

## MODELOS ASSISTENCIAIS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

### CLINICAL MODELS FOR NURSING PRACTICE

### MODELOS DE LA ATENCIÓN PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

*Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>1</sup>  
Alba Lucia Botura Leite de Barros<sup>2</sup>*

---

**RESUMO:** Neste estudo enfoca-se o desenvolvimento e a escolha de modelos de enfermagem, sem a pretensão de discorrer sobre todos os aspectos envolvidos no desenvolvimento de modelos, mas sim enfatizar a importância da sua escolha para utilização na prática clínica assistencial.

---

**PALAVRAS-CHAVES:** modelos assistenciais, Enfermagem, prática de enfermagem

---

### INTRODUÇÃO

Os modelos de enfermagem foram desenvolvidos inicialmente nos Estados Unidos, pelas enfermeiras docentes, numa tentativa de formular uma base de conhecimentos que guiasse a sua prática. Este fato é evidenciado na literatura de enfermagem desde a década de 1960. Vários modelos de enfermagem foram construídos e estes refletem os conceitos, ordenam conhecimentos e descrevem, explicam e predizem o campo de conhecimento de enfermagem. Tais modelos servem para guiar a busca e a compreensão do domínio de enfermagem (Carvalho; Rossi, 1998).

Este estudo bibliográfico teve como objetivo relatar o desenvolvimento e a escolha de modelos de enfermagem para a sua utilização na prática assistencial. Gostaríamos de ressaltar que não é nossa pretensão tratar de modelos assistenciais como combinações tecnológicas, incluindo saberes e técnicas expressos nas práticas sanitárias, da forma como são utilizados na organização dos serviços de saúde, mas, sim, discorrer sobre os aspectos envolvidos no desenvolvimento de modelos para a prática assistencial de enfermagem, enfatizando a importância da escolha de modelos adequados a esta prática.

### DESENVOLVIMENTO DE MODELOS DE ENFERMAGEM

Na Enfermagem, os termos **modelos**, **estrutura** ou **marco conceptual** e **teorias de enfermagem** têm sido usados livremente em conversas informais, em conferências e nas publicações, gerando uma confusão no entendimento dos mesmos, que é evidenciada em vários trabalhos, realizados por enfermeiras que os utilizam de diversas formas e com diferentes significados.

A terminologia usada para descrever os níveis do conhecimento da Enfermagem tem variado muito frequentemente. Diferentes termos são usados para referir alguns destes níveis de conhecimento, como por exemplo: estruturas ou referenciais teóricos são denominados *modelo conceitual*, *estrutura conceitual*, *sistema conceitual*, *estrutura* ou *marco teórico*, *teoria* e *paradigmas*. A falta de uniformização desta terminologia tem criado problemas para estudantes,

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências pela UNIFESP/EPM. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UNIFESP/EPM. Diretora de Enfermagem do Hospital São Paulo.

professores e enfermeiras assistenciais, na sua tentativa de entender e julgar o conhecimento formal da enfermagem (Walsh, 1998). Por este motivo, achamos importante inicialmente discorrer sobre o significado de cada termo.

*Modelo* é um caminho de representação da realidade e pode ser construído de partes de teorias. Esses modelos não existem no mundo físico, mas eles existem no mundo abstrato. Assim, embora os modelos de enfermagem sejam abstratos eles se utilizam de palavras para expressar suas descrições simplificadas de como as coisas deveriam ser no mundo da Enfermagem. Os modelos de enfermagem representam diferentes formas de ver a Enfermagem: perspectiva sobre quem é o cliente, o que é a saúde, qual o papel da enfermeira ou suas ações e qual é o ambiente no qual a Enfermagem ocorre (Carvalho; Rossi, 1998). São usados no processo de enfermagem para coletar, organizar e classificar dados; entender, analisar e interpretar as situações de saúde dos clientes; conduzir a elaboração dos diagnósticos de enfermagem; planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem; explicar as ações de enfermagem e as interações com clientes; descrever, explicar e possivelmente prever as respostas dos clientes; demonstrar responsabilidade e importância; e alcançar resultados desejados para os clientes (Kenney, 1995).

O termo *estrutura* ou *marco conceptual* sobrepõe-se ao termo *modelo* sendo muito similar à última descrição de modelo que foi feita. Um conceito é uma idéia; desta forma, uma estrutura conceptual é uma estrutura de idéias construída em volta de uma determinada área de atividade, no caso a Enfermagem. Assim, é também uma descrição de uma realidade, um conjunto de idéias, mas ele não tem o poder de prever sobre coisa alguma.

Williams, citado por Penna (1994), define estrutura ou marco conceptual como a organização sistemática de conceitos e suas definições, fundamentadas em uma filosofia e pressupostos que dão direção à prática. Os pressupostos são entendidos como crenças preconcebidas e aceitas como verdades, não sendo, portanto, testadas empiricamente, mas geralmente confirmadas.

Para Neves e Gonçalves (1984), a estrutura ou marco conceptual pode ser construída a partir de conceitos inter-relacionados de teorias ou partes de teorias, fatos já classificados e analisados em pesquisas anteriores e idéias da própria enfermeira, a partir da análise e síntese dos conhecimentos existentes. Para as referidas autoras, a testabilidade da estrutura ou marco conceptual acontece através do que denominamos de *operacionalização dos conceitos* e concretiza-se na prática através do que se convencionou chamar de *processo de enfermagem*.

*Teorias* podem também ser construídas de idéias, mas elas são mais estruturadas do que os modelos ou estruturas conceptuais, porque elas tentam explicar a relação entre conceitos em um determinado caminho. Existem também elementos de generalização e predição envolvidos na teoria, os quais não existem nos modelos e nas estruturas conceptuais. A função primária da teoria é descrever, explicar e prever fenômenos de uma Disciplina. A teoria sugere hipóteses para serem testadas e questões de pesquisa para serem respondidas, e proporciona uma abordagem para compreender fatos em uma disciplina (Kim, 1997).

Para Walsh (1998), este é o significado clássico para teoria, da forma como ela é usada nas ciências naturais. A Enfermagem não é uma ciência natural, porque ela lida com o ser humano. A habilidade para generalizar, através das leis universais que possam prever resultados, não ocorre na Enfermagem. A implicação deste fato é que, como enfermeiras, nós reconhecemos que, quando usamos uma parte ou conceitos de uma teoria para guiar nossas ações, nós não podemos chegar a certos resultados. Teoria na Enfermagem não é, portanto, uma grande explanação generalizada de tudo, mas ela busca prever resultados com certas possibilidades, dependendo das circunstâncias.

Para a mesma autora, modelo e estrutura conceptual são muito similares, construídos de idéias que estabelecem uma estrutura para guiar a prática de enfermagem. Teoria é uma abordagem focalizada que explica a relação entre conceitos e permite prever eventos futuros,

mas somente com certos limites de probabilidade.

Preocupadas com a confusão criada pela diversidade das terminologias usadas para descrever o conhecimento da enfermagem, *Kim e Fawcett* (1997) convidaram várias enfermeiras teóricas, para identificar os termos que elas usam quando se referem à teoria de enfermagem, suas definições para cada termo e a filosofia e ou fundamentos lógicos para o uso desta terminologia. Nove teóricas aceitaram o convite e expressaram suas idéias a partir do conhecimento e de suas experiências pessoais, de acordo com seu ponto de vista filosófico. O resultado deste estudo nos permite afirmar que a diversidade de pontos de vista, de terminologias e definições apresentadas pelas enfermeiras teóricas refletem a dinâmica da disciplina Enfermagem como um todo. Tentaremos sumarizar os relatos de algumas destas teóricas, no que diz respeito ao significado do termo modelo.

*Fawcett* (1997) adotou a versão do empirismo, com sua origem no pós-positivismo, no qual todo conhecimento é desenvolvido dentro de uma perspectiva conceitual e histórico-social, apresentando uma estrutura hierárquica do conhecimento contemporâneo da Enfermagem que enfatiza os componentes e seus níveis de abstração. Nesta estrutura, modelo conceitual é o terceiro componente, sendo visto como sinônimo de paradigma, estrutura conceitual e sistema conceitual. A autora define modelo conceitual como um conjunto de conceitos abstratos e gerais, e de proposições que integram estes conceitos, dentro de uma configuração significativa. Ela reconhece como modelos conceituais os trabalhos das seguintes enfermeiras teóricas: Johnson, King, Levine, Neuman, Orem, Rogers e Roy.

*Kim* (1997) indicou que sua orientação filosófica tem origem na teoria geral dos sistemas que, na sua opinião, provê uma abordagem holística para estudar a Enfermagem como um sistema aberto, com foco no inter-relacionamento dos fenômenos sociais com o meio ambiente. Na sua análise, identificou um processo para o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem, no qual aponta o sistema conceitual como sinônimo de estrutura conceitual, modelo conceitual e estrutura ou marco teórico. Justifica a sua escolha pela expressão *sistema conceitual* por ser o termo *sistema* um símbolo comumente usado em todas os aspectos da atividade humana, nas Ciências e na Enfermagem. A autora define sistema conceitual como um conjunto de conceitos que são definidos e ligados por ampla generalização, construída pelo indivíduo para atender a um propósito. Um sistema conceitual identifica conceitos relevantes, que descrevem a estrutura e o foco da Disciplina. *Kim* (1997) aponta como exemplos de sistemas conceituais os trabalhos de Peplau, Roy, Levine, Kim, Watson e Parse.

*Meleis* (1997) adotou a perspectiva feminista como sua orientação filosófica para avaliar o conhecimento da enfermagem. Define modelo conceitual como uma imagem mental ou física de uma estrutura, que evoluiu de uma teoria ou da integração de várias teorias, dentro de uma perspectiva para generalizar novas questões ou novas idéias de relação, com o propósito de gerar conhecimentos observa que modelos conceituais, teoria, estrutura conceitual e estrutura teórica têm sido usados para representar diferentes níveis de abstração, de objetivos e de especificidades. Esses termos também têm sido usados de modo intercambiável. Afirma que existem muitos exemplos de teorias que podem ser considerados modelos, sem, contudo, apontá-los.

*Parse* (1997) desenvolveu sua análise tendo como ponto de partida as palavras vistas como símbolos de significância, com denotações e conotações para formar a linguagem. Afirma que *modelo* é uma palavra freqüentemente usada com diferentes significados na literatura de enfermagem. Ela considera o modelo como algo digno de imitação, que pode aparecer de diferentes formas, como uma réplica, uma imagem ou uma semelhança, que representa algo e pode também ser denominado de esquema ou estrutura. Para evitar confusão, ela prefere não usar o termo modelo nas descrições dos aspectos do conhecimento da enfermagem e sim *estrutura conceitual*, definindo-a com uma estrutura de idéias, também chamada de um sistema conceitual.

Examinando as várias definições apresentadas pelas teóricas para o termo modelo conceitual, verificamos que elas revelam algumas concordâncias sobre o seu significado, contudo apresentam diferenças nas suas definições. Por exemplo, Fawcett, Roy e Meleis concordam que modelo conceitual é um elemento ou um componente do conhecimento da Enfermagem, contudo cada uma apresenta um significado para o termo, conforme pode ser observado nas definições apresentadas por cada uma das referidas autoras.

Tendo em vista a falta de uniformidade da linguagem especial de enfermagem para definir modelos, adotaremos, neste estudo, a asserção de que modelos conceituais de enfermagem são construídos por um conjunto de conceitos ou idéias, oriundas de teorias ou da prática das enfermeiras, que estabelecem uma estrutura para guiar a prática de enfermagem. Estes conceitos devem incluir os quatro conceitos básicos da Enfermagem (cliente, ambiente, saúde e enfermagem). Para ser colocado em prática de forma sistematizada, o modelo conceitual necessita de um método, que é o Processo de Enfermagem, que se apóia nos fundamentos do método científico ou de resolução de problemas.

## PADRÕES DE CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM

Os modelos conceituais de enfermagem estão intimamente relacionados com o conhecimento da nossa profissão. Robinson e Vaughan, citados por *Walsh* (1998), ressaltam que as enfermeiras, devem iniciar o seu preparo acadêmico reconhecendo a base de conhecimento da enfermagem, antes de praticá-la, e recomendam a clássica descrição dos quatro padrões de conhecimento na Enfermagem desenvolvida por *Carper* (1978), uma vez que os modelos, as estruturas conceptuais e as teorias usam todas essas abordagens de conhecimento como elementos formadores básicos.

Estes padrões de conhecimento identificados pelo autor a partir da literatura de enfermagem, foram denominados: empírico, ético, estético e pessoal, e constituem a totalidade do conhecimento da profissão. Para a autora, o conhecimento empírico é resultante do modo de pensar da ciência, onde, a realidade é percebida como algo possível de ser vivenciada por outro observador; enfoca uma área específica de investigação para descrever; explica ou prediz o que é central ao seu propósito; e é expresso através de descrições organizadas. O padrão de conhecimento ético envolve o julgamento realizado sobre o que deveria ser feito, o que é bom, responsável e correto, além de normas ou códigos de ética. Esse padrão utiliza os processos criativos de classificação, valorização e advocacia, quando surgem diferentes posições filosóficas sobre o que é bom e correto, a que interesse se está servindo, as ações responsáveis e quais os objetivos das ações. O padrão de conhecimento estético é a compreensão do significado numa expressão subjetiva, única e particular, que pode ser chamada de arte/ato, que envolve os processos criativos de engajamento, intuição e visualização, ocorrendo o envolvimento do *self* na situação, como um significado único, criando interações significativas e expresso diretamente no cuidar/cuidado. O padrão pessoal é aquele conhecimento que procura compreender a experiência interior e torna-se um *self* consciente. Esse padrão envolve o processo criativo de realização, no qual o envolvimento na totalidade da experiência forma um significado pessoal interior possível de ser compartilhado como uma experiência humana.

Com a intenção de facilitar a integração desses padrões de conhecimento em enfermagem na prática clínica, *Jacobs-Kramere Chinn* (1988), desenvolveram uma estrutura com base nas dimensões criativas e expressivas para descrever cada padrão. A dimensão criativa é expressa através de atividades humanas, que os indivíduos podem desenvolver sozinhos ou podem trabalhar em união com outros com um interesse comum. A dimensão expressiva envolve ações humanas, como palavras, comportamentos e outros símbolos, que comunicam o que se sabe e não o que é conhecido. Para *Chin e Kramer* (1995), essas ações humanas são familiares, mas são vistas como expressões da personalidade ou como arte, e não como expressões do conhecimento

humano.

Para *White* (1995), os padrões de Carper e o modelo de Jacobs-Kramer e Chinn podem ser usados para facilitar explorações da prática de enfermagem e aumentar o entendimento da história moderna da Enfermagem. Contudo, a autora sugere o acréscimo de um quinto padrão - o conhecimento sócio-político, que pode ser entendido em dois contextos: no contexto sócio-político da pessoa (enfermeira e paciente/cliente) e no contexto sócio-político da enfermagem; como uma prática profissional, incluindo ambos o entendimento da sociedade e das suas políticas.

Existe uma influência discernível nos modelos ou estruturas conceptuais de enfermagem, de acordo com a preferência de suas autoras pelos padrões de conhecimento de Carper. Alguns dão ênfase ao aspecto empírico da Enfermagem, desenvolvendo seus modelos a partir de observação da prática como, por exemplo, os modelos de Roy e de Orem. Outros, mesmo tendo sido desenvolvidos a partir da prática, têm uma grande preocupação com a dimensão estética, entendendo o conhecimento em enfermagem como uma atividade pessoal, cada vez mais intuitiva. Exemplos deste tipo de modelo são os trabalhos de Benner e Rolfe, onde suas maiores preocupações são mais com modelos de como a enfermeira aprende a ser enfermeira do que com modelos que as enfermeiras possam usar. Existem outros modelos, como o de Rogers e Neuman, que têm rejeitado completamente o conhecimento empírico, para desenvolverem uma visão da nova filosofia da Enfermagem, a da interação da enfermeira com o paciente, onde o mesmo é conceptualizado como um ser holístico, com ênfase nas áreas de conhecimento ético e pessoal.

## **ESCOLHENDO UM MODELO DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL**

A escolha, pela enfermeira, de um modelo apropriado à determinada situação envolve tanto o conhecimento dos diferentes modelos existentes, quanto o conhecimento das variáveis que afetam a situação do cliente (indivíduo, família ou comunidade). Para facilitar a nossa escolha, devemos responder aos seguintes questionamentos: Qual é o foco do modelo? Quais são os conceitos centrais e como são definidos? Como tais conceitos se relacionam? Este modelo pode auxiliar nas ações planejadas para uma dada situação?

Um modelo necessita de uma estrutura de idéias e conceitos. Isto significa que é impossível gerar um modelo de enfermagem da pura observação, sem idéias pré-concebidas. Os modelos variam nas suas concepções e no modo como descrevem os conceitos centrais da Enfermagem, ou seja, o modo como vêem e descrevem o cliente – como um conjunto de partes em interação, como um sistema aberto, como um sistema adaptativo, como um ser em equilíbrio, como um agente do autocuidado, como participante ativo ou passivo do cuidado de enfermagem, entre outros. Variam também quanto ao modo como definem a Enfermagem e descrevem a enfermeira – como um agente de mudança, como alguém que ensina, alguém que interage com o paciente, alguém que muda o ambiente, alguém que reduz o *stress*, alguém que manipula estímulos e busca a adaptação do paciente, entre tantas outras descrições. O ambiente refere-se às outras pessoas significativas do cliente e às circunstâncias físicas, com base nos locais nas quais a enfermagem ocorre, podendo ser o hospital, a comunidade, os serviços domiciliares, etc. A saúde é o estado de bem-estar da pessoa que pode mudar de um alto nível de bem-estar para doença terminal. Dentro dos modelos ela pode ser descrita como um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, estado de adaptação, estado de habilidade para o autocuidado, como um processo evolutivo e dinâmico, como processo de interação de múltiplos fatores, entre outras.

Para *Walsh* (1998), qualquer modelo que inclua os quatro conceitos básicos da profissão (cliente, ambiente, saúde e enfermagem) e o método sistemático de resolução de problemas, será considerado um modelo assistencial de enfermagem. O que vai diferir entre os vários

modelos é o modo como a base de dados será organizada, isto é, a forma como será feito o levantamento de dados, com diferentes abordagens para o cuidado, pois os diferentes modelos de enfermagem conduzem a diferentes formas do cuidado.

Na escolha de um modelo de enfermagem, as enfermeiras devem levar em consideração que existem diferentes modelos disponíveis, não existindo, portanto, um modelo universal que seja igualmente válido em todas as situações da prática clínica. Nesta escolha, também deve ser considerado que o modelo deve refletir, tanto quanto possível, a visão das enfermeiras que estão ou vão utilizá-lo, e que o mesmo deve ser compatível com as outras profissões e profissionais que estão envolvidos com o cuidado do paciente, senão ele trará mais prejuízos do que benefícios ao cliente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, ressaltamos que um modelo não é uma teoria, predizendo resultados de cuidado. É, sim, uma estrutura de idéias que guia a prática assistencial e devem refletir esta prática. Desta forma, os modelos de enfermagem devem ser vistos como estruturas para guiar ou uma filosofia que sustenta o cuidado de enfermagem, ou seja, devem oferecer princípios que ajudem a enfermeira a conduzir a assistência em todas as suas fases, de acordo com a complexidade do cuidado.

---

**ABSTRACT:** The focus of this study is the development and the choice of nursing models. It doesn't intend to discuss all the aspects involved in the development of models, but to emphasize the importance of choosing one to use in nursing clinical practice.

---

**KEYWORDS:** clinical models, nursing, nursing practice

---

**RESUMEN:** En este estudio se enfoca el desarrollo, la elección y la utilización de modelos de Enfermería, para la práctica asistencial sin la pretensión de hablar en particular de cada aspecto sino abarcando todos los modelos para la práctica asistencial de Enfermería, ni de todos los modelos ya desarrollados, mas si enfatizar la importancia de elegir modelos de Enfermería para la utilización en la práctica asistencial.

---

**PALABRAS CLAVE:** modelos asistenciales, enfermería, práctica de enfermería

## REFERÊNCIAS

CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv. Nurs. Sci.*, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1978.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de Enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.) *A construção do conhecimento em Enfermagem*. coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. p. 65-85.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. *Theory and Nursing: a systematic approach*. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1995. p. 1-18: Nursing's patterns of knowing.

FAWCETT, J. The structural hierarch of nursing knowledge: components and their definitions. In: KING, I. M.; FAWCETT, J. (Ed.) *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 1997. Cap. 1, p. 11-18.

JACOBS-KRAMER, M. K.; CHINN, P. L. Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry Nurs. Pract.*, v. 2, n. 2, p. 129-39, 1988.

KENNEY, J. W. Relevance of theory-based in nursing practice. In: CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. *Nursing Process: conceptual models*. 4. ed., St. Louis, Mosby Co, 1995, p. 3-21.

KIM, S. H. Terminology in structuring and developing nursing knowledge. In: KING, I. M.; FAWCETT, J. (Ed.) *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 1997. Cap. 3, p. 27-35.

KING, I. M.; FAWCETT, J. (Ed.) *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 1997. 98p.

MELEIS, A. I. Theoretical nursing: definitions and interpretations. In: KING, I. M.; FAWCETT, J. (Ed.) *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 1997. p. 41-50.

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

PARSE, R. R. The language of nursing knowledge: saying what we mean. In: KING, I. M.; FAWCETT, J. (Ed.) *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 1997. Cap. 8, p. 73-78.

PENNA, C. M. M. Uma questão conceitual. In: ELSEN, I. Et al. (Org.) *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994. (Série Enfermagem – REPENSUL).

WALSH, M. *Models and critical pathways in clinical nursing: conceptual framework for care planning*. 2. ed. London: Baillière Tindall, 1998.300p.

WHITE, J. Patterns of knowing: review, critique, and update. *Adv. Nurs. Sci.*, v. 17, n. 4, p. 73-86, 1995.

---

*Recebido em maio de 2001*

*Aprovado em julho de 2001*