a *congruência com os valores de outros profissionais*, os profissionais da saúde, de modo geral, são capazes de melhorar o atendimento ao paciente por meio da colaboração e complementaridade do sistema de valor. A consciência de complementaridade aumenta o potencial do desenvolvimento de um esquema de trabalho colaborativo capaz de eliminar as lacunas profissionais.

Já a *congruência com valores sociais*, verifica se a teórica observou as crenças, os valores e as expectativas de diferentes sociedades e culturas, as quais definem o tipo de teoria mais útil para o cuidado de Enfermagem a ser realizado. Algumas questões:

➤ O papel da enfermeira, segundo o modelo, é congruente com o papel da enfermeira percebido pela sociedade?

➤ As ações e os resultados de Enfermagem (com base em uma teoria) são congruentes com a expectativa da sociedade?

Para descrever o *significado social*, Meleis^(2007, p. 264; 2012, p.199) cita duas publicações de Johnson¹⁹ que referem

um crítico deve perguntar filosoficamente se o objetivo e as consequências da teoria fazem uma diferença substancial e valiosa na vida das pessoas (deve-se considerar as questões a partir da perspectiva dos clientes e a partir da perspectiva de outros profissionais da saúde). O crítico também deve perguntar se consequências intencionais e não intencionais são cuidadosamente consideradas.

¹⁹ Johnson DE. Development of theory: a requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, 23(5): 372-7; 1974.

_____. Evaluating conceptual models for use in critical care nursing practice. *Dimensions of Critical Nursing Care*, 6(4): 195-7; 1987.

Assim, uma teoria leva em consideração a expectativa da sociedade frente ao trabalho da Enfermagem, o que aquela sociedade espera desse profissional, qual o seu papel e significado social.

A quarta etapa do Modelo de Avaliação de Teorias desenvolvido por Afaf Meleis é o **teste** da teoria que é estimado apenas como um componente de uma avaliação abrangente das teorias da disciplina. É considerado um processo sistemático que submete proposições teóricas ao rigor da pesquisa em todas as suas formas e abordagens, e, conseqüentemente, o uso dos resultados para modificar ou refinar as proposições da pesquisa^(Meleis, 2007; 2012).

A etapa do teste da teoria presume uma relação cíclica completa entre teoria-pesquisa-teoria. Não é um processo estático, nem um resultado final, é um processo dinâmico que se inicia com o desenvolvimento da teoria, continua com os testes e mais desenvolvimento da teoria, parando durante o tempo suficiente para que possa refletir e reiniciar o ciclo novamente.

Em estudo divulgado pela teórica no ano de 1995, Meleis propõe que seis princípios sejam atentados na etapa do teste da teoria, os quais são usados para julgar a adequação dos testes aplicados às teorias. São eles: sensibilidade do teste ao gênero; diversidade populacional aplicada na teoria; se a teoria foi ou não testada em populações consideradas vulneráveis e marginalizadas; se as perguntas proferidas e os métodos refletem competência cultural; se o teste da teoria foi feito em nível nacional ou internacional; e qual filosofia de cuidados à saúde forneceu uma estrutura para o teste, ou seja, se se trata de cuidados curativos ou de cuidados primários à saúde^(Meleis, 2007; 2012).

Ao longo da história, pesquisadores usaram seis abordagens diferentes para testar as teorias de Enfermagem. São elas:

➤ Teste da utilidade da teoria: pesquisas desenvolvidas para avaliar o uso da teoria na prática; no ensino ou na administração recaem sobre esta categoria. As unidades de análise são: enfermeiras, professores, estudantes e administradores. Sua intenção é determinar a viabilidade do uso da teoria e testar a habilidade do acadêmico em recordar, compreender, avaliar e utilizar a teoria. Os resultados mostram que esses testes estão mais relacionados às teorias cognitivas ou educação de adultos do que para as teorias de Enfermagem.

➤ Teste de proposições desenvolvidas em outras disciplinas: pesquisas nesta categoria são designadas para testar proposições advindas de teorias desenvolvidas

em outras disciplinas. Testes relacionados à utilização da teoria também recaem nessa categoria, pois avaliam proposições advindas de teorias da educação, teoria de sistemas, teoria de adaptação, teoria de papéis e teoria do estresse. Um exemplo a ser considerado nessa abordagem é a teoria de Maslow.

➤ Teste de proposições de outras disciplinas relacionadas com a Enfermagem: pesquisas nessa categoria envolvem, mais especificamente, teste de proposições relacionadas ao fenômeno da Enfermagem ou que sejam de interesse dessa disciplina. Meleis^(2007; 2012) cita como exemplo estudos concebidos para testar a tensão de papel na faculdade de Enfermagem e em mulheres, e outros baseados na teoria de papel e para testar conceitos de outras disciplinas.

➤ Teste de conceitos de Enfermagem: as pesquisas nessa categoria estão designadas para desenvolver conceitos mensuráveis pela identificação de variáveis correspondentes. O objetivo do teste é desenvolver um meio válido e confiável pelo qual o conceito é testado. Meleis^(2007; 2012) ao citar Diers²⁰, afirma que validade significa que o instrumento, a ferramenta ou o meio pelo qual o conceito é medido, de fato o mede, e a dimensão em que é usado fornece dados compatíveis com outras evidências relevantes. A confiabilidade significa que esses instrumentos, de forma consistente, medem sempre o mesmo conceito. O desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis, de ferramentas ou de meios pelos quais os conceitos podem ser medidos é uma das prioridades no desenvolvimento e teste de teorias de Enfermagem.

➤ Teste de proposições de Enfermagem: a pesquisa nessa categoria designa o teste de proposições teóricas derivadas de teorias de Enfermagem. Elas são consideradas de três tipos:

- *proposições existenciais*: são aquelas que relacionam dois ou mais conceitos para mostrar sua existência. A pesquisa destinada a testar proposições existenciais demonstra que dois conceitos existem concomitantemente. Os testes correlacionais são os modelos analíticos mais adequados para este tipo de pesquisa.

- *proposições preditivas*: testes designados para explorar proposições preditivas demonstram os efeitos de um conceito sobre o outro. Tais proposições são modeladas a partir da questão: “O que acontecerá se...?” Meleis^(2007; 2012) cita um

²⁰ Diers D. Research in nursing practice. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1979.

exemplo: “O que aconteceria se pacientes tivessem a oportunidade de expressar seus sentimentos de ansiedade antes da cirurgia?”

- *proposições prescritivas*: pesquisas designadas para testar intervenções de Enfermagem usam princípios da pesquisa avaliativa. Seu objetivo é descobrir o quão eficaz é a intervenção para se alcançarem os objetivos desejados. Esse tipo de proposição pode ser considerada como interventiva, enquanto as anteriores são observacionais.

➤ Teste por meio de interpretação: as teorias também são testadas ao utilizá-las como uma estrutura para interpretações, as quais podem apoiar, refinar/aperfeiçoar ou ampliar uma teoria.

Finalizando o processo de apresentação do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis, apresenta-se a última fase, denominada **suporte** da teoria. Este componente avalia a extensão da aceitação da teoria e identifica uma comunidade de estudiosos que está usando a teoria em seu próprio local de trabalho ou em outras variadas situações.

Esta fase é mais ampla que a anterior e aceita formas alternativas de validação de teoria, além de ser mais congruente com a natureza da disciplina. Na avaliação de uma teoria não deve ser considerado apenas a validação de uma teoria, mas também seus componentes. É necessário que experiências individuais de pessoas que receberam cuidados de Enfermagem baseados em certa teoria sejam considerados, bem como as daqueles que a prestaram. Assim, depoimentos, exemplos e histórias são utilizados como testes de credibilidade de uma teoria e podem reforçar a sua validade^(Meleis, 2007; Wall, 2008; Meleis, 2012).

Para avaliar o suporte de uma teoria é preciso aceitação de declarações, adaptação de alguns problemas centrais na disciplina e reconhecimento de novos *insights* sobre os fenômenos de Enfermagem. O suporte de uma teoria também é obtido mediante redes formadas para avaliar o potencial da teoria e sua capacidade, e por determinação de critérios que podem confirmar e sustentar uma teoria.

Meleis^(2007; 2012) acredita que profissionais da prática e do ensino, considerados como pesquisadores, podem sustentar as teorias por meio de algumas abordagens. A seguir estão algumas maneiras diferentes pelas quais o suporte de uma teoria é determinado:

- Oferecer suporte à teoria de Enfermagem mediante *análise filosófica*;
- Oferecer suporte à teoria de Enfermagem mediante *análise conceitual*;

- Oferecer suporte à teoria de Enfermagem por meio de *dados existentes*;
 - sínteses analíticas de estudos que aplicaram a teoria;
 - metanálise baseada nos componentes da teoria;
 - banco de dados regionais e nacionais;
- Oferecer suporte à teoria de Enfermagem mediante *dados novos*;
 - estudos narrativos baseados em experiências clínicas, avaliação de clientes, situações e uso terapêutico;
 - estudos interpretativos baseados na experiência de clientes;
 - estudos preditivos (que predizem) sobre o estresse e bem estar;
 - estudos que sustentam a utilidade da terapêutica de Enfermagem bem como futuros estudos sobre teorias que predizem.

Após profunda análise da proposta descrita por Meleis^(2007; 2012), apresento um mapa mental elaborado a partir da descrição das etapas que compõem o Modelo de Avaliação de Teorias proposto pela autora (FIGURA 3), mediante o uso do programa *freemind*®, de acesso gratuito, que permite criar, organizar e aperfeiçoar mapas e diagramas.

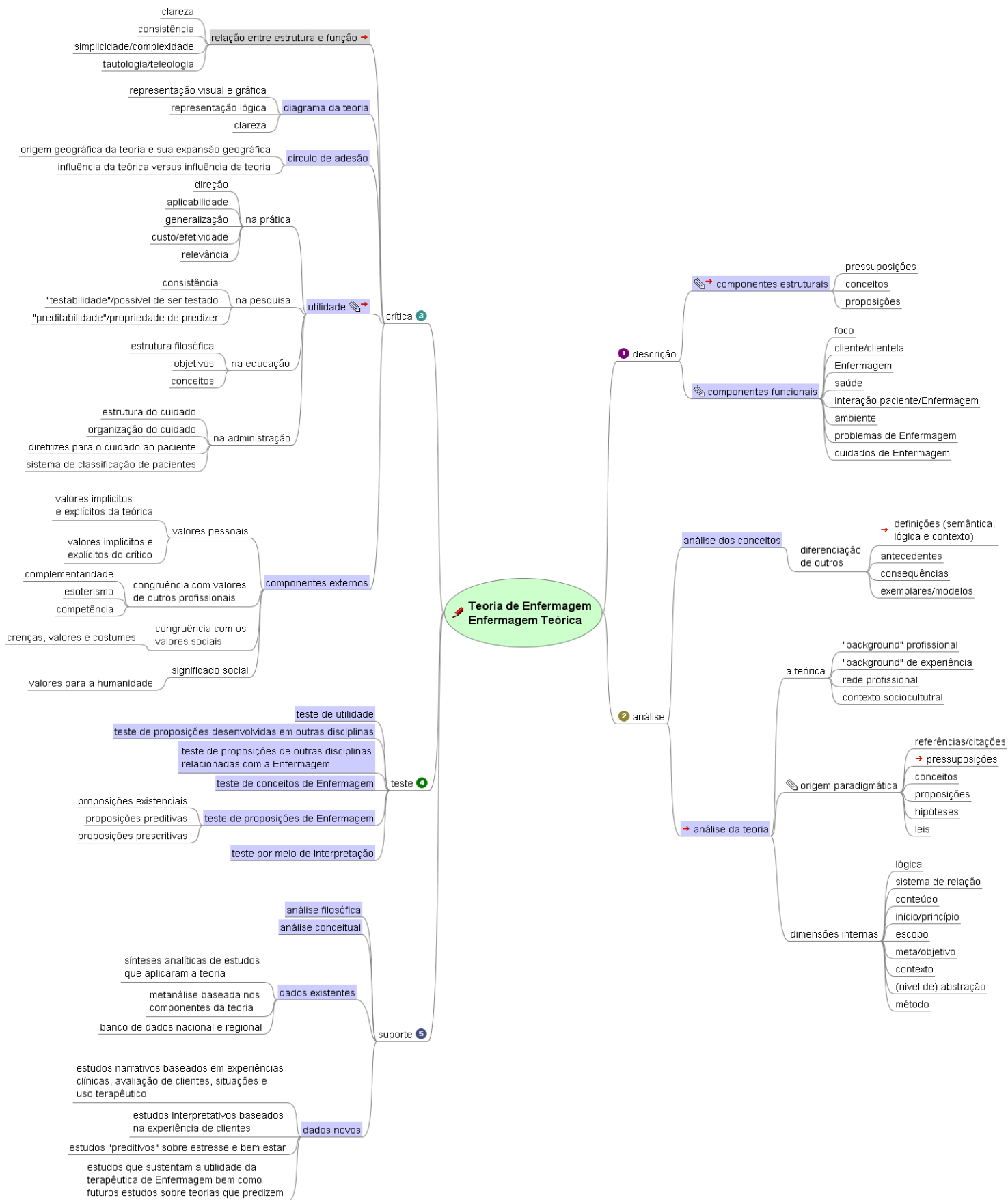


FIGURA 3 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS

FONTE: Favero⁽²⁰¹²⁾ a partir de Meleis^(2007; 2012)

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo teórica.

A pesquisa teórica é aquela “dedicada a reconstruir teorias, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos e, em termos mediatos, aprimorar práticas”^(Demo, 2000, p. 20). Em outra obra mais recente, o autor refere que a pesquisa teórica “é aquela que monta e desvenda quadros teóricos de referência [...], que são contextos essenciais para o pesquisador movimentar-se”^(Demo, 2006, p. 23), e aí se encontra a significativa importância desse tipo de pesquisa.

Alguns procedimentos são fundamentais para a formação de um quadro teórico de referência, tais como: domínio dos clássicos de determinada disciplina que trazem o acumulado de conhecimento, as polêmicas, o ambiente atual da discussão em torno do assunto; domínio da bibliografia fundamental que possibilita tomar conhecimento da produção existente, aceitá-la, rejeitá-la e com ela dialogar criticamente; e imaginação crítica, por meio da qual se inicia a discussão como caminho básico do crescimento científico^(Demo, 2006).

Dessa forma, a pesquisa teórica não implica imediata intervenção na realidade, mas não se torna menos importante por isso, pois o seu papel é determinante na criação de condições para a intervenção. Esse tipo de pesquisa trata de desconstruir teorias para reconstruí-las em outro momento e em outro patamar^(Demo, 2000).

Outros autores descrevem a pesquisa teórica ou básica como aquela que “é realizada para acumular informações expandindo a base de conhecimentos de uma disciplina para melhorar sua compreensão, ou para formular ou refinar uma teoria”^(Polit; Beck; Hungler, 2004, p. 36).

Para Ruiz⁽²⁰⁰²⁾, a pesquisa teórica objetiva ampliar generalizações, definir leis mais amplas, estruturar sistemas e modelos teóricos, relacionar e enfeixar hipóteses em uma visão mais unitária do universo e gerar novas hipóteses por força

de dedução lógica. Além disso, supõe considerável capacidade de reflexão e de síntese, a par do espírito de criatividade.

A pesquisa qualitativa é aquela em que os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o desenvolvimento do projeto, sem estar pré-elaborados. O pesquisador qualitativo examina e interpreta os dados continuamente e toma decisões sobre como prosseguir com base no que já foi descoberto. Mas, embora as decisões não sejam especificadas antecipadamente, normalmente o pesquisador prevê o planejamento que pode sustentar o delineamento emergente. Assim, o pesquisador qualitativo planeja em vista de várias circunstâncias, mas as decisões práticas só poderão ser tomadas à medida que o contexto e as interações forem melhor entendidas^(Polit; Beck; Hungler, 2004).

6.2 OBJETO DE ESTUDO

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo exaustivo do Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, com o intuito de transformá-lo em um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, o qual é o objeto dessa pesquisa. Assim, após a descrição do marco referencial para o cuidado de Enfermagem transpessoal no contexto domiciliar, apresentado no capítulo 4, propôs-se, a partir desses dados e com base em algumas etapas que compõem o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis^(2007; 2012), descritas a seguir, promover o avanço do Processo de Cuidar em um modelo de cuidado.

Desta forma, o Modelo proposto por Meleis^(2007; 2012) e utilizado como referencial teórico-metodológico, constituiu a ferramenta necessária que auxiliou a apontar estratégias e caminhos a serem seguidos para analisar o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, com o intuito de avançar em seu conhecimento, a fim de transformá-lo em um modelo de cuidado.

Como o Processo de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ é fundamentado na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, e mais do que isso, é por meio desse Processo que a doutora Maria Lacerda propõe a aplicação do cuidado transpessoal pelas enfermeiras durante a realização de suas ações aos clientes em cuidado domiciliar, tornou-se imprescindível incluí-la como referencial teórico deste estudo, pois toda a

construção a ser realizada precisou estar alicerçada nos conceitos e premissas sustentadas pela teórica americana.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Com base no capítulo VII da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa”^(CNS, 1996). Porém, para a realização deste estudo não foram envolvidos seres humanos, visto que o Processo de Cuidar que pretendeu-se transformar em um modelo de cuidado trata-se do resultado de uma pesquisa que passou por processo de defesa pública e está disponível publicamente na íntegra, ou por meio de artigos científicos publicados.

Desse modo, não se fez necessário a aprovação em um comitê de ética e pesquisa, como também, pelo caráter público da referida proposta não se fez necessário documento de autorização para a utilização dos dados por parte de sua autora.

6.4 ANÁLISE DO ESTUDO

A construção do conhecimento com a utilização da pesquisa qualitativa é fundamentada no emprego de referenciais teóricos e metodológicos capazes de nortear todas as fases do estudo. O referencial teórico escolhido pelo pesquisador permeia o conteúdo do estudo e o referencial metodológico é o responsável por guiar o pesquisador para a coleta e análise dos dados do estudo. A opção por esses referenciais deverá satisfazer a busca do investigador pelo seu objeto de pesquisa. Compatibilizar e inter-relacionar o referencial teórico e metodológico é tarefa do estudioso que adota a pesquisa qualitativa^(Praça; Merighi, 2003).

Assim, foi analisado o que é de domínio de um modelo de cuidado mediante a utilização do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis^(2007; 2012) e aplicado no

Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, resultando na construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar.

Explicito, a seguir, a análise dos dados baseada nas etapas de descrição, análise, crítica e teste, além das subetapas selecionadas para este fim, as quais permitiram o alcance dos objetivos propostos. Para uma melhor visualização, a Figura 4 apresenta graficamente, a partir do Modelo descrito por Meleis^(2007; 2012), as etapas selecionadas e utilizadas nesta pesquisa.

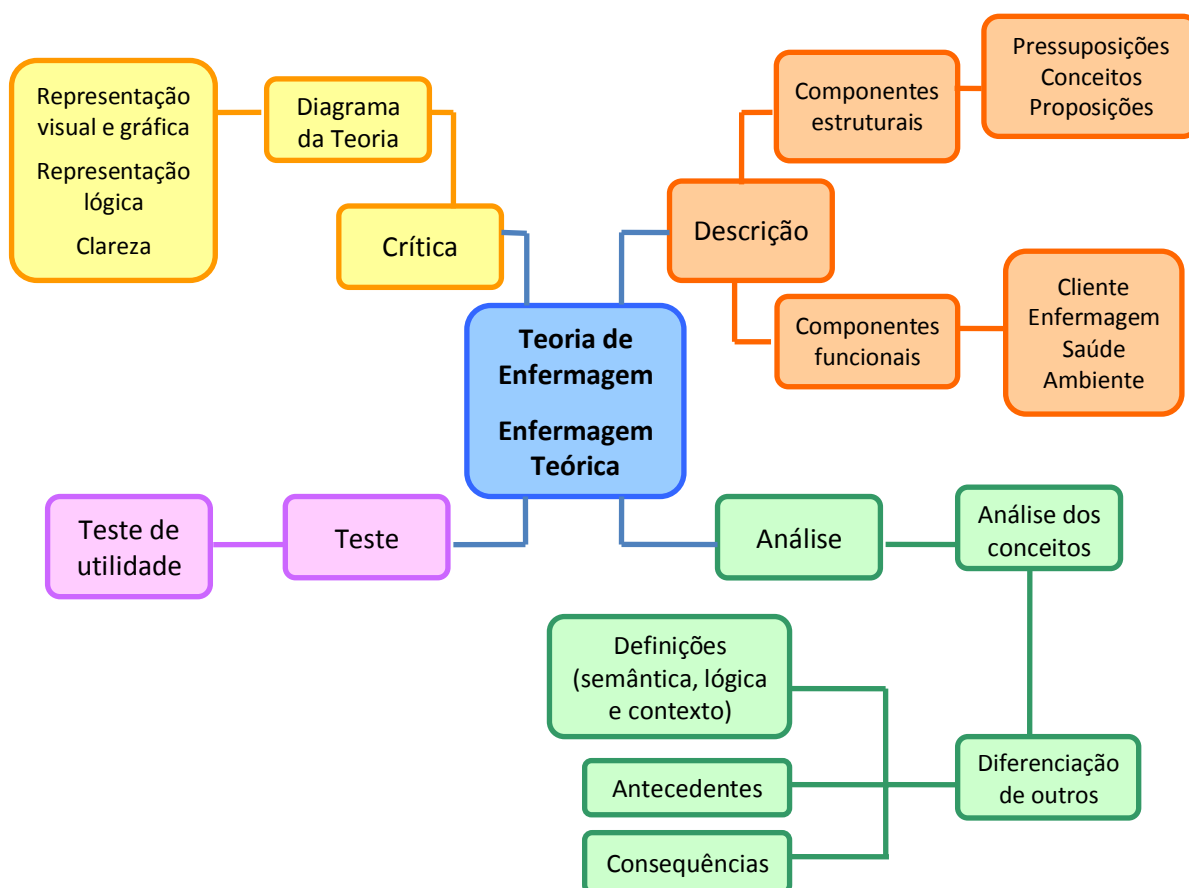


FIGURA 4 – DIAGRAMA REPRESENTATIVO DAS FASES DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS^(2007; 2012) UTILIZADAS NO ESTUDO.

FONTE: O autor

6.4.1 Descrição

Para a realização da etapa de “descrição”, leituras apuradas do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ foram realizadas para que, primeiramente, fosse possível verificar a presença dos componentes estruturais, compostos pelos *pressupostos*, *conceitos* e *proposições*.

Para McEwen^(2009, p. 106), os pressupostos são notações tomadas como verdadeiras, mas sem provas. Assim, “são crenças sobre um fenômeno que devem ser aceitas como verdadeiras para sustentar uma teoria e, embora não possam ser empiricamente testáveis, podem ser argumentadas filosoficamente”.

Eles podem ser explícitos ou implícitos, ou seja, se são originários da teoria em questão, ou se não são apresentados de maneira clara no corpo da mesma, trazendo as ideias subentendidas, respectivamente. Em muitas teorias, especialmente nas de Enfermagem, há a existência concomitante de ambos os tipos de pressupostos, precisando ser “desembaraçados” para melhor visualizá-los, trabalho muitas vezes difícil^(McEwen, 2009).

Conforme apresentado no capítulo 4, o Processo de Cuidar em questão é constituído por conceitos e pressupostos, sendo que, esses últimos não são oriundos da própria autora, e sim originários dos estudos de Jean Watson, referencial que embasa a construção do referido Processo. Desse modo, eles não podem ser classificados como explícitos. Porém, também não podem ser considerados implícitos, pois os mesmos são apresentados claramente no corpo do Processo e não tem suas ideias subentendidas.

Com relação aos conceitos, também apresentados e descritos no capítulo 4 desse estudo, observou-se primeiramente sua clareza e classificação, ou seja, se poderiam ser considerados primitivos ou derivados, concretos ou abstratos, com base na conceitualização exposta na literatura.

Foi possível perceber que os conceitos descritos são claros, pois são seguidos de definições capazes de aumentar seu entendimento. Além disso, podem ser classificados como derivados, pois não se originam no referido Processo de Cuidar (primitivos) e sim, são oriundos de outras literaturas e assumem novos significados dentro do processo.

Com relação a serem concretos ou abstratos, os conceitos, com exceção do de ambiente, são abstratos, pois são definidos de forma abrangente, não trazem especificações e podem ser utilizados em variadas situações. Assim, os conceitos de ser humano, saúde-doença, sociedade, Enfermagem e família são abstratos, pois não são claramente observáveis de forma direta ou indireta, e independem do tempo e do espaço.

Já o conceito de ambiente é concreto, pois ele se restringe à abrangência da “casa” do indivíduo. Ele é diretamente observável na realidade, limitado a um local específico, pode ser visto e ainda é determinado por tempo e espaço^(Wills; McEwen, 2009).

Por acreditar que um modelo de cuidado é formado pelos quatro conceitos centrais da Enfermagem (metaparadigmas, além de outros que sejam significantes para o estudo), por pressupostos que se baseiam em um referencial teórico-filosófico e por uma metodologia capaz de orientar as ações de cuidado^(Wall, 2008), não pretendi encontrar proposições no Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ e nem propor sua construção, visto que este elemento não faz parte da definição conceitual defendida nesse estudo.

Para a descrição dos componentes funcionais, duas ações foram realizadas: a primeira delas objetivou responder às questões pontuadas no Modelo de Avaliação de Teorias^(Meleis, 2012) para esta fase (descritas no capítulo 5, p. 80-81), e a segunda visou a realizar a descrição dos conceitos formados pelos metaparadigmas - *cliente/pessoa/ser humano, Enfermagem, saúde e ambiente* -, e outros conceitos importantes que agregam conhecimento para a construção do modelo de cuidado, como o conceito de cuidado transpessoal, cuidado domiciliar, contexto domiciliar, família e cuidador.

Primeiramente, tendo como base o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, responderam-se as questões centrais expostas por Meleis^(Meleis, 2012) em seu Modelo.

Com relação à primeira questão (apresentada inicialmente na página 80), que se refere ao foco do estudo, é possível afirmar que o processo de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ é direcionado para o cuidado transpessoal de Enfermagem que ocorre no domicílio, que abrange o cliente e sua família. Dessa forma, o processo está voltado a como cuidar de modo transpessoal no domicílio do cliente, tendo como meta o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação daqueles clientes com potencial terapêutico ou, para aqueles fora de possibilidades

terapêuticas, proporcionar uma morte digna e serena junto às pessoas que para ele são importantes.

A segunda questão, (descrita na página 80), aborda se as definições apresentadas para a Enfermagem, cliente/pessoa, saúde e ambiente são claras e explícitas. Tais conceitos foram descritos no capítulo 4 e podem ser considerados como claros e explícitos, pois, conforme a descrição, estão claramente definidos e explicitamente apresentados durante o desenvolvimento de todo o Processo.

Porém, além disso, Meleis^(Meleis, 2012) indaga sobre os problemas de Enfermagem e a interação enfermeira-cliente expostas na teoria em análise, no caso deste estudo, no Processo de Cuidar^(Lacerda, 1996). Para esses, Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ não apresenta definições de forma clara e explícita, mas deixa implícito que há necessidade de interação entre enfermeira e cliente, pois para que o cuidado transpessoal possa efetivamente acontecer, tal interação é imprescindível.

Outro aspecto (citado na página 80) identificado por Meleis^(Meleis, 2012), refere-se às fontes do problema de Enfermagem e se elas se encontram dentro ou fora do indivíduo. Na leitura e análise do Processo de Cuidar, não foram encontradas menções à expressão “problemas de Enfermagem”, sendo então compreendido que o Processo não está depositado sobre o levantamento de problemas para possíveis intervenções de Enfermagem, mas sim, na relação de cuidado entre enfermeiro-cliente-família, levando em consideração o contexto domiciliar e as necessidades de cuidados dos envolvidos nesta relação.

A quarta questão (abordada na página 80) refere-se às possíveis formas de intervenção de Enfermagem descritas no Processo. Nesse quesito, é possível afirmar que Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ descreve metodologicamente as fases que a enfermeira deverá seguir para atingir o cuidado transpessoal com o cliente e sua família em ambiente domiciliar. Assim, para que a intervenção de Enfermagem ocorra de maneira efetiva, e o cuidado transpessoal aconteça, a enfermeira deverá seguir e contemplar as etapas de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação.

Com isso, é possível responder afirmativamente a quinta questão (elucidada na página 80) pontuada no Modelo de Avaliação de Teorias^(Meleis, 2012), que remete à existência de diretrizes específicas para as modalidades de intervenção e à possibilidade de evolução destas.

Apesar de o Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ não se tratar de uma teoria de Enfermagem e o Modelo de Meleis^(20012; 2007) remeter à avaliação de teorias, a sexta questão (exposta na página 80) da descrição dos componentes funcionais que indaga sobre a existência de orientações para o papel da enfermeira, também pode ser repondida positivamente.

Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ descreve, em seu Processo, elementos necessários e características essenciais que a enfermeira precisa possuir ou desenvolver para realizar o cuidado transpessoal no domicílio, como a identificação pessoal que a profissional precisa ter com esta filosofia de vida e de cuidar em Enfermagem; a empatia e o desejo genuíno de estar na relação de cuidado, além do envolvimento dos vários tipos de conhecimento – científico, filosófico, religioso, artístico ou estético, ético, empírico ou do senso comum, político, pessoal – durante o momento de cuidado.

A última questão (exibida na página 81) remete aos resultados das ações de Enfermagem, e verifica se estes estão articulados à teoria e se existe um plano para lidar com as consequências dessas ações.

Ao descrever seu Processo de Cuidar, Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ não apresenta explicitamente quais seriam os possíveis resultados e nem a existência de um plano ou de ações a serem realizadas caso a meta prevista – o cuidado transpessoal – não fosse concretizada. De maneira implícita é perceptível que o Processo conduz a enfermeira a atingir o cuidado transpessoal com o outro – cliente/família – no ambiente domiciliar e, com isso, a reconstituição dos seres envolvidos na relação de cuidado - tanto da enfermeira quanto do cliente/família - será alcançada, fazendo com que ambos se sintam seguros, restaurados e prontos para seguirem suas vidas de modo autônomo e independente.

Mas, Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ também expõe que o cuidado transpessoal pode não ocorrer, seja por características do cliente, da enfermeira, ou porque a relação simplesmente não aconteceu. Nesse caso, ocorre a separação, momento em que os seres finalizam o processo e partem independentes para a continuidade de suas vidas.

Após esse primeiro momento, e seguindo a descrição dos componentes funcionais, realizou-se uma busca na literatura, a qual seguiu o rigor metodológico de uma revisão integrativa, para que fosse possível ampliar a construção conceitual e atingir o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar que me

propus neste estudo, pois ao realizar leituras e descrever o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, foi possível constatar a necessidade de ampliação dos conceitos já definidos, além de incluir conceitos não apresentados naquele momento.

Sendo assim, seguiram-se as etapas preconizadas por Ganong⁽¹⁹⁸⁷⁾: seleção da questão temática ou questão problema, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Como questão problema definiu-se a seguinte: Quais as definições utilizadas para os quatro conceitos centrais da Enfermagem, para cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, contexto domiciliar, família e cuidador, presentes na produção bibliográfica da autora Maria Ribeiro Lacerda?

Como critérios de inclusão, determinaram-se: produções bibliográficas compreendidas entre o período de 1996 até Janeiro de 2012, produzidas com autoria única ou em parceria com outros pesquisadores; artigos científicos presentes em periódicos nacionais e internacionais disponíveis, ou não, em bases de dados *online*; produções que abordassem conceitualmente o cuidado domiciliar, o cuidado transpessoal, a família e o cuidador ou qualquer um dos metaparadigmas da Enfermagem.

Como critérios de exclusão, foram selecionados: artigos que se repetissem nas bases de dados; produções em outros formatos que não um artigo científico (monografia, dissertações e teses); e material bibliográfico com enfoque diferente da temática em estudo.

O levantamento do material ocorreu a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a utilização do nome completo da autora (busca por palavras) e com o limite "autor".

A busca inicial, realizada no mês de março de 2012, resultou em 77 produções que sofreram avaliação dos títulos e dos resumos. Com base nos critérios de inclusão mencionados, foram excluídas 50 produções de outros autores, ou artigos repetidos, ou temática diferenciada daquela buscada nesse estudo. Sendo assim, 27 produções tiveram seus textos completos analisados e compuseram a amostra total desta pesquisa.

Para o cumprimento da terceira etapa preconizada pelo método, apresento o Quadro 1, o qual representa as características originais da pesquisa.

QUADRO 1. REPRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA ORIGINAL. Curitiba, 2012.

NÚMERO	AUTORES	CITAÇÃO	TÍTULO
1	Lacerda, MR.	Cogitare Enferm. 2(1): 44-9, 1997	O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar
2	Lacerda, MR.	Rev. Bras. Enferm. 51(2): 207-16, 1998	Enfermagem: uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer
3	Sousa, SM, Lacerda, MR.	Texto & Contexto Enferm. 9(2, pt2): 726-36, 2000	Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias
4	Lacerda, MR, Oliniski, SR.	Texto & Contexto Enferm. 12(3): 307-13, 2003	A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade
5	Lacerda, MR, Oliniski, SR.	Acta Sci. H. Sci. 26(1): 239-48, 2004	O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar
6	Lacerda, MR, Oliniski, SR.	Rev. Gaúcha Enferm. 26(1): 76-87, 2005	Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar
7	Martins, SK, Mathias, JJS, Meier, MJ, Lacerda, MR.	Cogitare Enferm. 10(2): 84-9, 2005.	O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação
8	Oliniski, SR, Lacerda, MR.	Rev. Bras. Enferm. 59(1):100-4, 2006	Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação
9	Mathias, JJS, Zagonel, IPS, Lacerda, MR.	Acta Paul. Enferm. 19(3): 332-7, 2006.	Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal
10	Lacerda, MR, Giacomozzi, CM, Oliniski, SR, Truppel, TC.	Saúde e Soc. 15(2): 88-95, 2006	Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática
11	Giacomozzi, CM, Lacerda, MR.	Texto & Contexto Enferm. 15(4): 645-53, 2006	A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família
12	Fonseca, ALN, Lacerda, MR, Maftum, MA.	Cogitare Enferm. 11(1): 7-15, 2006	O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família
13	Persegona, KR, Teixeira, RC, Lacerda, MR, Mantovani, MF, Zagonel, IPS.	Cogitare Enferm. 12(3): 386-91, 2007	A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente
14	Lacerda, MR, Oliniski, SR, Giacomozzi, CM, Venturi, KK, Truppel, TC.	OBJN. 6(0), 2007	The kinds of home health care and the practice of health professionals - exploratory and descriptive research
15	Hermann, AP, Lacerda, MR.	Cogitare Enferm. 12(4): 513-8, 2007	Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência
16	Lacerda, MR, Przenyczka, RA.	Cogitare Enferm. 13(3): 343-51, 2008	Exercício (i)legal da enfermagem: a realidade do cuidador informal

Continua →

17	Lacerda, MR, Martins, SK.	Rev. Rene. 9(2): 148-56, 2008	O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde
18	Bicalho, CS, Lacerda, MR, Catafesta, F.	Cogitare Enferm. 13(1): 118-23, 2008	Refletindo sobre quem é o cuidador familiar
19	Hermann, AP, Meier, MJ, Wall, ML, Bernardino, E, Lacerda, MR.	Cogitare Enferm. 14(4): 748-54, 2009.	A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica da enfermagem brasileira
20	Favero, L, Lacerda, MR, Mazza, VA, Hermann, AP.	REME. 13(4): 585-91, 2009	Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da enfermagem brasileira
21	Favero, L, Meier, MJ, Lacerda, MR, Mazza, VA, Kalinowski, LC.	Acta Paul. Enferm. 22(2): 213-8, 2009	Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira
22	Favero, L, Camargo, TB, Lenardt, MH, Mazza, VA, Lacerda, MR.	OBJN. 8(3), 2009	The kinds of knowledge involved in nursing home care: integrative review of the scientific production
23	Lacerda, MR, Gomes, IM, Kalinowski, LC, Giacomozzi, CM.	Cogitare Enferm. 15(4): 609-15, 2010	Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar
24	Gomes, IM, Lacerda, MR.	OBJN. 9(1), 2010	Correlations between social support and the home nursing - Integrative review
25	Favero, L, Mazza, VA, Lacerda, MR.	OBJN. 9(1), 2010	Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study
26	Lacerda, MR.	Ciência e Saúde Coletiva. 15(5): 2621-26, 2010	Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública
27	Nascimento, JD, Lacerda, MR, Kalinowski, LC, Favero, L.	OBJN. 10(3), 2011	Supportive social networks to homecare: descriptive exploratory research

FONTE: Dados da pesquisa

A partir dos textos selecionados, realizou-se análise criteriosa de seu conteúdo, com vistas a encontrar definições conceituais próprias para os termos cliente/pessoa/ser humano; Enfermagem; saúde; ambiente/sociedade; cuidado domiciliar; cuidado transpessoal; contexto domiciliar; família e cuidador.

A quarta fase da revisão integrativa compreendeu a análise dos textos selecionados por meio de um instrumento elaborado que permitiu a obtenção de informações sobre a identificação da produção (tipo de produção: artigo de revisão, reflexão ou oriundo de pesquisa); tipo de autoria (única ou compartilhada) e a publicação (periódico utilizado, ano de publicação do estudo); e dados

característicos do texto (conceitos utilizados, proposições de novas definições ou apenas citação de outras obras e/ou outros autores e quais eram elas).

Dentre as 27 produções analisadas, foram encontradas 12 publicações oriundas de pesquisas, destas, quatro são estudos de caso, quatro exploratório-descritivas, três *Grounded Theory* e uma pesquisa-ação; outras seis publicações tratavam de ensaios reflexivos; três versavam sobre relato de experiência e outras seis eram do tipo revisão, sendo uma bibliográfica, uma sistemática e quatro integrativas.

Das publicações mencionadas, cinco eram recortes de dissertações de mestrado, três originárias de monografia de curso de graduação em Enfermagem, três provenientes de disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado acadêmico) e uma oriunda da Iniciação Científica.

A maioria dos artigos foi produzida em parceria com outros pesquisadores, acadêmicos de Enfermagem, enfermeiros e alunos da pós-graduação, sendo três de autoria única.

Os anos com maior produção, referente à descrição conceitual que trata esta pesquisa, foram os de 2006 com cinco publicações e os anos de 2009 e 2010 com quatro publicações cada.

De maneira geral, a produção foi divulgada em periódicos variados, indexados nacional e internacionalmente, capazes de abranger várias regiões brasileiras e quiçá internacionais, como a *Texto e Contexto Enfermagem*, com três publicações, a revista *Acta Paulista de Enfermagem*, com duas publicações, a *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, também com duas publicações e a *Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN)*, com cinco publicações. A *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, *Revista da Rede Nordeste de Enfermagem (RENE)*, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *Revista Ciência e Saúde Coletiva* e *Revista Saúde e Sociedade* contaram com uma publicação cada. Porém, o periódico mais utilizado para a divulgação dos trabalhos foi a *Revista Cogitare Enfermagem* com oito publicações durante os 15 anos pesquisados.

Com relação aos conceitos trabalhados nos artigos investigados, encontraram-se definições próprias; definições pautadas em outros trabalhos produzidos pela referida autora, como também citação de outros pesquisadores da área. Os conceitos mais presentes nas publicações analisadas foram o de cuidado domiciliar, o qual apresentou definição descrita em 14 dos 27 artigos; família, com

definição descrita em seis publicações; mesmo número de publicações que definiram os conceitos: domicílio, cuidador e cuidado transpessoal. O conceito Enfermagem teve sua descrição em quatro artigos.

Seguindo as etapas 5 e 6 preconizadas por Ganong⁽¹⁹⁸⁷⁾, é momento de interpretar os resultados e apresentar a revisão.

No que se refere ao primeiro conceito, o qual pode receber as denominações de cliente, pessoa ou ser humano, encontrou-se apenas uma definição descrita nas publicações de Maria Ribeiro Lacerda, originária dos seus primeiros trabalhos caracterizados na segunda publicação da autora; é a primeira publicação, porém, que versa sobre o cuidado domiciliar em saúde.

Desse modo, para Lacerda^(1997, p. 45) o **ser humano**

É o homem genérico e único em seus momentos de vida (na sua trajetória), considerando seu aspecto integral como ser transcendente, existindo, estando, pensando, interagindo consigo e com o outro, com o mundo e com o universo. Ser humano, contrapondo-se e coexistindo com o tecnicismo, é aquele que é, está, é o indivíduo, a família, e a comunidade nos seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e biológicos.

Outro conceito, também encontrado na produção científica de Maria Lacerda, foi o de **Enfermagem** que apresentou quatro definições descritas ao longo da sua trajetória científica, sendo que duas dessas também foram citadas em outros artigos da autora, além de citações de outros pesquisadores. Essas últimas, por sua vez, não foram utilizadas, pois vão de encontro ao objetivo proposto.

A primeira definição advém da mesma obra citada para a descrição do conceito de ser humano, e coloca que a Enfermagem

existe quando há interação do ser cliente com o ser enfermeiro, é ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar. Envolve a existência do homem e está inserida no mundo em transformação. É uma profissão com história, valores, princípios, tendo começo, meio e fim. É cuidar-cuidado^(Lacerda, 1997, p. 45).

A segunda definição para esse conceito é apresentada um ano mais tarde e está descrita em várias partes do texto. Para sua descrição, remeto aos trechos que a contemplam.

Enfermagem é profissão, constatação que não admite réplica, pois sem dúvida ela preenche todos os critérios²¹ para ser reconhecida como uma profissão, como uma disciplina^(Lacerda, 1998, p. 209).

A enfermagem pode ser caracterizada como uma disciplina prática pluridisciplinar que usa conhecimentos básicos e aplicados para atingir seus propósitos, mas por outro lado pode deixar claro que enfermagem é uma ciência e uma arte, pois, ao utilizar os diferentes conhecimentos das ciências naturais e humanas nas situações de cuidado de enfermagem, ela os adapta da forma mais adequada, transformando-os em algo próprio, específico^(Lacerda, 1998, p. 210).

Destaca ainda que “a enfermagem pode ser profissão, disciplina, ciência, arte, tecnologia”, é algo que as enfermeiras criam utilizando conhecimentos e instrumentos, e, dessa forma, é única para cada membro. “Acredito que uma forma única de cada enfermeira fazer enfermagem se dá pela autonomia profissional, pela sua prática independente”^(Lacerda, 1998, p. 214).

Continua afirmando que a Enfermagem não é primariamente uma busca pela verdade mediante uma explicação teórica, e sim o constante desenvolvimento da capacidade de fomentar *healing*, e proporcionar o bem estar dos pacientes^(Lacerda, 1998, p.213).

Em parceria com outros pesquisadores, Lacerda acrescenta novas definições para o conceito de Enfermagem, como pode ser percebido nos trechos que seguem

Entendemos enfermagem como estando em constante evolução e propiciando ao ser cuidado participação efetiva no seu tratamento. Estando disponível para que com os olhos do cuidado transpessoal façamos a leitura da comunicação emitida pelo ser cuidado, respeitando os preceitos éticos da profissão e principalmente do ser humano. É através da enfermagem que o ser cuidado colhe esperança, amor, enfrentamento, valorização pela vida e a busca do amanhã^(Souza; Lacerda, 2000, p. 728-9).

²¹ Os critérios referidos pela autora são descritos por Kelly; Yong ([19--]) e contemplam: prover serviços vitais para o bem estar da humanidade; ter corpo de conhecimentos que fundamentam suas habilidades e serviços e continuamente expandir este conhecimento através de investigação contínua, análise e pesquisa; envolver operação essencialmente intelectual, acompanhada de responsabilidade individual. Ter educação realizada em instituições de alto nível; estabelecer e controlar suas próprias políticas e atividades, ou seja, os membros da profissão têm relativa independência no desempenho de suas funções ou habilidades; ter código de ética que guie a conduta de seus membros e ter uma associação que busque e garanta a qualidade de sua prática.

É uma profissão pela qual o ser enfermeiro realiza interações com o ser cuidado de forma a promover o equilíbrio entre corpo, mente e alma, considerando as suas necessidades, transformando-o e se transformando por meio de uma relação de cuidado^(Fonseca; Lacerda; Maftum, 2006, p. 11).

É possível perceber a presença dos fundamentos da Teoria do Cuidado Humano nos conceitos descritos por Lacerda, o que conota o envolvimento dos preceitos descritos no referencial filosófico em sua produção bibliográfica.

No ano de 2009, quando finalizei os escritos de minha dissertação, afirmo que, após entrar em contato com o referencial do cuidado transpessoal, aos poucos ele se tornou parte da minha vida pessoal e profissional, mudou meu modo de pensar, fez-me perceber o outro na relação de cuidado e de agir durante minha atuação como enfermeira e ser humano que vive em grupo^(Favero, 2009). Tal fato pode justificar o envolvimento das premissas descritas por Jean Watson na produção de Lacerda, visto ter sido a Teoria do Cuidado Humano seu referencial teórico-filosófico durante o curso do mestrado e, após o término deste, houve a continuidade de sua utilização em muitas dissertações (e agora também em tese) por ela orientadas.

Com relação ao terceiro conceito, **saúde**, Lacerda apresenta apenas definição para o binômio saúde-doença. Tais definições foram encontradas em duas publicações, e foram assim descritas

É uma experiência subjetiva que envolve as concepções pessoais, onde o contexto e a trajetória de vida podem propiciar enfrentamento e confronto nas resoluções e ações quanto ao presente e ao futuro. É uma relação dinâmica entre o físico, o psíquico, o social e o cultural do ser humano, cabendo a possibilidade de uma ação profissional transpessoal^(Lacerda, 1997, p. 45).

É processo, havendo uma interação afetiva da família, tornando o pensar e agir mais fortalecido e os cuidados direcionados ao familiar doente^(Souza e Lacerda, 2000, p. 728).

O último metaparadigma de Enfermagem encontrado nas produções de Lacerda foi o **ambiente**. Porém, outros conceitos que remetem ao contexto do ambiente, tal como o de sociedade e o de domicílio também foram descritos.

Portanto, apresento primeiramente a descrição do conceito de ambiente, seguido pelo de sociedade e finalizo com a descrição do que seja o domicílio.

Ambiente é o meio que interfere e é interferido pelo/no homem^(Lacerda, 1997, p. 45).

É o meio geográfico, climático no qual vive o homem e família, dependem da cultura e estrutura social para influenciar seu ambiente e ser por ele influenciado. No domicílio iniciam-se, somam-se e reforçam-se os valores da sociedade em torno do ser humano^(Souza; Lacerda, 2000, p. 728).

É o espaço geográfico no qual o ser humano [...] vive com sua família, de acordo com seus valores, crenças e conceitos adquiridos na sociedade. Este local influencia o ser humano e é por ele influenciado^(Fonseca; Lacerda; Maftum, 2006, p. 11).

Quando Souza e Lacerda⁽²⁰⁰⁰⁾ e Fonsêca; Lacerda; Maftum⁽²⁰⁰⁶⁾ apresentam a definição de ambiente, fazem-no juntamente com a definição de domicílio, descrevendo esses conceitos como sendo apenas um: ambiente/domicílio.

Por sociedade, foi encontrada uma definição que remete ao

conjunto de pessoas em variadas situações, com diferentes valores, conceitos e que em determinadas regiões e/ou condições tem seus códigos próprios para resolução de suas questões e/ou modo de vida^(Lacerda, 1997, p. 45).

Já para o conceito de domicílio, cinco descrições foram localizadas, além de também serem citadas em outras publicações da autora, as quais são apresentadas a seguir.

É o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É aí que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as crises e os conflitos aparecem no momento em que um dos membros desta família adocece^(Lacerda, 1997, p. 44).

É o local mais íntimo em que a pessoa vive, e nele ela encontra a sua essência^(Lacerda; Oliniski, 2003, p. 308).

O domicílio também pode ser considerado como o “porto seguro” para onde são levados sentimentos, desejos, aspirações, atitudes e comportamentos. É o local mais íntimo em que se vive e onde se encontra a essência do ser-humano^(Lacerda; Oliniski, 2004, p. 240).

Domicílio é um local único a oferecer ao enfermeiro a oportunidade de observar o modo como as pessoas enfrentam a situação de doença em seu meio familiar e como elas utilizam os recursos que dispõem^(Lacerda; Oliniski, 2005, p. 77).

O domicílio é um local de domínio do cliente, no qual se conhecem os seus princípios e a sua organização, ocorre o desenvolvimento do seu papel e de suas relações, os conflitos, as alegrias, refletindo a forma e o estilo de vida adotado^(Martins; Mathias; Meier; Lacerda, 2005, p.87).

O conceito em maior destaque da produção analisada é o de **cuidado domiciliar**. A autora apresentou de modo individual ou em parceria com outros pesquisadores, enfermeiros, acadêmicos e pós-graduandos, diversas citações que remetem a definições, o que denota o interesse e o estudo árduo por essa área de atuação da Enfermagem, aspectos que a tornam referência nacional para o tema.

Apresento, nesse momento, os trechos que definem o cuidado domiciliar, além de alguns termos utilizados e aceitos como sinônimos, os quais também receberam descrição.

É aquele desenvolvido com seres humano, tanto pacientes quanto familiares, no contexto de sua residência. Abrange o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes de diferentes faixas etárias, em resposta às suas necessidade e às de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou, para pessoas em fase terminal, proporcionando morte digna e serena junto aos seus significantes^(Lacerda, 1999).

A definição apresentada foi citada em cinco das 27 publicações analisadas, número que representa quase 20% do total de artigos selecionados. Embora o texto que introduz essa definição não tenha sido elencado, devido aos critérios de inclusão descritos (trata-se de resumo publicado em anais de evento, não disponível integralmente), optei por trazê-lo, visto o número representativo de artigos que remetem a essa definição.

Seguindo uma ordem cronológica de publicação das produções selecionadas, apresento outras definições que, de certo modo, possuem ligação com a anterior, complementando-a, apresentando novos aspectos, ou simplesmente aprimorando sua descrição.

Para Lacerda e Oliniski^(2003, p. 308), o cuidado domiciliar “vai muito além da realização de técnicas e procedimentos com o paciente. Envolve fatores como a empatia, interesse, preocupação, apoio nos momentos de dificuldade, ensino e orientação aos cuidadores”, o que nada mais é do que o uso da arte durante a assistência de Enfermagem^(Favero; Lacerda; Mazza; Hermann, 2009, p. 589).

O cuidado domiciliar, também entendido como atendimento domiciliar, compreende

a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao cliente ou ao seu cuidador, bem como a execução destes procedimentos pela equipe

multiprofissional no domicílio do cliente. O atendimento domiciliar é [...] um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente já acometido por uma doença ou seqüela. [...] o atendimento domiciliar compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no domicílio do cliente, direcionadas a ele próprio e/ou a seus familiares. [...] abrange tanto atividades simples como as mais complexas, incluindo, assim, as modalidades visita e internação domiciliar^(Lacerda; Giacomozzi; Oliniski; Truppel, 2006, p. 91,92).

Desse modo, a assistência domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde e pode ser também denominada de atendimento ou de cuidado domiciliar^(Giacomozzi; Lacerda, 2006, p. 646-7), a qual se baseia na interação do profissional com o cliente, com sua família e com o cuidador. Além disso, pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar, envolvendo atividades que vão desde a educação e prevenção até a recuperação e manutenção da saúde dos clientes e seus familiares no contexto de suas residências^(Fonseca; Lacerda; Maftum, 2006, p. 11; Giacomozzi; Lacerda, 2006, p. 646-7).

Assim, em várias publicações há concordância de que o atendimento ou assistência domiciliar podem ser entendidos como sinônimos do cuidado domiciliar^(Giacomozzi; Lacerda, 2006; Lacerda; Giacomozzi; Oliniski; Truppel, 2006; Hermann; Lacerda, 2007; Lacerda; Oliniski; Giacomozzi; Venturi; Truppel, 2007; Persegona; Teixeira; Lacerda; Mantovani; Zagonel, 2007; Lacerda; Martins, 2008; Lacerda; Gomes; Kalinowski; Giacomozzi, 2010), havendo apenas diferença gráfica, embora fique explícito o interesse e preferência pelo termo “cuidado domiciliar”.

Do mesmo modo, é possível constatar que o cuidado domiciliar, enquanto estratégia da atenção domiciliar à saúde, pode ser operacionalizado pela visita e pela internação domiciliar^(Fonseca; Lacerda; Maftum, 2006; Giacomozzi; Lacerda, 2006; Lacerda; Giacomozzi; Oliniski; Truppel, 2006; Lacerda; Oliniski; Giacomozzi; Venturi; Truppel, 2007; Lacerda; Gomes; Kalinowski; Giacomozzi, 2010), porém possui ações mais abrangentes do que aquelas realizadas na visita e na internação, estão diretamente relacionado à prática profissional individualizada, na qual estão incluídas a prevenção, a recuperação e a reabilitação do cliente^(Lacerda; Oliniski; Giacomozzi; Venturi; Truppel, 2007).

Os mesmos autores^(Lacerda; Oliniski; Giacomozzi; Venturi; Truppel, 2007) ampliam o entendimento de que o cuidado domiciliar objetiva oferecer ao indivíduo e a sua família serviços profissionais de saúde em suas residências, e consideram ainda que o cuidado domiciliar

ocorre por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multiprofissional. [...] abrange a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos realizados pelo cliente ou seu cuidador, bem como a execução desses pela equipe multiprofissional no domicílio. Portanto, nessa categoria são realizadas ações simples ou complexas com o objetivo de preservar e maximizar a autonomia do cliente em seu meio de convívio peculiar^(Lacerda; Oliniski; Giacomozzi; Venturi; Truppel, 2007).

A partir de 2008, novos termos são introduzidos na definição do conceito de cuidado domiciliar, como a autonomia, para o cliente e para o profissional, e o empoderamento, os quais podem ser observados nos trechos a seguir.

O atendimento domiciliar à saúde consiste no fornecimento de assistência a pessoas de qualquer idade em sua residência, a partir do diagnóstico da realidade, considerando os fatores limitantes ou potencializadores, os quais devem contribuir para a prevenção, promoção, reabilitação, bem como, para melhor adequação ou adaptação das funções em busca da independência e manutenção da autonomia^(Lacerda; Martins, 2008, p. 152).

O atendimento domiciliar à saúde possibilita a realização de cuidados aos pacientes em casa e a sensibilização, tanto do paciente quanto da família para alcançar as metas de saúde e a independência dos serviços formais de assistência^(Lacerda; Martins, 2008, p. 153).

O cuidado domiciliar é expresso de modo a garantir a autonomia e a maior visibilidade ao profissional, que deve ser capaz de atender o trinômio família/cliente/cuidador de modo ético, empático, sensível, científico, artístico e religioso dentre outros, respeitando suas crenças e seus valores, realizando e ensinando o cuidado, além de primar pela qualidade de vida dos envolvidos^(Favero; Lacerda; Mazza; Hermann, 2009, p. 591).

Assistência domiciliar gera autonomia e privacidade aos sujeitos, possibilita a participação do indivíduo e família na tomada de decisões sobre o cuidado prestado, acarretando na assistência mais humanizada e no empoderamento dos sujeitos nessa relação [...]^(Gomes; Lacerda, 2010).

Entendo o cuidado domiciliar na perspectiva de estender os princípios de integralidade da atenção à saúde numa difusão do trabalho da unidade básica de saúde ou da unidade que realiza o Programa de Saúde da Família (PSF), assim, a expectativa do usuário (indivíduo, família e comunidade) é resguardada e sua autonomia incrementada^(Lacerda, 2010, p. 2622).

Desse modo, o atendimento domiciliar à saúde passa a ser percebido como uma opção que oferece ao indivíduo e à sua família a possibilidade de manter maior

controle sobre as decisões de saúde, além de uma assistência individualizada capaz de propiciar certa independência e autonomia^(Lacerda; Martins, 2008).

Além desse aspecto positivo que o cuidado domiciliar propicia, outras vantagens são citadas nas publicações referentes ao assunto. São elas:

O cuidado domiciliar permite, além da relação paciente/família/equipe, a redução do risco de infecções e de despesas ao sistema, visto que diminui internação e libera leitos hospitalares, os quais, na maioria das vezes, encontram-se superlotados^(Favero; Lacerda; Mazza; Hermann, 2009, p. 590).

Essa prática apresenta como vantagens o envolvimento do paciente no autocuidado, maior autonomia e privacidade dos sujeitos, acolhimento emocional, melhoria no atendimento e melhora do paciente, economia e maior rotatividade dos leitos hospitalares, menor permanência no hospital, humanização do cuidado, cuidado familiar e não apenas individual^(Gomes; Lacerda, 2010).

Com base no exposto, é possível perceber que o cuidado realizado no domicílio é centrado no cliente, na família e em suas respectivas inter-relações, não esquecendo de englobar o contexto domiciliar ao qual está inserido.

Portanto, várias produções^(Lacerda; Oliniski, 2004; Lacerda; Oliniski, 2005; Giacomozzi; Lacerda, 2006; Lacerda, 2010) também contemplaram a definição do termo **contexto domiciliar**, remetendo seu entendimento à definição exposta por Lacerda^(2000, p.39,40), a qual afirma que

O contexto da casa não se reduz ao seu espaço físico cuja importância é crucial para o desenvolvimento positivo do cuidado. Muitas vezes há de adaptá-lo as necessidades do cliente e às do cuidador (família e/ou enfermeira). [...] contudo, [...] o contexto deve ser percebido com um significado mais amplo, pois é um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e [...] cujas entidades representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo.

Em publicação mais recente, Lacerda⁽²⁰¹⁰⁾ afirma que o contexto familiar envolve questões sociais, econômicas, culturais e também as relacionais que recebem uma perspectiva especial, devendo ser observada pela enfermeira que realiza o cuidado no domicílio. É preciso que esse profissional atente aos padrões culturais do cliente, da família e da comunidade, respeite as tradições, os hábitos, os sentimentos e as necessidades, a fim de exaltar a humanização e a autonomia dos envolvidos no processo de cuidar.

Desse modo, o sucesso do cuidado realizado no domicílio está em “olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizar e considerar seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações,” além de qualquer outra situação que faça “parte de seu existir e estar no mundo” (Lacerda, 2010, p. 2623).

Nesse sentido, é possível perceber que o cuidado realizado no domicílio ultrapassa a dimensão biológica e situa-se na vivência dos indivíduos envolvidos. Essa relação, em especial, é capaz de justificar a feliz associação entre o cuidado domiciliar e o cuidado transpessoal, observada em muitos trabalhos e publicações da autora.

Assim, também foram observadas algumas tentativas de definição do conceito de cuidado transpessoal, embora a maioria das citações que remetem a sua descrição seja oriunda da fonte original, ou seja, da própria Jean Watson.

Descrevo, porém, algumas citações que apresentam o **cuidado transpessoal** que são provenientes dos textos selecionados e analisados.

[O *cuidado transpessoal*] acontece quando o ser enfermeiro entra no campo fenomenológico do ser cuidado, influenciado pela consciência do cuidado de enfermagem, compartilhando experiências e sentimentos, revelando o ser interior de cada um e permitindo compreensão e crescimento pessoal de ambos. Por intermédio desta conexão busca conduzir o ser cuidado ao *healing* em seu ser por inteiro (corpo, mente, alma), indo além do modelo biomédico. O cuidado transpessoal tem sua estrutura no processo *clinical caritas* e concretiza-se no momento de cuidado (Fonseca; Lacerda; Maftum, 2006, p. 11).

O cuidado transpessoal [...] determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro, estando este ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades [...]. Cuidado que engloba e valoriza o trinômio corpo-mente-espírito, capaz de mudar o foco do cuidado, passando do foco da cura para o de reconstituição e amor (Favero; Meier; Lacerda; Mazza; Kalinowski, 2009, p. 214, 217).

Portanto, o cuidado transpessoal é aquele que acontece no momento de cuidado, operacionalizado pelos elementos do processo *clinical caritas*, os quais são utilizados pela enfermeira para a efetivação deste (Favero; Meier; Lacerda; Mazza; Kalinowski, 2009; Favero; Mazza; Lacerda, 2010).

Além de apresentar como se dá o cuidado transpessoal, Souza e Lacerda⁽²⁰⁰⁰⁾ ressaltaram que é nesse tipo de cuidado que a Enfermagem pode oferecer algo a mais durante o processo de cuidar, como o entendimento e conforto à alma, e a fé-esperança, capaz de causar sensações de bem estar no outro e

proporcionar paz e alegria mediante o reconhecimento das crenças que são significativas ao seres envolvidos.

Conforme exposto até aqui, compreende-se que os seres envolvidos no processo de cuidar transpessoal realizado no domicílio, além do cliente, são a família e o cuidador.

Sobre isso, apresento primeiramente o conceito de **família** descrito nas produções de Lacerda elencadas por essa revisão.

De modo geral, a família é considerada “uma das forças poderosas que influencia o processo saúde-doença dos indivíduos”^(Lacerda, 1997, p. 44), sendo definida como

um conjunto de pessoas com vínculos afetivos/efetivos algumas vezes ambíguos. Constituição social que difere cultural e socialmente. Núcleo de convivência de pessoas no qual as necessidades existenciais são providas por seus membros^(Lacerda, 1997, p. 46).

Assim, trata-se de “uma relação social dinâmica no processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos a partir de crenças, valores e normas; estrutura-se na cultura, na classe social”, além de sofrer influências e determinações do ambiente^(Souza e Lacerda, 2000, p. 728).

Também é compreendida como uma unidade de cuidado para seus membros^(Lacerda; Oliniski, 2005, p. 77), sendo formada por uma

rede de pessoas que derivam de um sistema social mais amplo, que interagem por vários motivos, unidas por diferentes vínculos, afinidade, consangüinidade ou descendência e que ocupam o mesmo ambiente^(Fonseca; Lacerda; Maftum, 2006, p. 11).

Destarte, família não se trata apenas de pessoas ligadas por laços sanguíneos^(Bicalho; Lacerda; Catafesta, 2008), ou por determinações legais, mas engloba, principalmente, aquelas pessoas com as quais se tem relações afetivas.

Outro conceito envolvido na relação de cuidado descrita é o de **cuidador**. Cinco dos vinte e sete estudos publicados trouxeram a definição desse conceito, sendo que três deles remeteram ao descrito por Lacerda em sua tese, a qual afirma que os cuidadores

são familiares ou pessoas cujas relações são menos contratuais, e mais de afeto ou com grau de parentesco ou de amizade e vizinhança com o cliente que está sendo cuidado^(Lacerda, 2000, p. 42).

Dessa forma, os cuidados domiciliares podem então ser realizados pelos familiares, amigos e/ou pessoas “cuja importância tem significado aos clientes que são cuidados em suas casas” (Lacerda, 2000).

Outros estudos também apresentam descrição para esse conceito, e são apresentadas por ordem cronológica de publicação.

Para Lacerda e Oliniski^(2003, p. 308), cuidador refere-se “aos significantes da pessoa cuidada”. Além disso, trata-se de

um componente-chave no processo de cuidar, ele é também fundamental no auxílio e manutenção desse cuidado, pois depende dele a aceitação, pela família, de uma modalidade terapêutica, de um profissional ou uma equipe de saúde, bem como a realização do cuidado e o apoio ao profissional de saúde responsável pelo paciente. Assim, é ele que faz a ligação entre o paciente, a família, a enfermeira e os demais membros da equipe de saúde^(Lacerda; Oliniski, 2003, p. 308).

Em outra publicação, os cuidadores são descritos como

peças que têm conhecimento sobre o paciente em vários aspectos, não apenas no que se refere a sua doença e cuidados dos quais necessitam, como também sobre sua qualidade de ser, sua subjetividade, seu mundo interior, suas crenças e valores^(Persegona; Teixeira; Lacerda; Mantovani; Zagonel, 2007, p. 387-8).

Portanto, o cuidador familiar é uma pessoa “que se dispõe a favor das necessidades de cuidados necessários ao enfermo, muitas vezes expondo-se a riscos de comprometimento de sua própria saúde em benefício do doente” (Bicalho; Lacerda; Catafesta, 2008, p. 119).

Ele não pode ser visto apenas como alguém que assume as funções de cuidar, e sim como uma pessoa que chama para si a responsabilidade da realização de tarefas que o indivíduo doente não consegue desempenhar. Essas tarefas podem ser desde a higiene pessoal até a administração financeira da família, assumindo responsabilidades com orçamentos domésticos que abrangem a manutenção do lar e despesas médicas e hospitalares^(Bicalho; Lacerda; Catafesta, 2008).

Embora o termo mais utilizado seja o de cuidador familiar, nem sempre existem laços consanguíneos entre os envolvidos, mas sim vínculos emocionais^(Bicalho; Lacerda; Catafesta, 2008). Desse modo, podem ser cuidadores pessoas da equipe de saúde (que embora sejam profissionais, mantém algum tipo de vínculo

afetivo, e realizam cuidado sem remuneração), familiares, amigos ou membros da rede social de apoio dos seres cuidados^(Bicalho; Lacerda; Catafesta, 2008).

As definições e compreensões apresentadas remetem a um tipo de cuidador denominado de cuidador familiar ou cuidador informal, que são aquelas pessoas que “praticam cuidado de forma não profissional”^(Lacerda; Przenycka, 2008, p. 344), sem remuneração, envolvendo-se no processo de cuidar do outro, “com qualidades pessoais de forte traço de amor”^(Lacerda; Przenycka, 2008, p. 348).

Outro tipo de cuidador domiciliar é o formal, composto por profissionais capacitados para cuidar de pessoas, geralmente profissionais da área da saúde, que fazem desse tipo de cuidado um trabalho remunerado^(Bicalho; Lacerda; Catafesta, 2008).

Com a apresentação dos conceitos centrais da Enfermagem, aqui representados pelo cliente/pessoa/ser humano, Enfermagem, saúde e ambiente, além dos conceitos de cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, família e cuidador, finalizo a etapa de descrição dos componentes funcionais proposta por Meleis em seu Modelo de Avaliação de Teorias, acerca da produção bibliográfica de Maria Ribeiro Lacerda, emergida após o seguimento de critérios estabelecidos e descritos no início desse subcapítulo.

6.4.1.1 Considerações acerca da etapa de descrição

Ao finalizar a etapa de descrição proposta por Meleis^(2007; 2012) em seu Modelo de Avaliação de Teorias, algumas considerações precisam ser tecidas no intuito de elencar elementos frágeis ou inexistentes no Processo de Cuidar, a fim de que seja possível trabalhá-los para avanço e transformação do Processo em um modelo de cuidado, objetivo principal deste estudo.

Sendo assim, ao realizar a descrição dos componentes estruturais, compostos pelos pressupostos e conceitos, visto que as proposições não serão trabalhadas neste estudo devido não fazerem parte da definição defendida para modelo de cuidado, observou-se que o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ não possui pressupostos próprios, ou classificados como pressupostos explícitos.

Os pressupostos existentes nesse Processo de Cuidar, conforme já descrito, são oriundos dos escritos de Watson⁽¹⁹⁸⁵⁾, durante o período em que a

teórica propunha os 10 fatores de cuidado ou *carative factors* como elementos essenciais para que o cuidado transpessoal pudesse ser atingido.

Desse modo, com o intuito de construir um modelo de cuidado transpessoal em Enfermagem domiciliar, fez-se necessário a releitura dos pressupostos descritos, com o olhar *clinical caritas*, ou *caritas process*^(Watson, 2005; 2007; 2008a), para que fosse possível construir tais declarações de modo que elas adviessem das premissas filosóficas que embasam o Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾, mas com um olhar atual, conforme evolução da Teoria do Cuidado Humano. Os pressupostos serão descritos no capítulo sete correspondente a proposta do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar propriamente dito.

Passo, nesse momento, a apresentar a análise dos conceitos selecionados e descritos que contempla a segunda etapa do modelo proposto por Meleis^(2007; 2012), com o intuito de construir um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾.

6.4.2 Análise

Para o componente “análise”, foi realizada a análise de conceito, englobando, para isso, os metaparadigmas e demais conceitos descritos na fase anterior: Enfermagem, cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, cuidador, família, ambiente e domicílio. Os conceitos de saúde, bem como o de ser humano, não puderam ser analisados, pois apenas duas definições para o conceito de saúde e uma para o de ser humano foram encontradas, fato que impossibilitou o encontro dos atributos, antecedentes e consequências desses conceitos, o que denota a necessidade de avanço em suas descrições.

Os conceitos sociedade, contexto e domicílio também apresentaram poucas definições, sendo que o de domicílio foi agrupado ao conceito de ambiente por se tratar do local onde acontece o cuidado. Ao analisar o conceito de ambiente não há necessidade de também analisar o de sociedade, visto se tratarem de um só metaparadigma. O conceito de contexto domiciliar não pode ser agrupado devido às suas especificidades e também não pode ser analisado por apresentar somente três definições.

Vale destacar que a análise de conceito dentro de uma teoria, ou no caso desse estudo, dentro de um processo de cuidar, é diferente daquela utilizada por um método de análise que realiza a sua avaliação de maneira ampla, englobando integralmente a literatura referente ao conceito, inclusive a oriunda de outras disciplinas. No primeiro caso, avalia-se o conceito dentro da proposta em análise, a qual, nesse estudo, refere-se ao Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, aliado às demais produções bibliográficas da referida autora.

Como forma de aproximação com esse referencial, realizei a análise do conceito cuidado transpessoal descrito por Jean Watson, mediante o modelo descrito por Walker e Avant⁽²⁰¹¹⁾, contemplando as mesmas etapas citadas. Esse material emergiu da participação na disciplina “Análise crítica das teorias de Enfermagem” pelo Doutorado Interinstitucional (DINTER) entre a Universidade Federal do Ceará (UFC - Instituição promotora) e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE – Instituição receptora), o qual está publicado no volume 47 número 2 de 2013 da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REEUSP)^(Favero; Pagliuca; Lacerda, 2013).

Meleis⁽²⁰¹²⁾ apresenta essa etapa citando o método de análise de conceito proposto por Wilson, importante precursor desse processo. Após o desenvolvimento desse método, composto por 11 etapas, outros autores também desenvolveram suas propostas de análise de conceito a partir da modificação do método de Wilson, entre eles, Walker e Avant^(Wills; McEwen, 2009).

O Modelo de Análise de Conceito desenvolvido por esses autores é composto por oito etapas assim denominadas: seleção do conceito; delimitação dos objetivos ou da finalidade da análise; identificação dos usos do mesmo; determinação dos atributos definidores; identificação de um caso modelo; identificação de casos adicionais (limítrofes, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos); identificação dos antecedentes e das consequências do conceito; e definição dos referenciais empíricos^(Walker; Avant, 2005; 2011).

A primeira etapa normalmente está relacionada à área de conhecimento ou de interesse do pesquisador e refere-se à escolha do conceito a ser analisado, a qual advém do desejo pela sua expansão ou até mesmo clarificação. A segunda fase visa a determinar o objetivo que se pretende alcançar com a análise e auxilia o pesquisador a focar no que foi determinado para atingir o resultado esperado^(Meier, 2004; Walker; Avant, 2011).

O terceiro passo caracteriza-se pela identificação dos múltiplos usos do conceito, em diferentes áreas do conhecimento, em que o autor deve considerar todos os usos do termo não devendo se limitar à literatura de Enfermagem ou da área médica, por exemplo^(Meier, 2004; Walker; Avant, 2011).

Os atributos ou características definidoras, determinadas na quarta etapa, são considerados o coração da análise conceitual. Eles compreendem as características que atuam como elementos diagnósticos diferenciais^(Sousa; França; Nóbrega; Fernandes; Costa, 2010) que identificam os aspectos salientes presentes na existência do conceito e facilitam a diferenciação da ocorrência específica de um fenômeno de outro similar ou relacionado^(Meier, 2004; Walker; Avant, 2011).

A quinta fase se refere à construção de um exemplo do uso do conceito, capaz de incluir os atributos elencados. Os casos modelos podem ser exemplos da vida real, encontrados na literatura ou, até mesmo, construídos pelo autor que os estuda^(Walker; Avant, 2011).

Já a construção de casos adicionais, objetivada no sexto passo, pode ser classificada em: casos limítrofes (são aqueles que contêm muitos dos atributos ou características definidoras, mas não todas); casos relacionados (são instâncias do conceito que estão relacionadas com o conceito em estudo, mas não contêm todos os atributos definidores; são similares àquele que está sendo estudado, mas diferem ao serem examinados mais de perto); casos contrários (são os exemplos de não conceito, ajudam a mostrar o que não é para facilitar o encontro do que é); casos inventados (contém ideias fora da nossa própria experiência e muitas vezes assemelham-se com ficção científica); e casos ilegítimos (exemplos do conceito utilizados de maneira imprópria ou fora do contexto)^(Walker; Avant, 2011).

Assim, os casos adicionais são elaborados com o propósito de prover exemplos que não definem o conceito e, desse modo, promover a sua compreensão.

Para o alcance da sétima etapa é preciso identificar os antecedentes que, como o próprio nome diz, antecedem a existência do conceito, e as consequências ou consequentes, que são os eventos que ocorrem como resultado da existência do conceito. Os antecedentes são úteis para ajudar a identificar suposições básicas do conceito estudado e as consequências servem para determinar ideias negligenciadas, variáveis ou relações que podem gerar novas pesquisas^(Walker; Avant, 2011).

A oitava e última fase remete aos referenciais empíricos que são classes ou categorias do fenômeno atual que, pela sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do conceito em si. Em muitos casos, os atributos definidores e os referenciais empíricos são idênticos (Meier, 2004; Walker; Avant, 2011).

Para cada estudo individual, objetivou-se analisar os atributos, antecedentes e consequências do conceito em estudo mediante a utilização do Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant⁽²⁰¹¹⁾, utilizando as seguintes etapas: selecionar o conceito; determinar a finalidade da análise; determinar os atributos definidores e identificar os antecedentes e as consequências do conceito, referentes aos passos 1, 2, 4 e 7, de um total de oito passos propostos pelos autores, respectivamente.

Optou-se por essas etapas por entender que são suficientes para responder ao objetivo proposto para este estágio, visto que as fases não selecionadas que compreendem a elaboração de casos, apenas ilustrariam, com base nas informações obtidas pelas outras fases, os atributos, os antecedentes e as consequências do conceito. Outra etapa não utilizada se refere ao uso do conceito, a qual, devido ao objetivo geral do estudo, não pode ser atingida.

Para a análise dos conceitos citados foram utilizados os textos selecionados pela revisão integrativa da literatura, a qual foi descrita e apresentada na fase anterior (descrição), com o objetivo de analisar os atributos, antecedentes e consequências de cada um dos conceitos elencados. Destaco excessão acerca dos textos selecionados para a análise do conceito de cuidado transpessoal, os quais compreenderam livros de autoria da teórica Jean Watson produzidos desde a criação da teoria até a última atualização descrita em 2012 acerca do conceito, totalizando seis livros²².

Para a identificação dos atributos, fez-se uso das seguintes questões: Como a autora Maria Ribeiro Lacerda define o conceito? Quais características são por ela descritas referentes a cada um dos conceitos? No intuito de encontrar os antecedentes dos conceitos sob análise, estabeleceu-se a seguinte questão: Que

²² Material completo está publicado em: Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in nursing: an analysis grounded in a conceptual model. Rev. Esc. Enferm. USP [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2013 June 14]; 47(2): 500-505. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200032&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>.

eventos contribuem com a iminência e existência do conceito? E, finalmente, para que fosse verificada a presença das consequências relacionadas aos conceitos, foi utilizada a questão seguinte: O que resultou após a aplicação do conceito?

Cumpridas as duas primeiras etapas da análise de conceito proposta por Walker e Avant⁽²⁰¹¹⁾, apresento os atributos definidores, os antecedentes e as consequências de cada um dos conceitos analisados.

Enfermagem

Durante a análise do conceito de Enfermagem, apreendido pela revisão integrativa, foi possível perceber que as quatro definições, a princípio pontuadas, desdobram-se em sete, pois a produção referente ao ano de 1998 possui diversas informações capazes de ampliar significativamente o entendimento do metaparadigma. Assim, quatro publicações que apresentaram definições para o conceito em análise foram avaliadas e tiveram suas considerações apontadas.

Para melhor visualização, as informações correspondentes aos atributos, antecedentes e consequências do conceito de Enfermagem são apresentadas no Quadro 2.

QUADRO 2- ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2012.

Antecedentes	Obra de origem (referência em ordem cronológica)
Existência humana (do ser humano)	1997
Interação (entre o ser que cuida e o ser cuidado)	1997; 2006
Conhecimento (básicos, aplicados, pluridisciplinar) e instrumentos	1998
Desenvolvimento da capacidade de fomentar <i>healing</i>	1998
Disponibilidade	2000
Atributos	
Cuidar-cuidado	1997
Ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar	1997
Profissão	1997; 1998
Disciplina, ciência, arte e tecnologia	1998
Singular (única para cada membro)	1998
Evolução constante	2000
Relação de cuidado	2006
Consequências	
Proporciona bem-estar aos cuidados	1998
Transformação	1998; 2006
Autonomia	1998
Esperança, amor, enfrentamento, valorização pela vida e busca do amanhã	2000
Promove equilíbrio entre o corpo-mente e alma	2006

FONTE: Dados da pesquisa

Cuidado domiciliar

Com base nas definições já apresentadas em etapa anterior, foram encontradas 16 definições para o conceito de cuidado domiciliar.

Embora algumas dessas definições abordassem características e classificação do conceito sob análise, todas foram consideradas, por entender que apresentavam elementos importantes capazes de contribuir para a delimitação dos antecedentes, atributos e consequências do conceito analisado.

Desse modo, são apresentados, no Quadro 3, os elementos destacados após a análise do conceito de cuidado domiciliar.

QUADRO 3- ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE CUIDADO DOMICILIAR. CURITIBA, 2012.

Antecedentes	Obra de origem (referência em ordem cronológica)
Cientes em sua residência (favoráveis a entrada da equipe multiprofissional nesse ambiente)	1999; 2006b; 2008
Presença de um cuidador familiar	2003; 2006a; 2006b; 2007b; 2009
Realização de diagnóstico da realidade (contexto domiciliar)	2008
Atributos	
Acompanhamento	1999
Tratamento	1999
Manutenção/conservação	1999; 2006a; 2006b; 2006c
Recuperação	1999; 2006a; 2006b; 2006c; 2010a
Reabilitação	1999; 2008
Empatia	2003; 2009
Interesse/preocupação	2003; 2009
Apoio	2003; 2009
Envolvimento de diversos tipos de conhecimento	2003; 2009
Orientações/ações educativas	2003; 2006a; 2006b; 2006c; 2007b; 2009
Realização de cuidados	2006a; 2007b; 2009
Interação profissional-cliente-família-cuidador	2006a; 2006b; 2009
Envolve as modalidades de visita e internação domiciliar	2006a; 2006b; 2006c; 2007b; 2010c
Prevenção e promoção da saúde	2006b; 2006c; 2007b; 2008
Sinônimo de atendimento e de assistência domiciliar	2006a; 2006b; 2006d; 2007a; 2007b; 2007c; 2008; 2010c
Participação de equipe multiprofissional	2007b
Respeito (crenças, valores)	2009
Assistência individualizada	2008
	Continua →

Consequências	
Efetivo funcionamento do contexto domiciliar	1999
Morte digna junto aos significantes (clientes fora de possibilidades terapêuticas)	1999
Autonomia cliente/família (preservação e maximização)	2007b; 2008; 2009; 2010a; 2010b
Permanência do cliente no seu lar	2007b; 2009
Serviços profissionais na residência do cliente	2007b; 2008
Envolvimento cliente/família na tomada de decisões	2008; 2010a
Qualidade de vida (cliente e família)	2009
Visibilidade do profissional	2009
Diminuição de infecções	2009; 2010a
Diminuição de custos ao sistema (redução de internações, maior rotatividade e consequente disponibilidade de leitos hospitalares)	2009; 2010a
Privacidade	2010a
Empoderamento dos envolvidos	2010a
Cuidado humanizado	2010a
Autocuidado	2010a

FONTE: Dados da pesquisa

Cuidador

Para o conceito de cuidador foram encontradas nove definições expressas em uma publicação individual e em quatro publicações realizadas em parceria com outros pesquisadores. Porém, algumas delas apresentaram classificações para o conceito de cuidador, remetendo aos formais e aos informais.

Assim, para a análise desse conceito, todas as definições apresentadas nas publicações selecionadas foram utilizadas, independentemente de se tratarem de descrições específicas ou gerais.

Os dados encontrados estão descritos no Quadro 4.

QUADRO 4- ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE CUIDADOR. CURITIBA, 2012.

Antecedentes	Obra de origem (referência em ordem cronológica)
Relações afetivas	2000; 2008a; 2008b
Relações profissionais	2003; 2008a
Atributos	
Pessoas significantes (familiares, vizinhos ou amigos)	2000; 2003; 2008a; 2008b
Componente chave no processo de cuidar	2003
Elo entre os envolvidos (cliente, família, enfermeira e demais membros da equipe de saúde)	2003
Amplo conhecedor do cliente (aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, espirituais, etc)	2007
	Continua →

Altruísmo	2008a; 2008b
Responsabilidade (pelo cuidado)	2008a
Trabalho voluntário (cuidador informal)	2008a; 2008b
Trabalho remunerado (cuidador formal)	2008a
Profissionais capacitados (cuidador formal – geralmente membro da equipe de saúde)	2008a
Consequências	
Realização e manutenção de cuidados (diretos e indiretos ao cliente no domicílio)	2003; 2008a
Continuidade dos cuidados necessários para a manutenção da saúde (apoio aos profissionais)	2003

FONTE: Dados da pesquisa

Família

Na análise do conceito de família, seis definições compuseram a totalidade encontrada na leitura do material selecionado para este fim, decorrentes de cinco publicações, sendo uma delas de autoria única e as demais em parceria com outros pesquisadores.

Para melhor visualização dos atributos, antecedentes e consequências do conceito de família, as informações encontradas no processo de análise foram dispostas no Quadro 5.

QUADRO 5- ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE FAMÍLIA. CURITIBA, 2012.

Antecedentes	Obra de origem (referência em ordem cronológica)
Vínculo (afinidade, consanguinidade, descendência)	2006; 2008a
Atributos	
Força	1997
Conjunto de pessoas com vínculos (afetivos e/ou efetivos que interagem)	1997; 2006; 2008a
Constituição social	1997; 2006
Núcleo de convivência (ocupam o mesmo ambiente)	1997; 2006
Interação	2006
Unidade de cuidado	2005
Relação social dinâmica (pautada em crenças, valores e normas e estruturada na cultura e classe social)	2000
Influenciada e determinada pelo ambiente	2000
Consequências	
Prover as necessidades existenciais de seus membros	1997
Influenciar o processo saúde-doença (dos indivíduos)	1997

FONTE: Dados da pesquisa

Ambiente

De todas as 27 publicações elencadas e analisadas nesse estudo, as quais foram apresentadas no Quadro 1, apenas três delas citaram definições para o conceito de ambiente. Dessas, entretanto, puderam ser extraídas quatro definições conceituais que foram utilizadas para o preenchimento dos elementos contidos no Quadro 6 que segue.

QUADRO 6- ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE AMBIENTE. CURITIBA, 2012.

Antecedentes	Obra de origem (referência em ordem cronológica)
Valores	2000; 2006
Crenças	2000; 2006
Cultura	2000; 2006
Estrutura social	2000; 2006
Atributos	
Meio interferente (interfere e é interferido)	1997
Espaço geográfico (em que o homem vive com sua família)	2000; 2006
Domicílio	2000; 2006
Consequências	
Influencia o ser humano (e é por ele influenciado)	2000; 2006

FONTE: Dados da pesquisa

Domicílio

Para a descrição dos atributos, antecedentes e consequências do conceito de domicílio, foram encontradas cinco definições provenientes de cinco publicações pertencentes ao *hall* de produções selecionadas para essa etapa do estudo.

Assim, a fim de finalizar a etapa de análise de conceito descrita por Meleis^(2007; 2012), apresento o Quadro 7 que compreende as informações obtidas após a avaliação do conceito de domicílio.

QUADRO 7- ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO DE DOMICÍLIO. CURITIBA, 2012.

Antecedentes	Obra de origem (referência em ordem cronológica)
Não foram encontrados antecedentes para esse conceito	
Atributos	
Local em que a família vive e se desenvolve (física, emocional, mental e espiritualmente)	1997
Primeiro espaço de relações sociais e de conflitos	1997; 2005b Continua →

Ambiente íntimo (porto seguro)	2003; 2004
Espaço de cuidado	2005a
Local único e de domínio do cliente	2005a; 2005b
Consequências	
Encontro com a essência do ser humano	2003; 2004
Conhecimento (dos princípios, organização e desempenho da função de papel e do estilo de vida dos moradores)	2005b

FONTE: Dados da pesquisa

6.4.2.1 Considerações acerca da etapa de análise

Ao seguir a proposta inicial, a segunda etapa utilizada do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis^(2007; 2012), eu objectivei analisar, mediante a utilização do Modelo de Análise de Conceitos^(Walker; Avant, 2011), os conceitos de Enfermagem, saúde, ser humano, ambiente, cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, família e cuidador.

Porém, com base nas justificativas apresentadas no início da etapa, somente os conceitos de Enfermagem, ambiente, cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, família e cuidador puderam ser analisados.

De modo geral, a condição definidora de tal eleição foi o número de definições encontradas na literatura selecionada e analisada, a qual possibilitou, ou não, realizar uma análise conceitual seguindo as etapas delimitadas.

Portanto, essa etapa mostrou a necessidade de avanço conceitual nos conceitos de saúde, ser humano e contexto domiciliar, além de propor características conceituais que corroborem com os antecedentes do conceito de domicílio, os quais não foram identificados por meio da análise conceitual realizada.

Entretanto, a etapa de análise de conceito, contribuiu para identificar os antecedentes, atributos e consequências dos conceitos selecionados, informações capazes de subsidiar uma proposta de definição conceitual para cada um desses conceitos, os quais compuseram o *hall* final de conceitos pertencentes ao modelo de cuidado objetivado, a ser apresentado no capítulo 7.

6.4.3 Crítica

O Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis^(2007; 2012), a terceira etapa selecionada para este estudo, compreende a crítica da teoria. A teórica egípcia apresenta diversas possibilidades de uso da crítica, durante a avaliação de uma teoria. Selecionei, para este momento, a etapa de crítica do diagrama da teoria por compreender que a estrutura teórica de um modelo de cuidado “é representada por um diagrama capaz de guiar a prática de cuidado”^(Wall, 2008, p. 17). Portanto, o diagrama representativo de um modelo de cuidado precisa ser lógico e claro.

Sendo assim, Meleis propõe três eixos contemplados em oito questões – apresentadas na página 88 do capítulo 5 - com o intuito de contemplar a realização dessa etapa.

Em seu Processo de Cuidar, Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ apresenta, visual e graficamente, um diagrama representativo do seu Processo - o qual foi apresentado na página 74 - sendo, no momento de sua concepção, denominado como Marco Referencial para o Cuidado de Enfermagem Transpessoal no Contexto Domiciliar.

O diagrama é composto por conceitos que representam as etapas constituintes do Processo de Cuidar – contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação – e, também, a forma como o ser humano e a Enfermagem se encontram e se envolvem nesse processo.

Assim, é durante o contato inicial, promovido por um episódio de doença, que a Enfermagem e o ser humano, ambos provenientes da sociedade/ambiente, entram em contato. Com a evolução do processo, eles se aproximam até que o momento de cuidado acontece, o encontro transpessoal. Nessa fase, ser humano e Enfermagem unem-se, modificam-se e transformam-se. É nesse momento que ocorre a restauração da saúde, e esses seres transformados se separam. Porém, cada um deles leva consigo uma parte do outro, de modo que eles jamais serão como antes.

Outro conceito envolvido nesse processo é a família, pois ela permeia toda a relação, desde o processo de adoecimento até a restauração da condição de saúde de seus membros no final do cuidado transpessoal ocorrido.

Portanto, é possível afirmar que a representação visual proposta por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ reforça a clareza e o entendimento dos diferentes componentes de seu

Processo de Cuidar, pois contém os principais conceitos, suas relações e ligações. O diagrama é limpo, não descreve conceitos ou explicações complementares, apenas apresenta os conceitos que, de modo visual, correspondem às definições explicitadas no texto.

6.4.3.1 Considerações acerca da etapa de crítica

Embora o diagrama representativo do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ compreenda os conceitos fundamentais descritos em toda a relação de cuidado proposta, algumas lacunas foram observadas relativas a conceitos que não estão claramente e explicitamente apresentados, como o conceito de domicílio, de contexto domiciliar e de cuidador, além das relações e ligações entre eles. Isso provavelmente se deu devido à própria apreensão teórica da autora, que, em um primeiro momento, ainda não possuía a compreensão explicitada com o passar dos anos.

Sendo assim, o capítulo 7 deste estudo apresenta uma proposta de Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar que contempla as limitações observadas com a etapa de crítica, bem como de todas as demais etapas do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis^(2007; 2012) selecionadas para esta pesquisa.

6.4.4 Teste

Para finalizar as etapas do Modelo de Análise de Teorias proposta por Meleis^(2007; 2012) e selecionadas para este estudo, apresento o teste da teoria que, na pesquisa em questão, refere-se ao Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾.

Conforme descrito no capítulo 6, página 102, selecionei o item teste de utilidade, que permite verificar a utilização e aplicação do elemento em análise – Processo de Cuidar - na prática, ensino ou administração de Enfermagem, verificando a habilidade do pesquisador em lembrar, compreender, avaliar e aplicar determinada teoria^(Wall, 2008).

Para que isso fosse possível, foi preciso encontrar produções que utilizaram tanto o referencial teórico do Cuidado Humano, como o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, para que, a partir daí, essa etapa pudesse ser aplicada. Segui os seguintes critérios de inclusão: estudo proveniente de Programa de Pós-Graduação *strictu sensu*; orientado pela Dra Maria Ribeiro Lacerda; que utilizou como referencial teórico a Teoria do Cuidado Humano; e que aplicou o Processo de Cuidar de Lacerda para o alcance do cuidado transpessoal.

Mediante busca e análise das orientações de pós-graduação realizadas pela Dra Maria R. Lacerda, autora do Processo de Cuidar, foram encontradas dissertações de mestrado, sendo duas disponíveis física e eletronicamente para consulta e *download* e uma disponível apenas na versão impressa na biblioteca de origem do Programa de Pós-Graduação²³.

Sendo assim, fizeram parte desta etapa, as seguintes dissertações:

- Souza SM. Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis; 2000.

- Fonsêca ALN. O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná; Curitiba; 2004.

- Favero L. A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal de familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná; Curitiba; 2009.

Como Meleis^(2007; 2012) não apresenta passos ou questões capazes de nortear a implementação dessa etapa, leituras foram realizadas com o intuito de encontrar a aplicação do Processo na prática, no ensino e/ou na administração de Enfermagem.

²³ Como a dissertação foi resultado do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, foi necessário deslocamento até aquele local para acesso ao estudo, visto o pessoal que trabalha com o recurso de *commut* – de ambas as Universidades- encontrarem-se em período de férias.

Seguindo ordem cronológica, o primeiro estudo analisado na etapa de teste de utilidade, foi o de Souza⁽²⁰⁰⁰⁾. O estudo em questão teve como objetivo geral cuidar de clientes portadores de neoplasias e seus familiares no domicílio com base nos referenciais teóricos de Watson⁽¹⁹⁸⁵⁾.

Trata-se de um estudo qualitativo que apresenta características de uma pesquisa de campo e de estudo de caso, o qual utilizou a observação participante e a entrevista como formas de coleta de dados.

Conforme critérios de inclusão, Souza⁽²⁰⁰⁰⁾ utilizou como referencial filosófico a Teoria do Cuidado Humano⁽¹⁹⁸⁵⁾ e as etapas do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ durante a coleta dos dados realizada nos momentos de cuidado ocorridos nos domicílios.

A respeito da utilização do Processo de Cuidar, Souza⁽²⁰⁰⁰⁾ expõe que sua implementação facilitou e complementou os então fatores de cuidado propostos por Watson⁽¹⁹⁸⁵⁾, os quais foram reformulados pela teórica posteriormente.

Acerca do uso da Teoria do Cuidado Humano, enquanto referencial teórico, Souza^(2000, p. 59) coloca que

o referencial adotado é de fácil e útil adaptação e aplicação no dia-a-dia, não bastando fazer uso da compreensão dos significados que a situação vivida apresenta no cuidar transpessoal com assertividade e em ação conjunta com outros seres/familiares ou profissionais, pois no fundo a adoção deste referencial dá uma guinada no significado da própria enfermagem com o que se é, quem são as pessoas, a família, o ser cuidador no dia-a-dia da enfermagem e do seu entendimento sobre a profissão. Todo este processo passa a ser fácil quando o enfermeiro passa a se analisar enquanto profissional.

Ao descrever o desenvolvimento das etapas preconizadas no Processo de Cuidar, Souza⁽²⁰⁰⁰⁾ afirma que o contato inicial ocorreu, de modo geral, tranquilamente e teve como principal característica o levantamento de informações capazes de formular um diagnóstico situacional da família cuidada.

A fase de aproximação também manteve características de tranquilidade, sendo considerada facilitada pela autora, devido ao processo de participação e aceitação dos cuidados e envolvimento dos membros da família com a enfermeira, além de sentir certa fusão com a próxima etapa^(Souza, 2000).

Já a terceira etapa, denominada de encontro transpessoal, ocorreu vinculada às etapas anteriores, pois para Souza⁽²⁰⁰⁰⁾, quanto mais reforçava a

primeira e, principalmente, a segunda etapa, mais facilmente ocorria o encontro transpessoal.

A última etapa trouxe a consolidação do amadurecimento entre os envolvidos no processo de cuidar e a certeza da necessidade do envolvimento de práticas educacionais durante a realização de todo o processo de cuidar no domicílio.

Assim, Souza⁽²⁰⁰⁰⁾ constatou que o Processo de Cuidar experienciado foi claro e preciso, pois suas fases são próprias do cuidar em domicílio e facilitaram o desenvolvimento das ações de cuidado, além de que o retorno pessoal e profissional foi considerado gratificante para a autora. Porém, ela descreve que suas etapas muitas vezes se aproximam e fundem-se, ou ainda que elas se sobrepõem^(Souza; 2000).

Além de Souza⁽²⁰⁰⁰⁾ pesquisar o cuidado transpessoal de Enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias, utilizando a teoria do Cuidado Humano⁽¹⁹⁸⁵⁾ e o Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾, a pesquisadora também trabalhou com os seguintes conceitos no desenvolvimento do seu estudo: ser humano/família; ambiente/domicílio; saúde-doença; cuidado transpessoal; Enfermagem; educação; ensino-aprendizagem; e câncer/neoplasia, os quais se fizeram necessários para que o cuidado ocorresse.

O trabalho desenvolvido por Souza⁽²⁰⁰⁰⁾ apresenta como característica principal a utilização da Teoria do Cuidado Humano⁽¹⁹⁸⁵⁾ aliada ao Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ aplicado na prática da Enfermagem, mas, envolvido com questões educacionais, pois a autora é docente e comprometeu-se, em seu estudo, a trabalhar tais conteúdos com seus alunos e buscar aprimoramento na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem que leciona.

Além disso, apresentou sua contribuição para a pesquisa, ao colocar que cresceu e aprendeu com seu estudo, bem como desenvolveu o saber ser enfermeiro.

Finalizando as considerações apontadas por Souza^(2000, p. 56), ela descreve que

a transformação pelo qual o ser cuidador passa a cada dificuldade encontrada, no desenvolvimento de cada ação ou cuidado orientado ou desenvolvido, faz com que a enfermeira, enquanto cuidadora, possa transcender os cuidados físicos e técnicos. Este transcender melhora o corpo e a mente, mas principalmente, acalenta e traz um novo brilho ao espírito que por sua vez é reforçado a cada instante,

valorizando sempre e cada vez mais as ações positivas e entendendo com mais clareza as ações ou reações que algumas vezes foram ou serão negativas pelo próprio estado de ser.

Outro estudo analisado para testar essa proposta de cuidar de modo transpessoal em Enfermagem domiciliar, foi a pesquisa de Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾, que objetivou descrever a vivência da enfermeira pesquisadora em cuidar de forma transpessoal do portador de transtorno mental e de sua família no seu domicílio. Trata-se de um estudo de caso que utilizou a Teoria do Cuidado Humano^(1979; 1985; 2002b; 2005) como referencial filosófico e o Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾ em suas quatro etapas durante a fase de coleta dos dados.

Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ refere que a utilização do Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾ auxiliou na operacionalização do cuidado transpessoal e norteou o caminho metodológico, à medida que ela aprendia a vivência do cuidado.

Assim, durante a fase de trabalho de campo, proposta pelo referencial utilizado, o Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾ se estabeleceu de maneira efetiva, pois possibilitou percorrer todas as etapas do cuidar de forma transpessoal e captar as respostas às inquietações da pesquisadora^(Fonsêca; 2004).

Ao analisar a aplicação do Processo de Cuidar, Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ descreve que a fase denominada de contato inicial demanda maior tempo do pesquisador, o que acarreta a necessidade de um maior número de visitas ao domicílio, pois é nessa etapa que as interações e formações de vínculo ocorrem. Justifica esse achado pelo fato de que os participantes do estudo eram pacientes portadores de transtorno mental, os quais possuíam histórias de fracassos em relações interpessoais anteriores, fato que dificultou a formação de vínculo^(Fonsêca, 2004).

Da mesma forma, como afirmou Souza⁽²⁰⁰⁰⁾, a fase da aproximação também apresentou algumas particularidades, tal como sua fusão com a terceira fase do Processo de Cuidar. Para Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾, em algumas vezes, o encontro transpessoal fundia-se com a aproximação, situação que foi justificada devido à proximidade entre a enfermeira cuidadora e o ser cuidado.

Porém, com algumas famílias o encontro transpessoal não aconteceu efetivamente. Segundo Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾, isso se deu devido ao tempo destinado para a realização da pesquisa, pelo fato de haver necessidade de um contato e aproximação sólidos para que a relação evoluísse, e que o encontro transpessoal seria questão de tempo.

Já a fase da separação, talvez pelas características da população estudada, aconteceu de modo que os participantes não se libertaram dos vínculos estabelecidos, situação que para Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ demanda maior tempo, pois houve modificações e transformações, mas os participantes necessitavam, ainda, de maior tempo de acompanhamento para que alcançassem seus objetivos.

Além da utilização das fases do Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ também trabalhou com as sete premissas²⁴ descritas por Watson²⁵ e com conceitos baseados em referenciais da literatura e definições próprias, como o de ser humano portador de transtorno mental; saúde-doença mental; ambiente-domicílio; família; Enfermagem; cuidado; e cuidado domiciliar, os quais se assemelham com aqueles estudados.

Embora a utilização do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ baseado nas premissas da Teoria do Cuidado Humano tenha sido aplicada na prática do cuidar em Enfermagem, o estudo de Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ apresenta implicações para o ensino e a pesquisa em Enfermagem, pois propõe, com base nos resultados obtidos pela vivência da enfermeira no cuidado ao paciente portador de transtorno mental e sua família, ações concretas que podem ser implementadas no ensino e na pesquisa da Enfermagem.

Com relação ao ensino da Enfermagem, a autora expõe a necessidade de que a formação do futuro profissional ocorra extramuros das instituições hospitalares, locais comumente utilizados para as práticas clínicas dos acadêmicos de Enfermagem. Além disso, Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ aborda a possibilidade da adoção de referenciais que fundamentem a prática, o ensino e a pesquisa em Enfermagem e

²⁴ 1- É preciso haver uma visão expandida da pessoa e do que significa ser humano. Ser totalmente incorporado, mais do que corpo físico e espírito, envolve uma consciência transpessoal, transcendente, uma unidade mente-corpo-espírito, pessoa-natureza-universo como unidade, conectados entre si; 2- Reconhecer o campo de energia vital do homem-ambiente e o campo universal da consciência, há uma mente universal; 3- Entender a consciência como energia, sendo essa consciência do cuidado-restauração primordial para os cuidadores; 4- O cuidado potencializa a restauração, a totalidade do ser; 5- Os processos de relações de cuidado-restauração são considerados sagrados; 6- Ter a consciência unitária como visão de mundo e cosmologia, isto é, ver a conexão do todo; e 7- Compreender o cuidado como uma função global convergente para enfermagem e a sociedade de forma mútua^(Watson, 2003 apud Fonsêca, 2004, p. 26).

²⁵ Watson J. Cuidar em enfermagem além da pós-modernidade. In: Intercâmbio internacional: Bases Teórico-filosóficas da Prática do Cuidar em Enfermagem. Rio de Janeiro, 16-19 nov.; 2003 [anotações].

que sejam capazes de conduzir a ressignificações do saber e do fazer, transformando o processo ensino-aprendizagem da Enfermagem em saúde mental.

Outra importância diretamente relacionada ao Processo de Cuidar e à Teoria do Cuidado Humano refere-se à desmistificação da saúde mental pelos graduandos e pós-graduandos, de modo que ocorra aproximação do saber produzido na academia com a prática, relação extremamente necessária.

Para a pesquisa, Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ apresenta a importância que seu estudo trouxe em demonstrar a efetividade da aplicação de um método de pesquisa qualitativa, ainda pouco explorado, abrindo, assim, novas possibilidades para o cuidar, ensinar e pesquisar em Enfermagem.

Assim, de um modo geral, Fonsêca⁽²⁰⁰⁴⁾ seguiu os preceitos descritos no Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, embasado na Teoria do Cuidado Humano aplicado às pessoas portadoras de transtorno mental e às suas famílias, no domicílio, mediante o método de estudo de caso, metodologia também utilizada por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, ao apresentar a aplicação de seu Processo de Cuidar em ambiente domiciliar.

A última dissertação defendida, que se encaixou nos critérios de inclusão selecionados, foi o estudo de Favero⁽²⁰⁰⁹⁾, que objetivou descrever a vivência da enfermeira domiciliar em cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso descritivo que utilizou a UTIN como local de captação dos participantes e o domicílio dos pais de neonato egresso desta UTIN como local de coleta de dados.

A autora também seguiu os preceitos descritos no Processo de Cuidar proposto por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ para sua coleta de dados e teve como referencial filosófico a teoria do Cuidado Humano^(1979; 1985; 2002a; 2002b; 2005; 2008a).

Ao se referir ao Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ colocou que este referencial foi o sustentáculo para a operacionalização do Cuidado Transpessoal descrito por Jean Watson e utilizado para desenvolver o cuidado domiciliar com os familiares de neonato egresso de UTIN.

Com relação às suas fases, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ concorda com Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ ao afirmar que a separação delas acontece apenas didaticamente, pois o processo ocorre de maneira dinâmica, de modo que sua evolução depende da relação entre os envolvidos – ser cuidado e ser que cuida.

Como característica destaque da fase de contato inicial, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ apresentou seu início durante o processo de hospitalização do neonato com todas as famílias participantes do estudo. Outra característica explicitada foi que os encontros ocorridos nesta fase focaram na dimensão biológica do cuidado, devido à maior segurança da pesquisadora e desconhecimento do contexto domiciliar e do próprio cuidado domiciliar, visto ser seu primeiro estudo neste ambiente.

Várias são as estratégias que os pesquisadores podem utilizar no intuito de se aproximarem dos participantes dos seus estudos e formarem vínculo, se esse for um dos objetivos. Cada profissional define uma trajetória baseada na sua experiência prévia, nos seus conhecimentos, de modo que se sintam seguros para a realização e cumprimento das etapas selecionadas.

Sobre isso, a autora coloca que ao adentrar no domicílio do outro o profissional precisa estar preparado,

pois o cuidado domiciliar não pode ser visto como extensão do cuidado hospitalar. Ele é único. Porém, o profissional pode utilizar estratégias que visem ao envolvimento entre os seres e que respondam aos anseios dos sujeitos do cuidado, além de servir como mecanismos para o alcance das metas propostas pelo pesquisador cuidador^(Favero, 2009, p. 74).

Acerca da fase de aproximação, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ afirma que nela a relação já evoluiu e outros assuntos emergem do contato entre os seres. O profissional se coloca na posição de ouvinte e o ser cuidado expõe fatos com maior naturalidade do que durante no contato inicial devido à proximidade estabelecida entre eles. Assim, ocorre o apoio à expressão dos sentimentos dos sujeitos com o propósito de desvelar o outro, conhecer seu referencial de vida e caminhar para a união. O profissional cuidador pode ainda associar a empatia como instrumento facilitador da aproximação entre os seres em uma relação de cuidado.

Já a fase do encontro transpessoal foi descrita pela pesquisadora como capaz de proporcionar o desvelar de sentimentos, sensações e emoções nos seres envolvidos, para que ao separarem-se estivessem reconstituídos, transformados e capazes de seguir suas vidas de modo independente, mas restaurados e superados em suas dificuldades^(Favero, 2009).

A última etapa vivenciada no estudo de Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ foi a separação. Para esta fase a autora descreveu que em cinco das sete famílias participantes, a separação aconteceu de maneira gradual e tranquila. Em uma família o processo

terminou de modo abrupto devido à morte do bebê e em outra houve a necessidade de encaminhamento para outro profissional devido a particularidades do caso.

Desta forma, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ destaca que cada família possui um tempo próprio para adentrar e avançar na relação. Elas possuem peculiaridades capazes de interferir no ritmo com que cada fase do processo de cuidar é ultrapassada.

Watson^(2002b, p. 115) descreve que o transpessoal se refere a uma relação intersubjetiva, de pessoa para pessoa, que inclua dois indivíduos em um dado momento, mas que transcende os dois simultaneamente, ligando-os a outras dimensões e criando um novo campo fenomenológico. Nessa estrutura, os dois indivíduos que se unem em um momento de cuidar, estão em um processo de ser e de se tornar. “Ambos transportam para a relação uma história de vida e um campo fenomenológico que é experienciado de modo único (a partir do mundo de vida interior de cada um), e cada um é influenciado pela natureza do momento,” dependendo da consciência, da intencionalidade e autenticidade do receptor dos cuidados. Ao unirem-se, criam um novo campo e fazem parte deste novo todo. Esse momento torna-se parte da história de cada pessoa.

Assim, além das particularidades citadas, observou-se no estudo de Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ a associação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases do Processo de Cuidar, de modo que para o alcance de cada etapa, vários elementos foram utilizados pela enfermeira pesquisadora a fim de atingir o cuidado transpessoal, unindo os preceitos propostos por Jean Watson e por Maria Lacerda.

Além do Processo de Cuidar e da Teoria do Cuidado Humano, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ utilizou conceitos descritos e defendidos por Lacerda durante sua trajetória profissional, como o de cuidado domiciliar, ambiente domiciliar, família, cuidador, entre outros específicos da temática abordada.

Com relação à utilização do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, o estudo de Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ enfocou sua aplicação na prática do cuidar em Enfermagem, mas a autora propôs implicações para a prática dos demais profissionais de saúde, para o sistema de saúde, para a formação e ensino da Enfermagem e para novas pesquisas.

Acerca da utilização do Processo de Cuidar e da Teoria do Cuidado Humano pelos demais profissionais da saúde atuantes no cuidado domiciliar, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ expõe que a Enfermagem tem se apropriado de pesquisas, teorias e teóricos de outras áreas do conhecimento para sua prática de cuidados, mas que o

caminho inverso também é possível, em especial, no cuidado realizado pelos profissionais do domicílio, ambiente que requer postura diferenciada dos profissionais, além de envolvimento, empatia e um olhar multidimensional, centrado na pessoa e em suas reais necessidades de cuidado, características que essa forma de cuidar prioriza.

Para o sistema de saúde, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ aborda a necessidade de interligação do sistema primário e secundário, com o intuito de que os profissionais dos diferentes níveis de atenção, possam conhecer o processo de cada cliente, cada membro da família, minimizar custos com a repetição de exames outrora realizados, agilizar o processo de evolução de cada caso, além de manter atualizado o profissional de saúde sobre a condição de cada usuário.

Sobre a formação e o ensino da Enfermagem, a autora supracitada expõe que é necessária a capacitação dos profissionais e futuros profissionais para a atuação no cuidado domiciliar e com a Teoria do Cuidado Humano, seja em disciplinas ofertadas na grade curricular dos cursos de graduação, ou sob a forma de pós-graduação *lato sensu*. Reforça, ainda, que o Processo de Cuidar pode ser um grande aliado na utilização da Teoria do Cuidado Humano, devido à falta de um processo de Enfermagem que possa operacionalizar os preceitos descritos por Jean Watson, principalmente para os profissionais atuantes no cuidado domiciliar, espaço que propicia o desenvolvimento desta filosofia de cuidado.

Finalizando a análise do estudo de Favero⁽²⁰⁰⁹⁾, apresento as possibilidades de utilização do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ aliado à Teoria do Cuidado Humano para novas pesquisas, propostas pela autora.

De modo geral, as considerações apontam para a necessidade de pesquisas sobre o assunto, que devem ser realizadas pelos profissionais atuantes no cuidado domiciliar, de modo que possam verificar se os seus objetivos atendem as necessidades dos usuários e, a partir desse reconhecimento, repensar suas ações e propósitos. Além disso, Favero⁽²⁰⁰⁹⁾ também aponta para a necessidade de pesquisas realizadas pelos profissionais, pois a maioria dos estudos concentra-se na academia, o que possibilita revisão na formação dos profissionais, mas pouco modifica a realidade posta naquele momento.

6.4.4.1 Considerações acerca da etapa de teste

Com a análise dos estudos que utilizaram o Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ e a Teoria do Cuidado Humano de Watson^(1979; 1985; 2002a; 2002b; 2005; 2008a), foi possível verificar que os autores, todos egressos de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e orientados pela autora do referido Processo, conseguiram apresentar habilidade em lembrar, compreender e aplicar os preceitos teóricos na prática do cuidar em Enfermagem, propondo ainda possibilidades de sua utilização no ensino, como forma de aprimorar o conhecimento e embasar o futuro profissional a utilizar referenciais em sua prática de cuidado, especialmente em domicílio.

Dessa forma, a etapa de teste possibilitou verificar a utilidade do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ para que o profissional de Enfermagem pudesse sistematizar suas ações de cuidado de modo que seus objetivos e as necessidades dos seres por ele cuidados fossem atingidos.

Os estudos não apresentaram explicitamente contribuições para a administração de Enfermagem, mas deixaram clara sua influência para a administração do cuidado a ser realizado pela enfermeira. Talvez seja necessário incluir a importância do conhecimento desta filosofia de cuidado pelos gestores dos diferentes serviços, pois particularidades institucionais podem prejudicar ou estimular a utilização da Teoria do Cuidado Humano e do Processo de Cuidar nas práticas de cuidado, mas o conhecimento de sua importância é que poderá ser o diferencial entre a colocação de obstáculos ou estimulação de sua alavancagem.

7 MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR

Após a avaliação do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ a partir das etapas selecionadas do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis^(2007; 2012), apresento, neste capítulo, as contribuições desse estudo para o avanço do referido Processo, bem como a proposta de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar propriamente dito.

Para isso, utilizei as considerações emergidas após a finalização de cada uma das etapas selecionadas e, a partir delas, procurei avançar na construção de elementos capazes de preencher as lacunas percebidas.

Sendo assim, apresento as contribuições elaboradas no decorrer desse processo utilizando as etapas selecionadas do referido Modelo para melhor visualização.

Descrição:

Ao descrever os *componentes estruturais* presentes no Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, foi possível perceber a ausência de **pressupostos** próprios e também, que os pressupostos utilizados por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ originavam-se de escritos de Jean Watson, os quais passaram, posteriormente, por um processo de revisão e evolução dentro da Teoria do Cuidado Humano^(2005; 2008a; 2012).

Portanto, fez-se necessária a revisão, a criação e a substituição de pressupostos que embasam o atual Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda, que emerge desse estudo.

- 1- O cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado;
- 2- O encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal;
- 3- A aplicação dos elementos do Processo *Clinical Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal;
- 4- Cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro;

5- As particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal;

6- Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano;

7- A família, em especial o familiar cuidador, é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e, juntamente com o cliente, constituem a unidade de cuidado da enfermeira;

8- Olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituidor, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Análise:

O cumprimento da etapa de análise do Modelo de Avaliação de Teorias desenvolvido por Meleis^(2007; 2012) levou à verificação da necessidade de ampliação dos conceitos de saúde e ser humano, além do desenvolvimento de características conceituais que corroborassem com os antecedentes do conceito de domicílio, os quais fazem parte da construção do modelo de cuidado proposto.

Nesse sentido, a proposta de definição do conceito de **saúde**, levando em conta o contexto ao qual será aplicado no Modelo de Cuidado proposto por este estudo, é: experiência subjetiva relativa ao físico, psíquico, social, cultural, e espiritual do ser humano, em que o contexto, a trajetória de vida e as relações pessoais influenciam a manutenção do bem estar individual e coletivo. É um processo que permite interação do ser humano com a família, com o ambiente e com a sociedade. A saúde pode ser alcançada a partir do momento em que o *healing* é estabelecido.

Da mesma forma, seguindo as premissas - teórica e filosófica - descritas no conceito de saúde, o conceito de **ser humano** construído nesse estudo refere-se à pessoa, ao homem independente do sexo. Ser único na sua existência, que sofre, sorri, pensa, constrói, interage consigo, com o outro, com o mundo e com o cosmos,

envolto em sentimentos, pensamentos, capaz de modificar o meio no qual está inserido. É mente, é corpo, é espírito.

Outra contribuição deixada por este estudo refere-se à elaboração de uma proposta de definição conceitual pautada na análise de conceito realizada com base nos atributos, antecedentes e consequências, conforme preconizado na Análise de Conceito^(Walker; Avant, 2011), para cada um dos conceitos analisados que compõem o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar em desenvolvimento.

Entendendo o conceito como uma construção mental sobre determinado fenômeno, proponho uma definição teórica²⁶ pautada nos atributos definidores elencados para cada um dos conceitos analisados.

Dessa forma, o conceito de **Enfermagem** pode ser descrito como: Disciplina, ciência, arte e tecnologia. É ser, estar, pensar, fazer, acontecer e transformar. Enfermagem é a profissão do cuidar que acontece mediante a relação de cuidado entre o profissional e o cliente, estando em constante evolução e, embora apresente premissas básicas, é singular no momento de cuidado vivido entre aquele que cuida – enfermeira - e o ser cuidado – cliente, capaz de proporcionar restauração, equilíbrio e autonomia para os envolvidos.

Já o conceito de **cuidado domiciliar** pode ser definido como ação desenvolvida por profissionais ao trinômio cliente-família-cuidador no contexto domiciliar. Envolve acompanhamento, tratamento, manutenção, recuperação e reabilitação de clientes, por meio de uma equipe multiprofissional, além de proporcionar morte digna àqueles em fase terminal, com interesse, preocupação, apoio, empatia e o envolvimento de diversos tipos de conhecimento, promovendo a participação familiar com respeito às crenças e valores individuais. O cuidado domiciliar pode ser também denominado de atendimento ou assistência domiciliar e envolve as modalidades de visita e internação domiciliar, em que, além da realização de cuidados, a prevenção e a promoção da saúde são objetivadas mediante orientações e ações educativas direcionadas ao cliente, família e cuidador domiciliar.

O conceito de **cuidador** por sua vez engloba pessoas significantes para o cliente, tais como familiares, vizinhos ou amigos, que possuem amplo conhecimento

²⁶ Meios pelos quais os teóricos introduzem ao leitor as definições críticas dos atributos de cada conceitos. São definições abstratas e não podem ser mensuradas^(Walker; Avant, 2011).

do cliente, dotados de altruísmo, responsabilidade e dedicação. É considerado o componente chave de todo processo de cuidar, capaz de ser o elo entre os profissionais de saúde, o cliente e os demais membros da família. Pode desempenhar atividade voluntária ou remunerada quando se tratar de profissional capacitado, geralmente membro da equipe de saúde.

Partindo do mesmo princípio, o conceito de **família** pode ser definido como um conjunto de pessoas com vínculos afetivos e/ou efetivos que, ao interagir formam um núcleo de convivência que é influenciado e determinado pelo ambiente. Constituição social pautada em crenças, valores e normas, estruturada cultural e socialmente, representando, juntamente com o cliente/ser humano e o cuidador, a unidade de cuidado da Enfermagem domiciliar.

Tendo como bases conceituais o cuidado domiciliar e a Teoria do Cuidado Humano, **ambiente** pode ser definido em duas perspectivas. A primeira, micro, referindo-se ao domicílio, a um local em que a família vive e se desenvolve tanto física, emocional, mental e espiritualmente, sendo considerado o primeiro espaço de relações sociais e também de conflitos. É um local íntimo, onde se pode encontrar a essência de cada um dos que lá habitam. Espaço único de cuidado e de domínio do cliente.

Já em uma perspectiva macro, é definido como o espaço geográfico em que o homem vive com sua família. É considerado um meio interferente, capaz de influenciar as pessoas e ser por elas influenciado. Além disso, é no ambiente que as pessoas se desenvolvem e interagem.

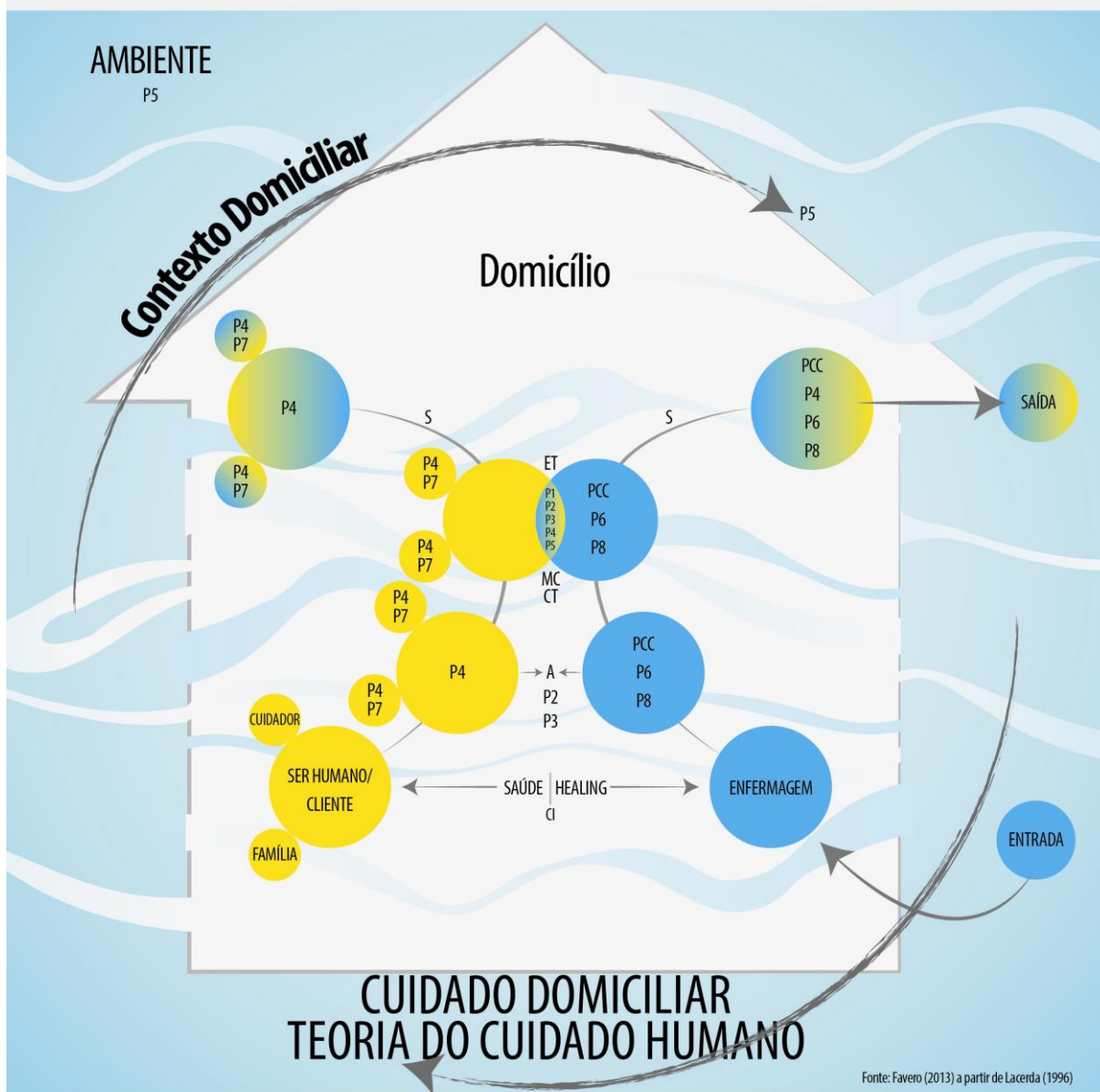
Finalmente, por **contexto domiciliar** entende-se tudo que é capaz de envolver e influenciar o ser humano e sua família. Muito mais que o ambiente domiciliar, o contexto refere-se às questões sociais, econômicas, culturais e relacionais entre os envolvidos na relação de cuidar. Trata-se de ir além do espaço físico, e sua importância é fundamental para o desenvolvimento do cuidado.

Além da definição dos conceitos elencados, pretendeu-se, nessa fase, contribuir para a construção do conhecimento em Enfermagem, em especial, na Enfermagem domiciliar, adicionando elementos capazes de favorecer a identificação dos antecedentes do conceito de domicílio, lacuna observada na análise dos conceitos realizada nesse estudo.

Crítica:

Para o cumprimento do preconizado na etapa de crítica do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis⁽²⁰¹²⁾, fez-se necessário propor um novo diagrama representativo do modelo emergente, englobando os novos conceitos e pressupostos descritos, aliando-se as fases metodológicas propostas por Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, tendo como premissas filosóficas a Teoria do Cuidado Humano e seus elementos *clinical caritas*, além das bases conceituais do cuidado domiciliar, que é apresentado na Figura 5.

Figura 5: Representação gráfica do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda.



Fonte: Favero (2013) a partir de Lacerda (1996)

LEGENDA:

CI: Contato Inicial.

A: Aproximação.

ET: Encontro transpessoal.

S: Separação.

PCC: Processo *Clinical Caritas*.

MC: Momento de cuidado.

CT: Cuidado transpessoal.

P1: Pressuposto 1 - Cuidado transpessoal no momento de cuidado.

P2: Pressuposto 2 - O encontro entre os seres pode evoluir para um ET.

P3: Pressuposto 3 - A aplicação dos elementos do PCC são capazes de

proporcionar o CT.

P4: Pressuposto 4 - O CT envolve dois ou mais seres unidos num mesmo propósito, que se modificam física, mental e espiritualmente e passam a viver restaurados carregando um pouco do outro consigo.

P5: Pressuposto 5 - O ambiente e o contexto domiciliar influenciam o alcance do CT.

P6: Pressuposto 6 - Conhecimento, empatia, altruísmo, respeito, sensibilidade e desejo genuíno de estar na relação são características da enfermeira que atua no cuidado domiciliar e pretende aplicar a teoria do cuidado humano.

P7: Pressuposto 7 - Família / Familiar cuidador é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e com o cliente / ser humano formam a unidade de cuidado da enfermeira.

P8: Pressuposto 8 - Olhar, ouvir, tocar, mostrar-se presente, disponível, não pré-julgar e auxiliar o outro sem imposições, representando crenças e costumes, propiciam o CT.

O diagrama representativo do Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, aqui proposto, considera os componentes do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ - contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação -, e os pressupostos criados a partir dos referenciais que embasam este estudo - apresentados no início desse capítulo entre as páginas 145 e 146 e também descritos a seguir. Além desses, os conceitos do metaparadigma da Enfermagem – saúde, ser humano, Enfermagem e ambiente – e os conceitos de cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, família, contexto domiciliar e cuidador, também constituem o referido Modelo.

Ao observar a Figura 5, é possível perceber que todo o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda está inserido no ambiente, acontecendo necessariamente no domicílio do cliente e de sua família. Este ambiente é percebido pelas duas perspectivas anteriormente descritas, ou seja, contém relações sociais e influências ambientais (macro), além de características particulares referentes ao domicílio dos sujeitos (micro).

A enfermeira, ao adentrar no domicílio para o desenvolvimento do cuidado e para utilizar o Modelo construído, deve deter as premissas teóricas do cuidado domiciliar e os preceitos filosóficos da Teoria do Cuidado Humano, grandes sustentáculos do Modelo, apresentados nos capítulos 2 e 3 (a partir das páginas 27 e 53) respectivamente.

Após a entrada do profissional nesse ambiente, inicia-se a primeira etapa do Modelo de Cuidado, denominada de contato inicial. É nela que a enfermeira percebe o cliente, a família e o cuidador familiar, compreende o contexto domiciliar que envolve toda a dinâmica do lar e, do mesmo modo, é também percebida por essas pessoas. Os elementos do Processo *Clinical Caritas* apresentados no capítulo 3 (a partir da página 59), bem como os pressupostos que orientam o Modelo, são importantes estratégias que a enfermeira precisa considerar para avançar na relação em busca do cuidado transpessoal e da transformação que dele surgirá, caso seja efetivado.

Alguns pressupostos são evidentes nesse momento, como o de número 6 - conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade. O desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano – e o de número 8 - olhar com delicadeza, ouvir com

atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não pré-julgar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituídor, respeitar seus valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal.

Da mesma forma, outros pressupostos dizem respeito ao cliente, à família e ao cuidador, pois são necessários para a eficácia do cuidado domiciliar e do cuidado transpessoal. São eles o de número 4 – o cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito e que, ao se envolverem mutuamente são modificados física, mental e espiritualmente, e passam a viver restaurados e impregnados um do outro – e o de número 7 - a família, em especial o familiar cuidador, é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e, juntamente com o cliente, constituem a unidade de cuidado da enfermeira.

A enfermeira atuante no cuidado domiciliar é conhecedora da importância do ambiente e do contexto domiciliar durante todo o processo, pois, conforme descrito no pressuposto de número 5, as particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal.

Após esse primeiro momento, que pode ser alcançado durante o primeiro encontro ou demandar outros até que seja concretizado, inicia-se a segunda etapa, denominada de aproximação. Nesta fase, a relação de cuidado já evoluiu, enfermeira e cliente/família/cuidador encontram-se mais à vontade na relação de cuidar e várias formas de comunicação ocorrem. Há formação de vínculo e sentimento de confiança mútuo.

Além dos pressupostos 6 e 8 já descritos, nessa fase, os de número 2 - o encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal – e de número 3 - a aplicação dos elementos do *Processo Clínica Caritas* durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal – devem nortear as ações da enfermeira para o alcance da próxima e mais importante etapa.

A terceira fase é denominada de encontro transpessoal. Nela ocorre a relação transpessoal, em que enfermeira e cliente passam a ser somente um. Há união, mutualidade e harmonia. O ser da enfermeira se funde com o ser do cliente e é nesse momento que o cuidado transpessoal acontece. Talvez essa seja a etapa mais difícil, pois demanda não somente o querer do profissional, mas o envolvimento

daqueles que são por ele cuidados. Ela é crucial para que a relação efetivamente aconteça.

Assim, além dos pressupostos de número 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 já apresentados, o de número 1 - o cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado – também pode ser referenciado nessa etapa.

Atingida a terceira etapa, os envolvidos nesse processo encontram-se restaurados, transformados e envolvidos um com o outro. A união da mente-corpo-espírito pode facilitar o restabelecimento da saúde e o alcance do processo de *healing*.

Nessa fase descortina-se a dimensão fenomenológica-existencial em que há transcendência dos envolvidos para além do físico-material ou do material-emocional, para além do tempo, do espaço e da fisicalidade. Watson⁽²⁰¹²⁾ afirma que a conexão espírito-espírito que emerge durante o cuidado transpessoal promove a abertura para os mistérios do universo, e conecta os envolvidos com o círculo sagrado da vida.

A quarta fase, denominada de separação, pode acontecer de duas maneiras. A primeira delas, quando o cuidado transpessoal efetivamente aconteceu, há a transformação dos seres e eles se libertam do círculo criado, pois, a partir de agora, podem seguir sua vida independentemente, mas levarão consigo parte do outro envolvido nesse processo.

Outra forma de separação acontece por solicitação do profissional ou do cliente/família/cuidador, seja pela não evolução da relação de cuidar e impossibilidade de alcançar a terceira etapa; seja pela necessidade de suporte de outros profissionais; ou ainda por desejo do cliente/família/cuidador em se afastar. As separações abruptas podem ocorrer por necessidade de melhor preparo da enfermeira e do cliente, ou por recuo deste durante as fases anteriores.

Portanto, o Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar de Favero e Lacerda pode ser aplicado em diversas áreas do conhecimento em Enfermagem, incluindo os clientes fora de possibilidades terapêuticas, pois a morte não é motivo para acreditar que o encontro transpessoal não possa ocorrer ou que a saúde ou o processo de *healing* não serão atingidos. Nesses casos, o cuidado não enfoca a recuperação, e sim, a promoção do conforto, da dignidade e de uma melhor qualidade de vida, enquanto for possível e estiver ao alcance dos envolvidos, além de uma morte digna quando esta for inevitável.

Teste:

A última etapa selecionada do Modelo de Meleis^(2007; 2012) e que fez parte desse estudo é a etapa de teste de utilidade da teoria, e, no caso desse estudo, do Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾.

Foi possível perceber que os três estudos que utilizaram tanto o Processo de Cuidar como a Teoria do Cuidado Humano enfocaram na prática, no cuidado de Enfermagem ao cliente e sua família, em várias áreas do conhecimento em Enfermagem.

Embora implicações para a pesquisa e para o ensino tenham sido deixadas em todos os estudos analisados, nenhum deles teve como proposta inicial sua aplicação nessas áreas, o que permite evidenciar que, aliadas à administração, elas compõem potencialidade de aplicação em estudos futuros, de modo que possa ser verificada a possibilidade de implementação e eventuais contribuições para a Enfermagem nesses campos de atuação.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propor a construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir de um Processo de Cuidar foi um grande desafio. Primeiramente por tratar-se de uma pesquisa teórica, diferente de tudo que eu já havia realizado e com que havia tido contato anteriormente. Essa metodologia requer aprofundamento teórico, imersão em conceitos, declarações, para que seja possível captar a essência daquilo que se estuda e conceber um caminho que propicie o crescimento e avanço na construção do conhecimento em determinada área.

Por várias vezes sentia-me só, sem saber se estava no caminho certo, se minhas reflexões e abstrações eram condizentes com o que o método propõe e com as diretrizes delineadas por Afaf Meleis.

O Modelo de Avaliação de Teorias^(2007; 2012) criado pela teórica egípcia também fez parte desse desafio. Eu desconhecia tal trabalho e muito pouco sobre o assunto se produz no Brasil, havendo a necessidade de buscar conhecimento em literatura internacional e aprimoramento em disciplina oferecida em outro programa de Pós-graduação da Federação. Essa troca de experiências, contato com outros pós-graduandos e doutores conhecedores do assunto, trouxe-me enriquecimento pessoal, profissional e, principalmente, teórico.

Outra questão que fez parte desse desafio foi que o Processo de Cuidar⁽¹⁹⁹⁶⁾, o qual estava sendo transformado, era trabalho desenvolvido por minha atual orientadora. Dessa forma, ninguém melhor do que a própria autora para saber se a análise e leitura por mim realizadas, condiziam com o proposto em seu estudo.

Nesse sentido, senti-me muito à vontade, com liberdade para descrever eventuais lacunas percebidas e para sugerir reformulações capazes de atingir o objetivo proposto.

Sendo assim, exponho algumas características que puderam ser observadas e construídas no decorrer do processo de elaboração dessa tese:

➤ O Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar, criado a partir do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾ é fundamentado teórica e filosoficamente na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson;

- Apresenta, em sua estrutura, os quatro conceitos do metaparadigma da Enfermagem – saúde, ambiente, Enfermagem e ser humano;
- É composto por pressupostos humanistas baseados na atenção domiciliar à saúde;
- É formado por conceitos derivados de outros estudos, os quais estão explicitamente apresentados e claramente descritos;
- Além dos conceitos do metaparadigma inclui os conceitos de cuidado domiciliar, cuidado transpessoal, contexto domiciliar, família e cuidador;
- Está graficamente representado em um diagrama capaz de orientar sua aplicação prática;
- Está voltado para o cuidado de Enfermagem domiciliar, mas pode ser utilizado em diversas áreas do conhecimento em Enfermagem – oncologia, pediatria, gerontologia, saúde mental, cuidados paliativos, saúde da mulher, entre outras – desde que o ambiente de cuidado seja o domicílio dos clientes;
- Está direcionado para a prática de Enfermagem, incluindo o processo de cuidar, com a utilização dos elementos do Processo *Clinical Caritas* e com as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação;
- A interação entre o ser que cuida e o ser cuidado – cliente, família e enfermeira - se dá a todo o momento e é considerada fundamental para a concretização do cuidado e da relação transpessoal;
- Mostra-se como uma ferramenta útil para o ensino de Enfermagem, mediante a aproximação com referenciais teóricos da disciplina; para a pesquisa, por constituir campo para o desenvolvimento de novos conhecimentos, e para a administração em Enfermagem, por possibilitar a organização do cuidar mediante a aplicação do cuidado sistematizado, além de vislumbrar alternativa para o cuidado humano ao cliente sob cuidados de Enfermagem em seu domicílio.

Dessa forma, considerando as etapas selecionadas do Modelo de Meleis e com o conceito de modelo de cuidado defendido nesta pesquisa, acredito que atingi o objetivo principal e afirmei a tese defendida, pois, foi possível construir um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda⁽¹⁹⁹⁶⁾, utilizando o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.

Vale ressaltar que o Modelo proposto por Meleis é destinado à avaliação de Teorias de Enfermagem, fato que justifica a limitação do uso de todas as etapas preconizadas pela teórica, pois realizei a análise de um processo de cuidar, o qual

não possui todos os elementos presentes em uma teoria, o que possibilitaria a utilização integral do referido Modelo.

Outra consideração que não poderia deixar de ser mencionada refere-se à aplicabilidade do Modelo que ora emerge. Conforme descrito no capítulo referente ao percurso metodológico, uma pesquisa teórica tem como objetivo imediato a construção e aprimoramento do saber, para que, posteriormente – objetivo mediato, – possa ser aplicada na prática do cuidar e ser validada ou reformulada.

Tenho como pretensão aplicar o Modelo emergido desse estudo na minha prática enquanto pesquisadora, docente e enfermeira. Porém, ainda não consigo visualizar como isso acontecerá, se enquanto pesquisadora ou orientadora de cursos de pós-graduação, ou, quem sabe, em um pós-doutorado futuro. Sobre isso, prefiro deixar o tempo mostrar-me, e minha identidade surgir com o amadurecimento de cada processo que vivencio.

Espero que esse estudo possa contribuir para o desenvolvimento da profissão, para o avanço no saber da Enfermagem, em especial, da Enfermagem domiciliar; que possa sensibilizar e despertar uma nova forma de cuidar, para que outros enfermeiros se envolvam e se reconheçam nessa filosofia de cuidado e de vida e adotem o referencial do cuidado humano como parte de suas práticas diárias.

A Enfermagem brasileira precisa desenvolver mais e mais conhecimentos, e urge a necessidade de Teorias de Enfermagem brasileiras e modelos de avaliação de Teorias desenvolvidos por enfermeiras brasileiras, o que possibilitará visibilidade da profissão no Brasil e no mundo, avanço no conhecimento, além de cuidados sistematizados e embasados teórica e filosoficamente para os clientes carentes de cuidados e de saúde.

REFERÊNCIAS

Alligood MR, Tomey AM. Introduction to nursing theory: history, terminology, an analysis. In: Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 5th ed. St Louis, Missouri: Mosby; 2002.

Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theory: utilization and application. 3rd ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2006.

Alligood MR. Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures. In: Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theory: utilization and application. 3rd ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2006, p. 43-65.

Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theorists and Their Work. 7th ed. Mosby [Internet] 2009 [acesso em 30 ago 2011]. Disponível em:
http://www.us.elsevierhealth.com/product.jsp?sid=EHS_US_BS-SPE-637&isbn=9780323056410&lid=EHS_US_BS-DIS-4&iid=null

Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):649-55.

Araújo IMA, Oliveira MV, Fernandes AFC. Compreensão do Modelo de King sobre o paradigma do interacionismo simbólico. Rev Bras Enferm. 2005;58(6):715-8.

Araújo MAL, Pagliuca LMF. Análisis de contexto del concepto de ambiente en la teoría humanística de Paterson y Zderad. Index Enferm. [Internet] 2005 [acesso em 29 mai 2011];14(48-49). Disponível em:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Barroso LMM, Brito DMS, Galvão MTG, Lopes MVO. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Acta Paul Enferm. 2010;23(4):562-7.

Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. Cogitare Enferm. [Internet] 2008 [acesso em 23 Fev 2012];13(1):118-23. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11972/8443>

Brasil. Anvisa. RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006: dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006 [Internet] [acesso em 22 ago 2011]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/legis.htm#81_resol

Brondani CM, Beuter M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. Rev Gaúcha Enferm. 2009 Jun;30(2):206-13.

Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski C, Rocha LS. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. Texto Contexto Enferm. 2010 Jul/Set;19(3):504-10.

Bunkers SS. Book Reviews. Nurs Sci Q. [Internet] 2011 [acesso em 08 ago 2011]; 24(3):289–92. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/content/24/3/289>

Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci. 1978;1(1):13-23.

Carraro TE, Wall ML. Um modelo de cuidado de enfermagem aplicado a grupos de mulheres-mães. Avances en enfermería. [Internet] 2005 Jan/Jun [acesso em 22 ago 2011];23(1):90-9. Disponível em: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiii1_9.pdf

Carvalho EC, Bachion MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev Eletr Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 12 Set 2010];11(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>

Carvalho EC, Kusumota L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(Esp):554-7.

Carvalho NV, Neta DSR, Silva GRF, Araújo TME. O processo Clinical Caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. Revista de Enfermería y Humanidades. [Internet] 2011 [acesso em 21 jul 2011]; 29:82-8. Disponible em: http://bibliotecadigitalcecova.es/contenido/revistas/cat5/pdf/Cultura_Cuidados_29.pdf

Chinn PL, Kramer MK. Theory and Nursing: a systematic approach. 4th ed. St. Louis, Mosby; 1995.

Chinn PL, Kramer MK. Integrated knowledge development in nursing. [Internet] 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2004 [acesso em 16 ago 2011]. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=TH6huue4oGoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Chinn PL. Three Decades of Excellence in Nursing Scholarship. Adv Nurs Sci. [Internet] 2007 Jan/Mar [acesso em 08 ago 2011];30(1):1-2. Disponível em: http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2007/01000/Three_Decades_of_Excellence_in_Nursing_Scholarship.1.aspx?WT.mc_id=EMxALLx20100222xxFRIEND

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº. 196, de 10 Outubro 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet] [acesso em 26 ago 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

Cogo AL, Pedro E, Almeida M. Teaching of the Nursing Process in Brazil: literature review from 1996 to 2006. Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet] 2006 [acesso em: 10 Set 2010];15(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/542/122>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet] 2009 [acesso em 09 jan 2012]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>

Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm. 2005 Set/Out;58(5):568-72.

Davidson P. Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'? Aust J Adv Nurs. [Internet] 2006 [acesso em 12 dez 2010];23(3):47-55. Disponível em: <http://www.ajan.com.au/Vol23/Vol23.3-7.pdf>

Davidson P, Halcomb E, Hickman L, Phillips J, Graham B. Beyond the rhetoric: what do we mean by a "model of care"? Australian Journal of Advanced Nursing. 2006 [acesso em 22 fev 2010];23(3):47-55. Disponível em: <http://www.ajan.com.au/Vol23/Vol23.3-7.pdf>.

Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AMK. Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2000 [acesso em 10 Dez 2010];34(4). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AMK. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2002 [acesso em 15 Out 2010];10(2). Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10513.pdf>

Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000.

Demo P. Introdução à metodologia da ciência. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.

Duarte, YAO. O Mundo da Saúde. [Internet] 2006 Jan/Mar [acesso em 22 ago 2011]; 30(1):37-44. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/34/cuidados_cenario.pdf

Faro ACM. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. Rev. Nursing. 2000 Mar;(22):26-8.

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

Favero L, Lacerda MR, Mazza VA, Hermann AP. Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da enfermagem brasileira. Rev. Min. Enferm. 2009 Out/Dez;13(4):585-591.

Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Acta Paul Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 23 Feb 2012]; 22(2):213-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>

Favero LF, Mazza VA, Lacerda MR. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study. Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet] 2010 [acesso em 23 Feb 2012]; 9(1). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2707/html_77

Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in nursing: an analysis grounded in a conceptual model. Rev. Esc. Enferm. USP [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2013 June 14]; 47(2): 500-505. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200032&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>.

Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2nd ed. F. A. Davis Company; 1989.

Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd ed. Philadelphia (PA): F. A. Davis Company; 2005.

Fonsêca ALN. O cuidado transpessoal de Enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.

Fonsêca ALN, Lacerda MR, Maftum MA. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. Cogitare Enferm. 2006 Jan/Abr;11(1):7-15.

França ISX, Pagliuca LMF. Utilidade e significância social da teoria do alcance de metas de King. Rev Bras Enferm. 2002;55(1):44-51.

Funch F. Holarchies. [Internet] 1995 Fev [acesso em 16 ago 2011]. Disponível em: <http://www.worldtrans.org/essay/holarchies.html>

Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.

Garcia TR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Nursing process: application to the professional practice. Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet] 2004 [acesso em 10 Set 2010];3(2). Disponível em: www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm

Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 07 Nov 2010];13(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>

Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2006 Out/Dez;15(4):645-53.

Graças EM; Santos GF. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):200-7.

Gomes IM, Lacerda MR. Correlations between social support and the home nursing: Integrative review. Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet] 2010 [acesso em 23 Fev 2012];9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2876/658>

Gomes VLO, Backes VMS, Padilha MICS, Vaz MRC. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Invest Educ Enferm. 2007;25(2):108-15.

Hayden SJ. Book Reviews. Nurs Sci Q. [Internet] 2011 [acesso em 08 ago 2011]; 24(3):289–92. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/content/24/3/289>

Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. Cogitare Enferm. 2007 Out/Dez;12(4):513-8.

Im E-O. Afaf Ibrahim Meleis. Transition Theory. In: Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theorists and Their Work. 7th ed. Mosby [Internet] 2009 [acesso em 30 ago 2011]:416-33. Disponível em: <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>

Karnick PM. Making the Connection: Theory, Research, and Practice. Nurs Sci Q. [Internet] 2011 [acesso em 08 ago 2011];24(1):26. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com>

Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. Trad. de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 8^a ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Lacerda MR. Cuidado Transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.

Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. Cogitare Enferm. 1997 Jan/Jun;2(1):44-9.

Lacerda MR. Enfermagem: uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. Rev Bras Enferm. 1998 Abr/Jun; 51(2):207-16.

Lacerda MR. Internação domiciliar: uma experiência de sucesso [apresentação ao 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curso pré-congresso; ABEn - Seção SC, Florianópolis; 1999].

Lacerda MR. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Lacerda MR, Oliniski SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. *Texto Contexto Enferm*. 2003 Jul/Set;12(3):307-13.

Lacerda MR. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. *Acta Sci H Sci*. 2004; 26(1): 239-48.

Lacerda MR, Oliniski SR, Giacomozzi CM. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. *Fam. Saúde Desenv*. 2004 Maio/Ago;6(2):110-8.

Lacerda MR, Oliniski SR. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2005 Abr; 26(1):76-87.

Lacerda MR. A prática profissional de enfermagem nos aspectos sociais e políticos. *Cogitare Enferm*. 2006 Jan/Abr;11(1):7-8.

Lacerda MR, Zagonel IPS, Martins SK. [Standards of the nursing knowledge and its interface to the attendance to the domiciliary - a literature review](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/293/59). *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Internet] 2006 [acesso em 16 Out 2011];5(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/293/59>

Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 2006 Mai/Ago;15(2):88-95.

Lacerda MR, Oliniski SR, Giacomozzi CM, Venturi KK, Truppel TC. The kinds of home health care and the practice of health professionals - exploratory and descriptive research. *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Internet] 2007 [acesso em 23 Fev 2012];6(0). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/557/127>

Lacerda MR, Przenyczka RA. Exercício (i)legal da enfermagem: a realidade do cuidador informal. *Cogitare Enferm*. 2008 Jul/Set;13(3):343-51.

Lacerda MR, Martins SK. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. Rev RENE. 2008 Abr/Jun;9(2):148-56.

Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. Ciência e Saúde Coletiva. 2010;15(5):2621-6.

Lacerda MR, Gomes IM, Kalinowski LC, Giacomozzi CM. Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. Cogitare Enferm. 2010 Out/Dez; 15(4):609-15.

Leite JL; Erdmann AL; Carvalho SM; Pezzi MCS; Dantas CC. O caminhar para a concepção de um modelo de cuidado ao cliente hiv positivo. Cienc Cuid Saude. 2007 Abr-Jun; 6(2):187-196.

Leopardi MT. Teoria e método em assistência de Enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.

Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2006 [acesso em 7 Nov 2010];40(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a15v40n1.pdf>

Linard AG, Pagliuca LMF, Rodrigues MSP. Aplicando o modelo de avaliação de Meleis à teoria de Travelbee. Rev Gaúcha Enferm. 2004;25(1):9-16.

Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. Cad. Saúde Pública. 2004;20 Suppl 2:S283-97.

Lúcio IML, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2008 [acesso em 29 mai 2011];42(1):173-80. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

Lukose A. Developing a Practice Model for Watson's Theory of Caring. Nursing Science Quarterly. [Internet] 2011 [acesso em 08 ago 2011];24(1):27–30. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/content/24/1/27>

Machado ALG, Silva MJ, Freitas CHA. Assistência domiciliar em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011 Mar/Abr;64(2):365-9.

Martins SK, Lacerda MR. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. Rev RENE. 2008 Abr/Jun;9(2):148-56.

Martins SK, Mathias JJS, Meier MJ, Lacerda MR. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. Cogitare Enferm. 2005 Mai/Ago;10(2):84-9.

Mathias JJS, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo *clinical caritas*: novos rumos para o cuidado de Enfermagem transpessoal. Acta Paul. Enferm. 2006;19(3):332-7.

Mathias JJS. Cuidado transpessoal de enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia: um marco referencial [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.

Meier MJ. Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

McEwen M. Desenvolvimento da Teoria: estruturação dos relacionamentos conceituais na enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.97-118.

Meleis AI. Culturally Competent Care. J Transcult Nurs. [Internet] 1999 [acesso em 15 ago 2011];10(12). Disponível em: <http://tcn.sagepub.com/content/10/1/12.citation>.

Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins; 2007.

Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins; 2012.

Michaelis: dicionário escolar língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2008.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2. 529, de 19 de outubro de 2006: institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. [Internet] 19 out 2006 [acesso em 22 ago 2011]. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>

Moraes LMP, Lopes MVO, Braga VAB. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):228-33.

Morse JM. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Adv. Nurs. Sci.* [Internet] 1995 Mar [aceso em 30 jun 2011]; 17(3):31-46. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778889>

Moura ERF, Pagliuca LMF. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(3):270-9.

Munhall PL. 'Unknowing': toward another pattern of knowing in nursing. *Nurs Outlook.* 1993;41:125-8.

Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(4):643-8.

Neves RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm.* 2006 Jul/Ago;59(4):556-9.

Nóbrega MML, Barros ALBL. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2001 Jan-Mar; 54(1):74-80.

Oliniski SR, Lacerda MR. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. *Rev Bras Enferm.* 2006 Jan/Fev;59(1):100-4.

Oliveira TC, Lopes MVO, Araújo TL. Physiologic mode of Sister Callista Roy adaptation model: reflexive analysis according to Meleis. *Online Brazilian Journal of Nursing.* [Internet] 2006 [acesso em 03 ago 2011];5(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/70/22>

Oliveira SHS, Pagliuca LMF, Barroso MGT. Análise do círculo de contágio da teoria da ação racional e sua adequação à enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* [Internet] 2007 [acesso em 15 ago 2011];9(3):866-77. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a25.htm>

Oliveira MC. Os Modelos de Cuidados como Eixo de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação*

Médica. [Internet] 2008 [acesso em 06 Dez 2010];32(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a09.pdf>

Orem DE, Taylor SG. Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. *Nursing Science Quarterly*. [Internet] 2011 [acesso em 08 ago 2011];24(1):35–41. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/content/24/1/35.pdf>

Oriá MOB; Ximenes LB, Pagliuca LMF. Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Rev Enferm UERJ*. 2007 Jan/Mar;15(1):130-5.

Padilha MI, Borenstein MS, Santos I, organizadores. *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul – SP: Difusão Editora; 2011.

Password: English dictionary for speakers of Portuguese. Trans. by John Parker and Monica Stahel. 2nd ed. São Paulo: Martis Fontes, 2002.

Penn Nursing Science. University of Pennsylvania: School of Nursing. [Internet] 2011 [acesso em 28 ago 2011]. Disponível em: <http://www.nursing.upenn.edu/faculty/profile.asp?pid=853>

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet] 2005 [acesso em 10 Nov 2010];13(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a13.pdf>

Persegona KR, Teixeira RC, Lacerda MR, Mantovani MF, Zagonel IPS. A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2007 [acesso em 23 Feb 2012];12(3):386-91. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10040/6896>

Pessoa MF, Pagliuca LMF, Damasceno MMC. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. *Rev. Enferm. UERJ*. 2006;14(3):87-92.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorrell. 5^aed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Praça NS, Merighi MAB. Pesquisa qualitativa em Enfermagem. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 1-3.

Püschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2006 [acesso em 07 Nov 2010];40(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/14.pdf>

Ramos LAR, Carvalho EC, Canini SRMS. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Eletr Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 10 Set 2010];11(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a05.htm>

Rocha PK. Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de Enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

Rocha PK, Prado ML. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo? Index Enferm [Internet]. 2008 Jun [acesso em 24 fev 2010];17(2): 128-132. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200011&script=sci_arttext

Rocha PK, Prado ML, Wall ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev Bras Enferm. 2008; Jan/Fev; 61(1): 113-6.

Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. Journal of Advanced Nursing. [Internet] 1989 [acesso em 30 jun 2011];14:330-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2661622>

Rodgers BL, Knafk KA. Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications. 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2000.

Rodrigues DP, Pagliuca LMF, Silva RM. Modelo de Roy na enfermagem obstétrica. Rev Gaúcha Enferm. 2004;25(2):165-75.

Rolim KMC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2005 Maio/Junho [acesso em 06 ago 2011];13(3):432-40. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

Rosa LM, Sebold LF, Arzuaga MA, Santos VEP, Radünz V. Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. Rev. Enferm. UERJ. 2010 Jan/Mar;18(1):120-5.

Ruiz JA. Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Salomão GSM, Azevedo RCS. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(5):691-5.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Rev Saúde Pública. [Internet] 2003 [acesso em 04 dez 2010];37(1):15-23. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp

Santos LR, de Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciência e Saúde Coletiva. 2011;16 Suppl. 1:855-63.

Scatena JHG, Tanaka OY. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. [Internet] 2000 [acesso em 12 Dez 2010];8(4). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n4/3550.pdf>

Siqueira MBC. Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém-Nascidos Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fiocruz; 2008. Disponível em: <http://bvssp.iciict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1758>

Silva AL, Arruda EM. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem? Texto Contexto Enferm. 1993 Jan-Jun; 2(1):82-92.

Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. [Internet] 2005 [acesso em 22 ago 2011];39(3):391-7. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>

Silva VM, Oliveira TC, Damasceno MMC, Araújo TL. [Languages of the nursing process in the dissertations and theses: a bibliographical study](#). Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet] 2006 [acesso em 23 fev 2011];5(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/328/72>

Silva CMC, Valente GSC, Bitencourt GR, Brito LN. A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare Enferm.* 2010 Jul/Set;15(3):548-51.

Sousa ATO, França JRFS, Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa SFG. Palliative care: a conceptual analysis. *Online Brazilian Journal of Nursing.* [Internet] 2010 [acesso em 31 out 2011];9(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2947/667>

Souza SM. Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Souza SM, Lacerda MR. Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2 Pt 2): 726-36.

St. Hill PF, Lipson JG, Meleis AI. *Caring for women cross-culturally.* Philadelphia: F.A. Davis Company; 2003.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde da Família. Manual de Enfermagem. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. [Internet]. Brasília. 2001 [atualizada em 26 set 2001; acesso em 22 ago 2011]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/38manual_enfermagem.pdf

Tomey AM, Alligood MR. *Nursing Theorists and their work.* 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2002.

Waldow VR; Borges RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev Latino-am Enfermagem.* [Internet] 2008 [acesso em 15 Out 2010];16(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 4th ed. Upper Saddle River: Pearson; 2005.

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 5th ed. Upper Saddle River: Person Education; 2011.

Wall ML. Metodologia da assistência: um elo entre a enfermagem e a mulher mãe [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Wall ML. Características da proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

Watson J. The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979.

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

Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem. Trad. de João Enes. Loures (PT): Lusociência; 2002a.

Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Trad. de João M. M. Enes. Loures (PT): Lusociência; 2002b.

Watson J. Intentionality and caring-healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. Holistic Nursing Practice. [Internet] 2002c [acesso em 22 jan 2012]; Jul;16(4):12-9. Disponível em: http://journals.lww.com/hnpjournal/Abstract/2002/07000/Intentionality_and_Caring_Healing_Consciousness_A.5.aspx

Watson J. Caring science as sacred science. 1st Ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005.

Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan/Mar;16(1):129-135.

Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised edition. Colorado: University Press of Colorado; 2008a.

Watson J. About Dr. Jean Watson. College of Nursing. University of Colorado Anschutz Medical Campus. [Internet] 2008b [acesso em 23 ago 2011]. Disponível em:

<http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/caring/Pages/DrJeanWatson.aspx>

Watson J. Theory of Human Caring: Transpersonal Caring and the Caring Moment Defined. [Internet] 2008c [acesso em 24 ago 2011]. Disponível em:

<http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/caring/humancaring/Pages/TranspersonalCaringandtheCaringMomentDefined.aspx>

Watson J. Caring as the essence and science of nursing and health care. Mundo saúde. 2009 Abr/Jun;33(2):143-9.

Watson J. Watson Caring Science Institute: International caritas consortium. [Internet] 2011 [acesso em 23 ago 2011]. Disponível em:

<http://www.watsoncaringscience.org/>

Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2nd ed. Ontario: Jones & Bartlett Learning; 2012.

Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001.

White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. Adv Nurs Sci. 1995;17(4):73-86.

Wills EM. Visão geral das grandes Teorias da Enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para Enfermagem. Trad. de Ana Maria Thorell. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 141-55.

Wills EM, McEwen M. Desenvolvimento de conceito: esclarecimento do significado dos termos. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para Enfermagem. Trad. de Ana Maria Thorell. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 74-96.