
Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem

Margarida Alexandra Silva. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde na Comunidade. Mestre em Ciências da Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

João Graveto. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Toxicodependência e Patologias Psicossociais. Doutor em Desarrollo y Intervención Psicológica. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

NOTA INTRODUTÓRIA

Como distinguir uma teoria de um modelo? Cowan (2002), refere que um modelo é uma descrição simplificada de um sistema, isto é, um modo de descrever o que se faz e o que se pode fazer. Por outro lado, uma teoria é uma suposição ou um sistema de ideias baseado em princípios gerais que fornece uma explicação para algo.

Numa outra perspectiva, um modelo representa a estruturação da realidade de uma disciplina, uma abstracção e uma concepção, uma forma de entender e de estruturar uma realidade dando-lhe sentido. As teorias decorrem dos modelos e são elaboradas consoante a óptica que se tem da ciência, fornecendo os conhecimentos necessários à construção de um saber e constituem expressões qualificadas que distinguem a área do saber, descrevendo, explicando e demonstrando (Adam, 1994).

Não é finalidade deste artigo fazer uma descrição das várias teorias e modelos existentes na enfermagem para a (na) prática profissional, mas sim procurar reflectir sobre algumas questões que poderão surgir no decurso da educação advindo dos próprios docentes, profissionais ou estudantes. Iremos centrar-nos sobre algumas cogitações que são objecto de reflexão e questionamento constante quando se leccionam modelos conceptuais para a prática da enfermagem e, por outro lado, quando seapura o que se passa na prática da enfermagem. Será que se utilizam, integralmente, na prática os modelos conceptuais? Serão adaptações dos mesmos? Poderemos falar em “modelos ocultos” na prática da enfermagem? Onde se centra a prática, a formação e a investigação da enfermagem?

Sobre estas e outras questões iremos debruçar-nos ao longo do artigo, não aspirando respostas inequívocas para as mesmas mas esperando, contudo, que as cogitações aqui expostas forneçam alguns contributos para reflexão sobre esta realidade.

“Modelo (s)” para a (na) Prática Profissional

Todos os profissionais de saúde têm um objectivo comum: manter e melhorar a saúde e o bem-estar. Contudo, esse objectivo, para que todos tendem, abrange finalidades próprias de cada profissão, que importa clarificar. Compete, pois, a cada um justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal e profissional para a melhoria da saúde (Adam, 1994).

Advoga a mesma autora que a prática, a formação e a investigação baseiam-se, de facto, num esquema conceptual sendo, portanto, de grande utilidade para qualquer enfermeiro, tanto no que se refere à sua função social, como membro da equipa de saúde, como nos termos do seu papel meramente individual. Um esquema de referência claro e preciso possibilita, além disso, ao enfermeiro explicar aos colegas de equipa e às pessoas em geral, a natureza da sua disciplina, especialmente quando o mesmo insiste em ocupar o seu lugar no seio da equipa multidisciplinar a constituir ou já plenamente definida.

Neste sentido, Meleis (1991) é da opinião de que a disciplina se define como um domínio específico do estudo académico e com a prática que se espera que produza um tipo de padrão comportamental. Citando Webster, a mesma autora refere que uma disciplina inclui um ramo particular do conhecimento, as normas que o regulam e as formas através das quais uma dada ordem e um conjunto de regras são aplicadas ao conhecimento.

No mesmo contexto, a autora considera que o domínio da disciplina tem fronteiras práticas e teóricas. As práticas representam os interesses de investigação e emergem das questões consideradas relevantes. As fronteiras teóricas são formuladas por “questões visionárias” colocadas pelos membros da disciplina, dos principais conceitos e problemas, processos e instrumentos para a avaliação diagnóstico e intervenção.

Não obstante, certamente que cada estudante, docente ou enfermeiro (entre os elementos de uma equipa) constroem e possuem o seu próprio esquema de referência – cada um tem a sua própria

concepção da profissão, a sua maneira de compreender o seu papel. Adam (1994) acrescenta que, muitas vezes, porém, não conseguem exprimir por palavras a imagem mental que têm da sua própria profissão, uma vez que essa imagem não é suficientemente clara nem suficientemente nítida para ser verbalizada. É aqui que se pode enquadrar o "modelo oculto" que, no fundo, norteia cada um na (para a) prática profissional.

Portugal (1999) denomina o "modelo oculto" de "modelo subjectivo de enfermagem". Tendo em conta que o mesmo é elaborado por cada indivíduo segundo as suas concepções, e que a actuação do enfermeiro é orientada por este modelo, concluímos que existirão tantos modelos de enfermagem e tantas formas de actuar quantos enfermeiros distintos. Em oposição à subjectividade deste Modelo de Enfermagem, temos o Modelo Teórico de Enfermagem, sendo este último entendido como uma forma de explicitação do que são os cuidados de enfermagem, assentando em pressupostos bem definidos a priori.

Defende a autora que os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuem para a emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir. Por outro lado, esta delimitação do papel do enfermeiro, contribui para a concentração de esforços por parte de uma equipe, ao desempenhar actividades específicas da sua profissão e ao procurarem atingir objectivos comuns. Não é importante qual o modelo adoptado, mas sim que todos os que o utilizam estejam de acordo com o mesmo, incluindo-se aqui o próprio utente. Quando a equipe trabalhar como tal e englobar nela o próprio utente, baseando as actividades de enfermagem num mesmo modelo comum, obterá vantagens não só para a equipe, como também e essencialmente para o utente que passará a constituir o centro dos cuidados.

Em relação a este assunto, Martins (1990), salienta que a teorização em enfermagem tem sido um assunto algo polémico e, se alguns autores têm apresentado modelos teóricos (por vezes denominados de Modelos Conceptuais), a sua aceitação não é universal. Contudo, a teorização torna-se indispensável à construção do objecto científico e à autonomia da enfermagem como ciência.

Se o ponto de vista de Florence Nightingale inclui elementos que, ainda actualmente, são utilizados, exige-se hoje, todavia, mais clareza e rigor, qualidades que encontramos nas concepções publicadas por enfermeiros experientes. Contudo, nenhuma destas concepções é perfeita, já que cada uma representa o trabalho de um determinado ser humano, correndo por isso o risco de comprovar, uma vez mais, que a perfeição é algo que não existe (Adam, 1994).

Riehl e Roy (1980) defendem que, em qualquer disciplina, um modelo conceptual é uma representação estrutural da realidade, e não a própria realidade. Neste encadeamento, certamente que cada um de nós percebe, de modo diferente, o mundo real que o rodeia. Tomemos como exemplo o facto da prestação de cuidados numa dada área de especialização em enfermagem (no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna e Obstétrica ou outra, consoante as pessoas), constituir, para alguns, um autêntico prazer, já para outros é pouco estimulante.

Também Lobo (1990) depois de examinar as estruturas conceptuais sugeridas por vários autores (Florence Nightingale, Lydia Hall, Virgínia Henderson, Hildegard Peplau, Dorothea Orem, Faye Abdellah, Ida Jean Orlando, Myra Levine, Martha Rogers, Imogene King, Irmã Callista Roy, Dorothy Johnson, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Rosemarie Rizzo Parse e Betty Neuman), conclui que é evidente que não existe uma única perspectiva da enfermagem.

Ainda, no entendimento desta autora, apesar da maior parte dos estudantes de enfermagem afirmarem a importância do indivíduo, da saúde humana, do ambiente e da enfermagem, cada um contribui para uma perspectiva única da prática e do estudo. A utilização da maioria destas perspectivas pode alicerçar-se na base das populações de quem os enfermeiros cuidam, incluindo o seu estado de saúde, estado de envolvimento e o contexto em que os cuidados de saúde são prestados, tal como a própria perspectiva do enfermeiro e as preferências intelectuais e pessoais. Por exemplo, nos cuidados de enfermagem prestados a um utente no hospital, após uma intervenção cirúrgica de urgência, podem ser apropriadas várias perspectivas: os conceitos de Nightingale podem ser utilizados durante a manipulação do ambiente a fim de fornecer um quarto confortável; Hall apresenta uma estrutura de cuidados que salienta o estímulo do doente; Henderson e Abdellah apresentam estruturas para o exame e cuidados na fase imediata pós-anestésica; dentro das perspectivas de Rogers e King, as relações do utente com a família e a comunidade podem ser mais completamente verificadas, enquanto Orem fornece uma estrutura para assistir ao utente no regresso ao auto-cuidado total.

Complementarmente, Tierney et al (1995), referindo-se ao modelo de Nanci Roper, destacam que o objectivo do modelo de enfermagem é oferecer uma estrutura para os enfermeiros planearem uma abordagem individualizada para as intervenções que são iniciadas pelos mesmos e relacionadas com as actividades de vida do doente. Apresentam um modelo que, segundo os autores, é suficientemente amplo e flexível para ser utilizado como estrutura para o processo de enfermagem em qualquer área de prática profissional e como meio de avaliar a unidade subjacente dos vários ramos desta profissão.

Contudo, Leal (2006) salienta que, no âmbito da utilização do processo de enfermagem como metodologia habitual de trabalho, parece haver consenso sobre a existência de um considerável hiato entre o que é preconizado pela teoria e o que, efectivamente, norteia a prática. Na realidade, em algumas organizações de saúde de Portugal ainda não é visíveis os registos de enfermagem serem feitos em conformidade com o processo de enfermagem.

De facto, a concepção que se tem de determinada disciplina pode variar de indivíduo para indivíduo, tal como sucede com as noções de felicidade, sucesso ou matrimónio. Para algumas pessoas, a imagem mental da enfermagem é de fraca autonomia e dependente de outras profissões, mas para outras, a sua «óptica conceptual» revela uma profissão autónoma.

A distinção entre modelos conceptuais e teorias é por vezes utilizada indistintamente. Contudo, Roy e Roberts (1981), citados por Adam (1994), fazem essa diferenciação dizendo que um modelo conceptual para uma profissão é, portanto, uma imagem mental da profissão, uma concepção daquilo que a mesma poderia ou deveria ser. Para uma profissão de serviço público, um modelo conceptual constitui uma forma de representar a realidade que, mais não é, senão o serviço prestado à sociedade. A palavra «modelo» (sobretudo sem o adjectivo conceptual) é, por vezes, utilizada como sinónimo de esboço, modalidade ou exemplo a seguir. Um modelo conceptual é uma abstracção, uma concepção, uma criação do espírito. As expressões «esquema de referência», «quadro de referência», «esquema conceptual» e «quadro teórico» designam, igualmente, as formas de conceptualizar. Certos quadros conceptuais são, contudo, teorias – em sentido restrito, uma teoria é um sistema de preposições que serve para descrever, prever, explicar, controlar e dar a compreender uma parte do mundo empírico.

Outros esquemas de referência são, antes de mais, filosofias. As filosofias e as teorias são necessárias a várias profissões. Os sociólogos, tal como os médicos, podem ser idealistas e a teoria geral dos sistemas é tão proveitosa para os engenheiros como para os enfermeiros. Inversamente, um modelo conceptual só é útil à disciplina para a qual foi concebido. Daí que um modelo conceptual para a enfermagem seja um modo de conceber o serviço que os enfermeiros prestam à sociedade. Dito de outra forma, é a sua representação mental estruturada da sua própria disciplina (Adam, 1994). Assim, qualquer modelo conceptual é, pois, um quadro de referência, mas nem todos os quadros de referência são modelos conceptuais. Por outras palavras, todo o modelo é uma concepção, mas o inverso não é, necessariamente, verdadeiro.

A ligação entre modelos conceptuais e a prática de cuidados faz-se através da análise de um processo de raciocínio que se denomina, em geral, por processo de enfermagem ou, como refere Basto (1998), processo de decisão ou julgamento profissional, uma vez que constitui um processo de raciocínio que relaciona a apreciação acerca do utente com o planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

Para a utilização do processo de enfermagem é imprescindível o discernimento profissional que na opinião de Conesa (2003), necessita de habilidades intelectuais e interpessoais e será mediante a sua combinação, o modo como se alcança a destreza necessária para a sua adequada utilização.

Leal (2006) alude que o recurso sistemático ao processo de enfermagem e, mais concretamente, ao plano de cuidados escrito, tem tido dificuldade em se implantar na prática de enfermagem, em Portugal e noutros países. Na realidade, no seu estudo, a autora analisou diversos processos clínicos de doentes em diferentes serviços e organizações, concluindo que é bem mais fácil encontrar registos de enfermagem retrospectivos do que prospectivos. Ainda assim e embora, no nosso país, desde os anos 80, os estudantes da formação inicial em enfermagem sejam preparados, tanto a nível teórico como prático, para a utilização do processo de enfermagem como metodologia adequada para a prática da profissão e respectivos registos, quando iniciam a sua vida profissional poucos são os que continuam a conceber e utilizar planos de cuidados no seu dia-a-dia. A autora cita que poderão ser indicadas como possíveis causas deste facto: o processo de enfermagem ser entendido como um conjunto de tarefas burocráticas que condicionam a prestação de cuidados, a própria "vulnerabilidade"

dos recém-formados e a sua tendência para imitar profissionais mais velhos (por não terem tido formação neste âmbito ou por já terem esquecido).

Assim, para nós faz sentido reflectir, também, sobre os valores e as crenças de cada modelo, uma vez que estes podem colidir com os valores e crenças individuais ou do grupo que os vão pôr em uso.

Por outro lado, muitas vezes, os modelos preconizados para a orientação dos cuidados não se relacionam com os métodos de organização, o que leva a uma discrepância entre o que deveria ser ideal - modelos teóricos/método de trabalho enfermeiro de referência e o que é usado - modelos pessoais/método à tarefa.

NOTA CONCLUSIVA

A título conclusivo deixaríamos, como apontamento, a recomendação feita pelo Conselho Internacional de Enfermagem (2003), sublinhando que o marco/perfil de competências para o enfermeiro generalista deve servir como orientação e ajudar a esclarecer as funções dos enfermeiros – desejando-se que o mesmo, conjuntamente com um modelo conceptual, seja aplicado e utilizado de diversas maneiras.

No entanto, a importância da prática na construção de saberes é algo que não deve ser descurado. A enfermagem, tal como outras profissões da área da saúde, engloba um conjunto diversificado de saberes situado na sua prática profissional, podendo e devendo ser “utilizados” para construir, melhorar ou desenvolver as concepções/teorias já existentes.

Finalmente, entendemos que deverão ser tornadas patentes e visíveis as dimensões ocultas dos “modelos” utilizados pelos enfermeiros, discutindo-as perante os seus pares, para que possam ser analisadas, de forma mais crítica, e vistas a partir do que devem ser as verdadeiras finalidades do exercício profissional da enfermagem. Complementarmente e necessariamente, só quando os pressupostos subjacentes a cada modelo conceptual forem bem discutidos, o estudante, docente ou enfermeiro poderá aproximar-se mais de um esquema de referência desejado, já que cada um tem a sua própria concepção da profissão e modo de compreender o seu papel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, E. – *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget. 1994.
- BASTO, M. – *Da Intenção de Mudar à Mudança*. Lisboa: Editora Rei dos Livros. 1998.
- CONESA-HERNÁNDEZ, J. M. [et al.] – *Fundamentos de la Enfermería: Teoría e Método*. 2ª ed. Madrid. McGraw-Hill, 2003.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS – *Normas y Competencias: modelo de aplicación para el marco de competencias del CIE para la enfermera generalista*. Suíza: CIE, 2003.
- COWAN, J. – *Como ser um professor universitário inovador: reflexão na acção*. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- LEAL, T. – *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência, 2006.
- LOBO, M. – *Estruturas conceptuais para a prática de enfermagem*. In PHIPPS, Wilma J. [ed. lit.] *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta. Vol. 1, p.11-24. Tradução da Terceira Edição em Inglês, 1990.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 2ª Ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1991.
- MARTINS, J. – *Teorização em Enfermagem: que utilidade? Nursing*. Lisboa. Ano 3, nº 33, (1990), 47-48.
- PORTUGAL, Helena Jesus M. T. – *O modelo teórico de enfermagem – contribuição para a autonomia profissional*. *Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 26, (1999), 13-14.
- RIEHL, J.; Roy, C. – *Conceptual models for nursing practice*. 2ª ed. Nova York: Appleton-Century Crofts, 1980.
- TIERNEY, A. J. [et al.] – *Modelo de enfermagem*. 3ª ed. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, 1995.

Contactos: margarida@eseaf.pt
jgraveto@eseaf.pt

Recebido em: 15-05-2007
Aceite para publicação em: 16-09-2008