



# Referenciais Filosóficos, Teóricos e Metodológicos:

*Ensino, Pesquisa e Prática de Enfermagem*


Organização:

*Glauberto da Silva Quirino  
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz  
Joab Gomes da Silva Sousa  
Amanda Alcantara de Sousa*



Universidade Regional do Cariri

2022



O conteúdo dos artigos contidos nesta obra é de responsabilidade exclusiva dos/as autores/as, inclusive não representam, necessariamente, a posição oficial dos/as organizadores/as. É permitido o *download* da obra e o seu compartilhamento desde que sejam citadas as fontes e atribuídos créditos aos/às autores/as, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Os/As organizadores/as declaram que todos os manuscritos foram revisados por pares e membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base nos critérios de avaliação acadêmicos.



# Referenciais Filosóficos, Teóricos e Metodológicos:

*Ensino, Pesquisa e Prática de Enfermagem*



## ORGANIZADORES:

Glauberto da Silva Quirino  
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz  
Joab Gomes da Silva Sousa  
Amanda Alcantara de Sousa



Universidade Regional do Cariri

2022



### **Conselho Editorial Ciências da Saúde**

*Dra. Ana Larissa Gomes Machado – Universidade Federal do Piauí (UFPI)*

*Dr. Antonio Germane Alves Pinto – Universidade Regional do Cariri (URCA)*

*Dra. Emiliania Bezerra Gomes – Universidade Regional do Cariri (URCA)*

*Dra. Milena Silva Costa – Universidade Federal do Cariri (UFCA)*

*Dra. Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula – Universidade Federal do Pernambuco (UFPE)*

### **Revisão Textual**

*Dra. Cristiane Rodrigues Vieira*

### **Ilustrações**

*Raul Roriston Gomes da Silva*

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos [livro eletrônico] : ensino, pesquisa e prática de enfermagem / organização Glauberto da Silva Quirino...[et al.]. -- 1. ed. -- Crato, CE : Universidade Regional do Cariri, 2022. PDF.

Vários autores : Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz, Joab Gomes da Silva Sousa, Amanda Alcantara de Sousa.

Bibliografia.  
ISBN 978-65-87827-21-6

1. Enfermagem 2. Filosofia I. Quirino, Glauberto da Silva. II. Cruz, Rachel de Sá Barreto Luna Callou. III. Sousa, Joab Gomes da Silva. IV. Sousa, Amanda Alcantara de.

22-114506

CDD-100

#### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Filosofia 100

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## **SOBRE OS/AS AUTORES/AS**

### ***Álissan Karine Lima Martins***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).  
Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA).

### ***Alex Porfírio dos Santos***

Enfermeiro. Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário Leão Sampaio (UNILEÃO).

### ***Ana Karina Bezerra Pinheiro***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).  
Professora Titular da Universidade Federal do Ceará (UFC).

### ***Andrea Rodriguez***

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora da Dental Public Health and Social Psychology at School of Dentistry, University of Dundee.

### ***Antonia Jussara Olinda Oliveira***

Enfermeira. Pós-Graduanda em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.

### ***Antonia Priscila Pereira***

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).  
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de São Bernardo do Campo, São Paulo.

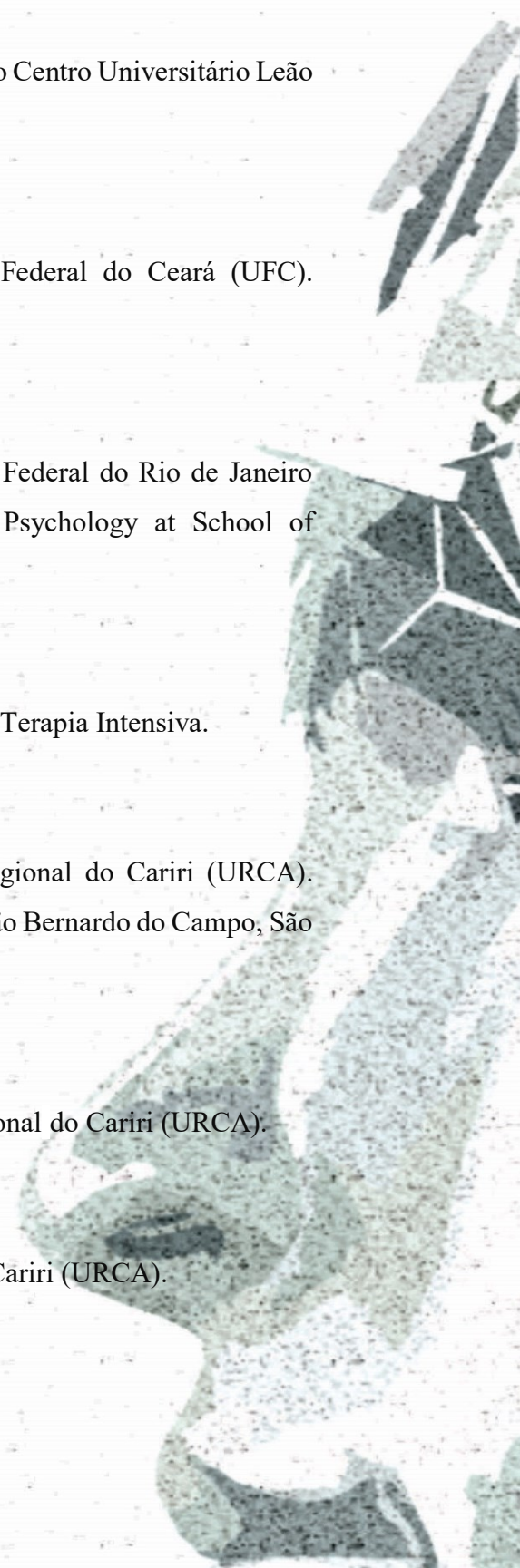
### ***Caik Ferreira Silva***

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

### ***Clara Liz Macêdo Isidoro***

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

### ***Claudenisa Mara de Araújo Vieira***



Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).  
Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Dayanne Rakelly de Oliveira***

Enfermeira. Doutora em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Eloíza Barros Luciano Rolim***

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Coordenadora do Programa Saúde na Escola e tutora do Projeto QualificaAPSUS Ceará no município de Missão Velha - CE.

***Emiliana Bezerra Gomes***

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Felice Teles Lira dos Santos Moreira***

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Professora substituta da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Fernando Lannes Fernandes***

Geógrafo. Doutor em Geografia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor titular da School of Education and Social Work da University of Dundee.

***Francisco Elizauo de Brito Júnior***

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Glauberto da Silva Quirino***

Enfermeiro. Doutor em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Grayce Alencar Albuquerque***

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina do ABC. Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Helena Marta Alves Nunes***

Enfermeira. Enfermeira do Trabalho no Complexo Eólico em Afonso Bezerra.

***Jessica Cristhyanne Peixoto Nascimento***

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

***Joyce Karolayne dos Santos Dantas***

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

***Kauanny Vitoria Gurgel dos Santos***

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

***Lucas Dias Soares Machado***

Enfermeiro. Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Maria do Socorro Vieira Lopes***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Associada da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Maria de Fátima Antero Sousa Machado***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ-CE) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/FIOCRUZ-CE).

***Maria Rosilene Cândido Moreira***

Enfermeira. Doutora em Biotecnologia pela RENORBIO/Universidade Federal da Paraíba. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF - Nucleadora URCA).

***Mikaelle Ysis da Silva***

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Natália Rodrigues Vieira***

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Paula Suene Pereira dos Santos***

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz***

Enfermeira. Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Rejane Maria Paiva de Menezes***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

***Roberta Peixoto Vieira***

Enfermeira. Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS).

***Rodrigo Assis Neves Dantas***

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN.

***Rosely Leyliane dos Santos***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).  
Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Samyra Paula Lustoza Xavier***

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela  
Universidade Estadual do Ceará (PPCCLIS – UECE). Professora da Universidade  
Regional do Cariri (URCA).

***Selene Cordeiro Vasconcelos***

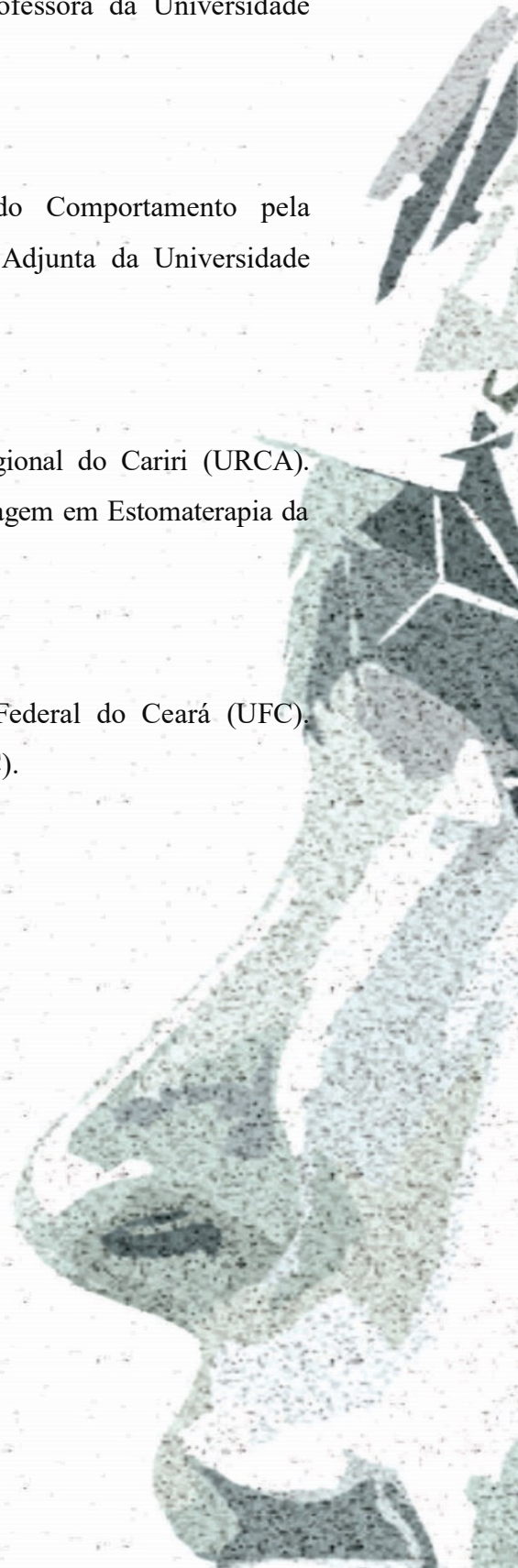
Enfermeira. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela  
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunta da Universidade  
Federal da Paraíba (UFPB).

***Thaís Rodrigues de Albuquerque***

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).  
Enfermeira assistencial voluntária no Ambulatório de Enfermagem em Estomaterapia da  
Universidade Regional do Cariri (URCA).

***Viviane Martins da Silva***

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).  
Professora Associada da Universidade Federal do Ceará (UFC).





## PREFÁCIO

A preocupação com o conhecimento como objeto de reflexão filosófica remonta a Idade Moderna da história da humanidade, o que faz surgir a Teoria do Conhecimento como disciplina vinculada à Filosofia. A Teoria do Conhecimento questiona-se sobre a origem do conhecimento humano, sua possibilidade, sua essência, os tipos de conhecimentos e o critério da verdade, por exemplo.

Ao examinar essas questões outra adicional nos chega à reflexão, a saber: de que forma esse conhecimento humano é utilizado pelos saberes da saúde, especialmente na Enfermagem? Essa nos provoca a pensar na produção do conhecimento da Enfermagem dentro de uma perspectiva que talvez contribua para o avanço e consolidação da ciência de Enfermagem, ou melhor dispondo, parafraseando a professora Vilma de Carvalho, por uma epistemologia da Enfermagem.

Esta obra tem como objetivo divulgar e tornar acessível à comunidade acadêmica os conhecimentos sobre referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos utilizados nas pesquisas de enfermagem. Neste sentido foi idealizado e organizado por docentes e discentes da disciplina Teoria do Conhecimento e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), um componente curricular obrigatório do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da referida Instituição de Ensino Superior (IES).

O livro foi organizado em três eixos temáticos: referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos para o ensino de enfermagem; referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos para a pesquisa de enfermagem; referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos para a prática de enfermagem. É composto de sete capítulos que foram divididos de acordo com a aderência epistemológica de seus eixos temáticos.

O primeiro eixo, com foco no ensino de Enfermagem contém dois capítulos que fazem reflexões sobre o uso de metodologias ativas na formação do/a enfermeiro/a com objetivo de melhorar o processo ensino-aprendizagem e sobre as contribuições e limites da influência do positivismo na construção do conhecimento de Enfermagem.

O capítulo que se localiza no eixo da pesquisa apresenta os princípios norteadores da pesquisa participativa e sua aplicação na promoção da saúde e suas implicações na prática profissional com populações vulneráveis e marginalizadas.

O último eixo contém quatro capítulos que tratam da prática de Enfermagem, os quais contribuem com uma análise contextual da assistência de Enfermagem ao usuário com deficiência auditiva, uma reflexão teórica sobre o modelo de promoção da saúde no contexto do trabalho de Enfermagem com adolescentes grávidas, uma análise crítico-reflexiva sobre o cuidado de Enfermagem à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal e uma análise crítica da Teoria Interativa da Amamentação a partir do modelo teórico de avaliação de teorias de Meleis.

Desejamos que os apontamentos e reflexões contidos neste livro possam suscitar outras reflexões e contribuir com a produção do conhecimento, processos formativos de pesquisa e prática de Enfermagem.

Crato-CE, 02 de abril de 2022

Os/As organizadores/as

# SUMÁRIO

<b>REFERENCIAIS FILOSÓFICOS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA O ENSINO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>11</b>
CAPÍTULO 1	
METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE CRÍTICA.....	12
CAPÍTULO 2	
POSITIVISMO: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM .....	23
<b>REFERENCIAIS FILOSÓFICOS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA A PESQUISA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>33</b>
CAPÍTULO 3	
PRINCÍPIOS NORTEADORES DA PESQUISA PARTICIPATIVA E MULTIDISCIPLINAR.....	34
<b>REFERENCIAIS FILOSÓFICOS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>48</b>
CAPÍTULO 4	
ANÁLISE CONTEXTUAL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA....	49
CAPÍTULO 5	
CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESTUDOS SOBRE A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	61
CAPÍTULO 6	
CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON.....	74
CAPÍTULO 7	
TEORIA INTERATIVA DA AMAMENTAÇÃO: ANÁLISE À LUZ DE MELEIS ...	85

**Referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos  
para o ensino de enfermagem**

## CAPÍTULO 1

# METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE CRÍTICA

*Samyra Paula Lustoza Xavier*

*Antonia Priscila Pereira*

*Lucas Dias Soares Machado*

*Maria do Socorro Vieira Lopes*

*Maria Rosilene Cândido Moreira*

*Maria de Fátima Antero Sousa Machado*

### RESUMO

Este estudo refletiu sobre as diferentes concepções acerca das Metodologias Ativas e sobre o uso destas na formação em Enfermagem. Diante da polissemia do termo e as diferentes conceituações a elas aplicadas, as Metodologias Ativas no contexto da saúde são vistas como um princípio que embasam a formação. No âmbito do ensino em Enfermagem, estas se apresentam como um caminho a ser trilhado que possibilita a condução do processo de ensinar e de aprender.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Educação em enfermagem; Capacitação de recursos humanos em saúde.

### Introdução

A construção do conhecimento é um processo contínuo de reflexão e discussão, fomentado pelas necessidades da sociedade, seja por aspectos puramente intelectuais ou práticos. A educação, como uma esfera da atividade humana que perpassa todas as áreas de conhecimento, é a base do processo de formação de todas as profissões.

Dentre os desafios enfrentados pelo setor saúde, na atual conjuntura, está a necessidade de formar profissionais com competências éticas, políticas, técnico-científicas, raciocínio-crítico, responsabilidade, gerenciamento de crise, liderança e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade (SOUZA *et al.*, 2021). Para que os profissionais de Enfermagem atendam a esse perfil, é necessário um ensino reflexivo, que desafie, estimule e facilite a construção de competências que a partir do seu envolvimento

ativo durante o processo formativo irão subsidiar sua prática profissional (COLARES, OLIVEIRA, 2018).

As Instituições de Ensino Superior (IES), enquanto espaços coletivos de interlocução e discussão de conhecimentos e práticas, precisam promover debates contínuos sobre o processo de ensino-aprendizagem para alinhar as concepções pedagógicas dos cursos à prática do cuidado em saúde. Tais discussões são, portanto, necessárias para superação de modelos hegemônicos através da (re)elaboração de discursos ideológicos e visões epistêmicas, refletindo-se nos modelos de ensino, na estrutura das matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde e nas práticas docentes (CALDARELLI, 2017).

Em meio a este cenário, emergem as Metodologias Ativas de ensino (MA) como um modelo de formação profissional mais condizente com os princípios e necessidades da atual política de saúde, uma vez que se ancoram na educação problematizadora, a qual advoga por um ensino contextualizado, aproximando os alunos, através de problemas reais, aos desafios que irão vivenciar enquanto profissionais de saúde (BARROS; SANTOS; LIMA, 2017).

O caráter inovador das MA está na mudança de paradigma, pois nesse panorama o foco deixa de ser o professor (ensino), e passa a ser o aluno (aprendizagem). Abandona-se, assim, o ensino transmissivo, passivo e receptivo, na busca por um ensino que fomente a autonomia, a reflexão e a participação ativa do aluno na construção do seu conhecimento (FABBRO *et al.*, 2018), cabendo ao professor mediar e facilitar esse processo.

Considerando a importância da temática, ora apresentada, propõe-se como objetivo para este estudo: refletir acerca das metodologias ativas na formação em Enfermagem, com foco para os documentos oficiais que orientam essa formação, no caso específico deste estudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Enfermagem.

### **As diferentes concepções adotadas na literatura sobre as metodologias ativas**

De antemão, é preciso conceituar o que são as MA pois durante a leitura de artigos sobre essa temática percebeu-se que a polissemia do termo permite que ele varie de acordo com a área ou contexto adotado. Percebe-se que, em diferentes momentos e por diferentes autores, a concepção de MA se modifica, sendo considerada ora como um método, ora como uma estratégia, ou mesmo como um princípio (DIESEL; BALDEZ;

MARTINS, 2017). Para tanto, faremos aqui uma breve reflexão sobre tais concepções, apontando algumas inquietações.

Diesel, Baldez e Martins (2017), por exemplo, tratam as MA como um método que surge em contraposição ao método tradicional de ensino, buscando deslocar a perspectiva do docente (ensino) para o estudante (aprendizagem). Mitre *et al.* (2008), ao apresentarem as metodologias ativas na formação profissional em saúde, entendem por extensão de sentido do termo “metodologias”, como sinônimo de método.

O termo “método” na educação é definido como uma técnica de ensino, ou seja, refere-se a um modo de ensinar (DICIO, 2021). É preciso refletir sobre essa concepção. Ao considerarmos as metodologias ativas como um método há um entendimento de que elas estabelecem um roteiro para condução de uma aula, uma sequência de passos a serem seguidos no processo de ensino para que o aluno consiga aprender.

Embasadas nos referenciais do construtivismo, as MA buscam uma educação emancipadora, libertadora, com participação ativa do aluno na construção do seu conhecimento (RIBEIRO *et al.*, 2020). Assim, a ideia de educação problematizadora ou libertadora sugere a transformação do próprio processo de conhecer e de pensar, no qual cada aluno aprende no seu próprio ritmo e necessidade e o professor atua como facilitador desse movimento (BRESSAN *et al.*, 2021). Não há, portanto, uma sequência exata para se aprender, há uma forma mais adequada para instigar e propiciar o processo ensino e aprendizagem.

Já Vasconcelos *et al.* (2018) adotam as metodologias ativas como sendo estratégias e dicas de ensino. Araújo e Sastre (2009) corroboram com esse pensamento ao apontar que se trata de uma estratégia de ensino e aprendizagem apresentada pela necessidade de mudanças nos currículos.

A estratégia é a operacionalização do método. Nesse contexto em que tratamos de processos formativos, pode ser entendida como o recurso utilizado para condução da aula. Concebendo-a dessa forma, as simulações, as discussões em sala de aula, dramatizações, mapas conceituais seriam a própria concepção de metodologia ativa, pois são os recursos utilizados por esta.

Conterno e Lopes (2013), entretanto, tratam as metodologias ativas como um dos princípios do processo de ensino-aprendizagem. O conceito de princípio contido no dicionário se refere à origem de algo, a base de uma ação ou de um conhecimento (MICHAELIS, 2021).

Assim, sendo adotada como princípio, entendemos que as MA representam muito mais que um método ou uma estratégia, pois não se trata apenas da forma de conduzir ou de operacionalizar o processo de ensino e aprendizagem, mas a forma de se entender e de se pensar o processo de aprendizagem, que vai além do conhecimento como uma informação adquirida, mas alcança uma dimensão em que refletimos “o que” e “para que” aprendemos, ressignificando o conhecimento para a dimensão da complexidade do ser humano que vive, que pensa e que age.

Como princípio, as MA têm seus pressupostos por entender que estes fazem parte da sua essência e por isso o antecedem, a saber: o aluno como central no seu processo de aprendizagem, postura ativa, autonomia, capacidade de articular teoria e prática, capacidade de estimular a reflexão e criticidade. Dessa forma, esse princípio requer métodos ativos e criativos centrados no interesse do aluno, sendo a aprendizagem uma atividade de descoberta (GADOTTI, 2003).

No contexto da formação em saúde, as metodologias ativas são um princípio, pois orientam, embasam e conduzem o processo formativo e balizam a formação das políticas de saúde no âmbito da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este fato é reforçado pelos próprios documentos oficiais que tratam da formação em saúde, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), atualizadas em 2001, as quais adotam as MA como princípio pedagógico nos cursos de graduação e nos programas de apoio a qualificação profissional, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2001a; 2007; 2009).

Diante das reflexões sobre as distintas concepções adotadas ao termo metodologias ativas na literatura, ressalta-se a necessidade de uma maior aproximação dos docentes com essa discussão, no sentido de assegurar de maneira mais adequada sua utilização na prática docente.

### **As Metodologias Ativas no ensino de Enfermagem**

O ensino na saúde se construiu ao longo de sua história baseado no paradigma Flexneriano, um modelo biologicista, tecnicista, curativista e hospitalocêntrico (XIMENES NETO *et al.*, 2020), caracterizado pela forma tradicionalista de ensino através de aulas expositivas e teóricas, centradas no professor com foco direcionado aos problemas de saúde.



A necessidade de mudança nos processos formativos começou a partir do entendimento de que era preciso romper a lógica da formação profissional mecanicista, fragmentada, competitiva e hegemônica (SORDI; CYRINO; MENDONÇA, 2019) e se desvencilhar por caminhos onde ela fomentasse uma abordagem sistêmica, holística, integradora e cooperadora. Mas, como mudar essas concepções já tão enraizadas na formação profissional em saúde?

A mudança de visão acerca da educação superior no Brasil sinalizou a necessidade da reformulação tanto do sistema organizacional quanto das concepções pedagógicas que orientam a formação profissional. Essas mudanças passaram a ter maior destaque a partir da década de 1990 com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (XIMENES NETO *et al.*, 2020).

A implementação do SUS foi de fundamental importância para a reorientação das práticas pedagógicas no ensino superior por trazer em seus princípios doutrinários a integralidade, cuja ideia principal é atender as necessidades do indivíduo como um todo, contemplando a promoção, prevenção e a reabilitação em saúde, a partir de uma visão interdisciplinar.

Ciente da necessidade de reorientação das práticas de ensino para atender as especificidades constantes na Lei Federal 8.080/90, foi elaborada e aprovada a Lei de Diretrizes e Bases Nacional de Educação (LDB – nº 9.394/1996) e as DCN, como uma forma de nortear a formação voltada ao contexto atual brasileiro (BRASIL, 1990; 1996; 2001a).

Programas federais fomentaram o desenvolvimento nas DCN dos Cursos de Graduação em Saúde, instituindo as DCN para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001a), Educação Física (BRASIL, 2002), Farmácia e Odontologia (BRASIL, 2001b) sendo estas fundamentadas na Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século 21: visão e ação (ONU, 1998), e posteriormente fortalecidas pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde (pró-Saúde) (BRASIL, 2007) e pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Sabendo que a Lei Orgânica foi instituída em 1990, a LDB em 1996 e as DCN apenas a partir do ano de 2001, nota-se uma lacuna de 11 anos desde a criação do SUS até a reorientação das práticas pedagógicas dos cursos de graduação na área da saúde, em especial da formação em Enfermagem, o que sinaliza a fragilidade na formação dos

profissionais que porventura tenham cursado o ensino superior em áreas afins à saúde nesse espaço temporal.

O principal propósito para criação das DCN foi a de reformular os projetos pedagógicos das universidades que embasam os cursos da área da saúde, estabelecendo o perfil dos egressos com foco em uma formação que os capacite para uma postura crítica, reflexiva e criativa, com vistas a atender as necessidades da população na resolução de problemas sociais, econômicos, sanitários, dentre outros, e na construção de novas políticas públicas de saúde.

As DCN orientam o planejamento curricular com o propósito de construir um perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades condizentes com a formação crítico-reflexiva, transformando o indivíduo em um agente de mudanças e transformador da realidade do contexto social que está inserido (XAVIER *et al.*, 2021).

Um outro propósito das DCN é direcionar o ensino de forma que este leve os alunos dos cursos de graduação em saúde a “aprender a aprender, que envolve aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a conhecer”, na tentativa de garantir-lhes autonomia no atendimento prestado ao indivíduo, a família e a comunidade (BRASIL, 2001a, p.04).

Ainda conforme as DCN, no tocante ao desenvolvimento de competências por parte dos alunos, estas sinalizam como competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

As DCN apontam que a organização dos cursos de Enfermagem deve: “utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (BRASIL, 2001a, p.14).

No enfrentamento a esse desafio e com vistas a atender a estas demandas, as novas propostas pedagógicas trazem o uso das Metodologias Ativas (MA) como uma forma de redirecionar a construção do processo de formação profissional.

Dentre a pluralidade de conceitos e nomenclatura, as MA são consideradas por alguns autores como a Metodologia da Problematização. A problematização, aqui entendida como um recurso didático de ensino-aprendizagem utilizada pelas MA, tem como objetivo principal, alcançar e motivar o estudante, uma vez que, diante de um problema, ele reflete, examina, contextualiza e soluciona, ressignificando sua descoberta e sua atuação enquanto futuro profissional (MITRE *et al.*, 2008).

Nessa vertente, a primazia das MA é descortinar possibilidades para a formação por competências fundamentado no saber, saber fazer e saber ser. Esta conceituação tem suas raízes nas ideias pedagógicas de John Dewey, que em uma contestação as reformas flexnerianas, colocou em evidência a importância do aluno buscar seu próprio conhecimento, consagrando o “aprender a aprender” como um dos pilares da educação no século XXI.

Simon *et al.* (2014) reafirma a importância do aprender a aprender quando destaca, seguindo as concepções de Pedro Demo, que o “aprender a aprender”, desde a sua idealização, se tornou a espinha dorsal das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

A implementação das MA nas práticas pedagógicas dos docentes universitários tem o potencial de despertar a curiosidade do aluno quando apresenta possibilidades de problematizar, em sala de aula, situações reais, à medida em que valoriza a percepção e as contribuições para solucionar problemas, despertando sentimento de pertencimento e protagonismo.

Roman *et al.* (2017) salientam as contribuições de Paulo Freire em defesa as MA. Uma delas é a de que a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la, ou seja, o conhecimento se constrói a partir do pensar e deve se basear em situações concretas. Uma segunda contribuição refere-se ao respeito e à autonomia intelectual do aluno para intervir sobre a realidade.

Vista a importância das MA como facilitadora do processo ensino-aprendizagem em Enfermagem. É importante salientar que o uso dessas metodologias por si só não faz tanta diferença, é necessário que esses recursos metodológicos sejam implementados em consonância com os currículos disciplinares do curso, que se façam de forma integrada, ampliando e possibilitando os horizontes, vislumbrando e atendendo as diversas complexidades da sociedade atual, fortalecido pelo comprometimento do educador e do educando.

Simon *et al.* (2014) trazem colocações que corroboram com estas reflexões quando afirma que nenhuma metodologia sozinha é capaz de garantir as mudanças pedagógicas no ensino superior. Não é a metodologia isoladamente, mas uma conjuntura de fatores que juntos possibilitam transformações, tais quais, os cenários de aprendizagens, a oferta de conteúdo para reflexões e a oportunidade de os alunos estarem atuando como verdadeiros profissionais. Enfim, é a integralidade e complexidade do currículo que irá determinar a coerência entre o processo formativo com o egresso que se pretende formar.

Partindo desse ponto, entendemos que as MA não são autossuficientes para resolução e/ou superação dos problemas relacionados a saúde e aos seus processos formativos. Porém, se apresentam como um caminho a ser trilhado que possibilita a reformulação dos processos de ensinar e de aprender em Enfermagem, o que poderá ser uma grande aliada na resolução de problemas sociais.

Em suma, as DCN trazem em si as competências que fundamentarão a formação profissional e sinalizam como proposta para atingi-las a educação problematizadora. Nesse âmbito estão as MA que, apesar das diversas matrizes conceituais, vêm ressignificando o processo educacional para atender aos objetivos estabelecidos, dentre os quais pode-se citar a formação de um profissional alinhado às transformações sociais, culturais, econômicas e políticas e de saúde da sociedade atual.

### **Reflexões finais**

Ao iniciarmos este estudo reflexivo acerca das diferentes concepções sobre o uso das MA no campo da educação, em especial na formação do Enfermeiros com foco nas DCN, não tivemos a intenção de fundá-lo, mas sim, pela natureza de sua complexidade e importância, contribuir para a reflexão sobre novas possibilidades de formação profissional voltadas à problematização.

Discutir e refletir sobre a temática é um desafio, tanto pela sua atualidade quanto pelas divergências encontradas na literatura em relação a sua concepção. Entendemos que essa polissemia de termos adotada significa diferentes visões sobre as MA. Nesse sentido, a relevância dessa discussão está nas implicações que estas concepções podem ter na prática docente, visto que cada termo, método, princípios, ou estratégia está imbuído de um significado diferente.

O despertar que as políticas públicas em saúde sinalizaram para as mudanças nas DCN foi de fundamental importância para a construção de projetos pedagógicos mais alinhados com o perfil profissional que se pretende formar. Como proposta para auxiliar essa reformulação do ensino em Enfermagem, as MA se inserem como facilitadoras do processo de ensinar e aprender por basear o desenvolvimento e a construção do conhecimento em situações problemas, despertando a criticidade e reflexividade do aluno, de forma que estes desenvolvam os vários “aprender” que as próprias DCN incentivam.

Empreender profundas transformações no processo ensino-aprendizagem requer alterações que vão além da implementação e do uso das MA nos currículos, requer que

haja mudanças na relação entre docentes e discentes, bem como no protagonismo destes enquanto sujeitos do processo ensino-aprendizagem, necessitando a flexibilização e abertura destes aos novos paradigmas educacionais.

Diante da relevância da temática, apreciamos a importância do desenvolvimento de novos estudos que busquem explorar e ampliar cada vez mais as discussões sobre essas tendências e modelos pedagógicos de ensino, pois entendemos que um dos grandes desafios para a formação de profissionais de saúde, em especial do Enfermeiro, é a de conciliar os aspectos políticos, sociais, éticos e culturais da sociedade à uma prática pedagógica que mantenha esse profissional ajustado as, cada vez mais complexas, demandas sociais.

### Referências

ARAÚJO, U. F.; SASTRE, G. Aprendizagem Baseada em Problemas no ensino superior. São Paulo: Summus, 2009.

BARROS, K. B. N. T.; SANTOS, S. L. F.; LIMA, G. P. Perspectivas da formação no ensino superior transformada através de metodologias ativas: uma revisão narrativa da literatura. **Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 1, p. 65 – 76, jan./jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990.

BRASIL. **Lei nº 9394, 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 20 dez 1996.

BRASIL. Resolução CNE/CEB 1.133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2001a.

BRASIL. Resolução CNE/CES 1300/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2001b.

BRASIL. Resolução CNE/CES 0138/2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Educação Física**. Diário Oficial da União, Brasília, 03 de abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**. Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRESSAN, M. A.; COUTO, A. T. S.; ZUCCHI, F. C. R.; BARONEZA, J. E. Metodologias ativas no ensino de Saúde: devemos considerar o ponto de vista dos alunos? **Rev. Docência Ens. Sup.**, Belo Horizonte, v. 11, e023806, 2021. Doi: 10.35699/2237-5864.2021.23806.

CALDARELLI, P. G. A importância da utilização de práticas de metodologias ativas de aprendizagem na formação superior de profissionais de saúde. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 175-178, jan-jun, 2017. DOI: 10.12957/sustinere.2017.26308

COLARES, K. T. P.; OLIVEIRA, W. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 300-320, jul-dez, 2018. DOI: 10.12957/sustinere.2018.36910.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 11, n. 3, p. 503-523, 2013. DOI: 10.1590/S1981-77462013000300004.

DICIO, Dicionário Online de Português. Editora 7GRAUS, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/metodo/>. Acesso em: 16 de julho de 2021.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MATINS, E. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1, p – 268-288, 2017. DOI: 10.15536/thema.14.2017.268.

FABBRO, M. R. C. *et al.* Estratégias ativas de ensino e aprendizagem: percepções de estudantes de Enfermagem. **REME – Rev Min Enferm**, v. 22, e1138, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180067.

GADOTTI, M. **História das ideias pedagógicas**. São Paulo: Ática, 2003. MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900018.

ONU, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século 21: visão e ação**. 1998.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Implementation of active methodologies in the teaching-learning process in the nursing graduation course. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-17, e708974709, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4709.

ROMAN, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clin Biomed Res**, v. 37, n. 4, 2017. DOI: 10.4322/2357-9730.73911.

SIMON, E. *et al.* Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.2, p. 1355 – 1364, 2014.

SORDI, M. R. L.; CYRINO, E. G.; MENDONÇA, C. S. A história da expansão recente das escolas médicas no Brasil: uma conversa sobre educação, inovação e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface** (Botucatu), v. 23, n. 1, e190106, 2019. DOI: 10.1590/Interface.190106.

SOUZA, L. S.; SANTOS, D.; MURGO, C. S. Metodologias Ativas na Educação Superior em Saúde Brasileira: uma Revisão Integrativa Frente ao Paradigma da Prática Baseada em Evidências. **Rev. Inter. Educ. Sup.** Campinas, V. 7, P. 1- 31, e021015, 2021. DOI: 10.20396/riesup.v7i0. 8656540.

MICHAELIS, Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/princ%C3%ADpio/>. Acesso em: 16 de julho de 2021.

VASCONCELOS, A. C. *et al.* As estratégias de ensino por meio das metodologias ativas. In.: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, V, 2018. Olinda. **Anais eletrônicos do V CONEDU**, Olinda: Realize, 2018. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2018/TRABALHO\\_EV117\\_M D4\\_SA19\\_ID2824\\_16092018232136.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2018/TRABALHO_EV117_M D4_SA19_ID2824_16092018232136.pdf). Acesso em: 16 de julho de 2021.

XAVIER, S. P. L. X. *et al.* Competências profissionais para promoção da saúde na formação em enfermagem e educação física. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 2, e20200617, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0617.

XIMENES NETO, F. R. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.1, p. 37-46, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27702019.

## CAPÍTULO 2

### POSITIVISMO: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

*Eloíza Barros Luciano Rolim  
Felice Teles Lira dos Santos Moreira  
Natália Rodrigues Vieira  
Grayce Alencar Albuquerque  
Francisco Elizauo de Brito Júnior  
Álissan Karine Lima Martins*

#### RESUMO

Desde o século XVII observa-se o interesse por teorias de conhecimento, com influência de diversos tipos de informação, dentre eles: religioso; popular; filosófico e científico. Nesse contexto, surge a corrente positivista, considerada um tipo de conhecimento filosófico, que reivindica a superioridade da ciência, exaltando-a como único meio de resolução de problemas, apropriando-se de alguns aspectos do Iluminismo e influenciando diversas áreas, dentre elas, a Enfermagem. Trata-se de um estudo reflexivo, que buscou refletir sobre as contribuições e limites do Positivismo para a construção do conhecimento na Enfermagem. Constatou-se uma relação direta do Positivismo desde o início da Enfermagem que se aplica até os dias atuais. As principais contribuições podem ser observadas na teoria Ambientalista, proposta por Florence Nightingale, que traz a concepção biologicista focada no homem/ambiente/saúde. Outras teorias de Enfermagem também tiveram influência das ideias dessa corrente filosófica, a saber: a Teoria Dirigida para Integração dos Componentes Biopsicossocial, de Virginia Henderson; a de Lydia Hall que identifica os papéis da Enfermagem orientados pela área biomédica; a Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem e a teoria proposta por Imogene King. O Positivismo também permeou o campo da pesquisa e ensino da Enfermagem, cujas pesquisas direcionam preocupações em promover classificações e padronização de técnicas e, no ensino, observa-se um currículo fragmentado, voltado a hiperespecialização. No cenário atual da Enfermagem, esse modelo positivista mostra-se insuficiente para abranger os aspectos subjetivos (não quantificáveis) do cuidado inerente a essa profissão, fazendo-se necessária a adoção de novas abordagens que contemplem



tanto os aspectos objetivos (quantificáveis) como os subjetivos do ser humano na sua totalidade, com o objetivo maior de melhorar a qualidade do cuidado de Enfermagem.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Conhecimento; Filosofia em enfermagem.

### **Introdução**

No século XVII, era da filosofia moderna, o conhecimento tornou-se interesse de compreensão por parte dos filósofos, sobretudo de John Locke, considerado o iniciador da teoria do conhecimento, que trata de uma interpretação e uma explicação filosófica do conhecimento humano (CHAUI, 2000). O entendimento permeia o homem, além dos outros seres sensíveis, lhes dando total vantagem e domínio e algo nobre assim é merecedor de investigação (LOCKE, 2012).

No conhecimento, há uma relação de divisão e reciprocidade entre sujeito e objeto, em que a função do sujeito é apreender o objeto e a função do objeto é ser apreensível pelo sujeito. Os teóricos do conhecimento têm convicções diferentes; alguns acreditam que a determinação vem do sujeito para o objeto e outros defendem o inverso (HESSEN, 2000).

Conforme John Locke, a confiabilidade do conhecimento encontrava-se em um objeto exterior ao pensamento, recorrendo-se ao conceito de representação, que demonstraria a associação entre o mundo sensível e as formas criadas pelo pensamento (WOLFGANG, 2008).

Reforça-se que a essência do conhecer está ligada intimamente ao conceito de verdade, para a qual só o conhecimento verdadeiro é efetivo (HESSEN, 2000). Vale aqui apontar o mérito da filosofia quanto ao avanço pela compreensão do conhecimento, visto que esta investiga a verdade, questiona os fatos, apresenta-os e os analisa (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Nesse percurso, o conhecimento pode ser obtido por algumas vertentes. Assim, destacam-se diferentes tipos de conhecimento: o religioso, o popular, o filosófico e o científico. Embora todos considerados formas de conhecer, a luta predominante deu-se pela ciência, definida como um conjunto de proposições lógicas relacionadas sobre os comportamentos de fenômenos a serem estudados (MARCONI; LAKATOS, 2013).

Nessa constante batalha pela busca da verdade através do conhecimento, o Positivismo alcançou grande destaque, sendo uma das mais influenciadoras correntes filosóficas até a atualidade. Esta corrente considera a ciência como único conhecimento válido da realidade e defende o conhecimento científico como a solução dos problemas

enfrentados pela sociedade. Esse pensamento se arrasta ao longo da história da ciência, ocasionando grande impacto sobre os conhecimentos e práticas da humanidade, sobretudo no campo da saúde, em particular a Enfermagem (ROCHA; SILVA, 1987).

Frente a essa grande área da teoria do conhecimento, sob a vertente positivista, buscou-se refletir sobre as contribuições e limites do Positivismo para a construção do conhecimento na Enfermagem.

Trata-se de um artigo de reflexão, cuja busca na literatura não seguiu um recorte temporal, pois pretendia-se obter um vasto material sobre o assunto. Mediante os achados, após leitura minuciosa de todo acervo, dividiu-se o artigo em duas seções: a primeira intitulada “Positivismo: um pensamento dominante ou remoto?”, que explica a origem dessa corrente, principais filósofos e suas aplicações; a segunda, “Avanços e limites do Positivismo no campo do conhecimento em Enfermagem e algumas considerações de sua aplicabilidade no Brasil”, que identifica as principais influências e contribuições desse pensamento para evolução da Enfermagem, destacando também algumas considerações sobre sua aplicação no país.

### **Positivismo: um pensamento dominante ou remoto?**

Nas tentativas de conceber o conhecimento humano, um movimento de pensamento que dominou parte das manifestações da cultura europeia (filosofia, artes, literatura), de aproximadamente 1.840 até a 1ª Guerra Mundial, ficou conhecido como Positivismo (REALE, 1991; SILVINO, 2001). O nome dado a essa corrente, positivista, deu-se em virtude da relativa paz substancial vivenciada na Europa e, ao mesmo tempo, a época de expansão colonial europeia na África e na Ásia (REALE, 1991), ou seja, era como se o mundo estivesse enxergando as coisas de forma favorável.

Nesse contexto, a Revolução Industrial transformou substancialmente o modo de vida dos europeus. Com isso, existia um entusiasmo cristalizado ao redor da ideia de progresso humano e social indomável, pois se possuíam os instrumentos para a solução de todos os problemas. O pensamento da época concebia que os instrumentos eram a ciência e suas aplicações estariam na indústria, bem como no livre intercâmbio e na educação. Então, o processo de industrialização e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia constituíram a base em que o Positivismo se assentou, cresceu e favoreceu (REALE, 1991).

Dessa forma, prevalecia a ideia de que era possível a ciência elaborar instrumentos para debelar todos os problemas da humanidade e, assim, resolvê-los, já que o modo de produção da época era fortemente influenciado pela ciência (SILVINO, 2001).

Os nomes em maior destaque na história do Positivismo foram: o francês August Comte (1798-1857); John Stuart Mill (1806-1873) e Herbert Spencer (1820-1903), na Inglaterra; Jakob Moleschott (1822-1893) e Ernst Haeckel (1834-1919), na Alemanha; e o italiano Roberto Ardigò (1828-1920) (REALE, 1991).

Diante do exposto, percebe-se que o Positivismo situa-se em tradições culturais diferentes, recebendo também nomes distintos, mas com a mesma ideia central de pensamento. Na França, por exemplo, inseriu-se no racionalismo, que vai de Descartes ao Iluminismo. Na Inglaterra desenvolveu-se na tradição empirista e utilitarista que, em seguida, entrelaçou-se com a teoria darwiniana da evolução. Na Alemanha, assume a forma de cientificismo e de monismo materialista e, na Itália com Ardigò, aprofunda suas raízes no naturalismo renascentista (REALE, 1991).

Nesse sentido, as ideias do seu pensador central, August Comte, apresentam a sistematização dos princípios filosóficos que defendia e que considerava a expressão máxima de um caminho que levaria o homem ao mais alto grau de evolução (ALVES, 2010). Assim, o Positivismo vem com grande potência para dominar o pensamento da época e quiçá até a contemporaneidade.

Dessa forma, o pensamento positivista apresenta algumas características peculiares, tais como: reivindica a superioridade da ciência; o método pode ser usado para estudo da sociedade; afirma a unidade do método científico e a superioridade desse método como instrumento cognoscitivo; exalta a ciência como único meio de resolução das situações problemas; se expressa pela divindade do fato e apropria-se de alguns aspectos do iluminismo (SILVINO, 2001). Além disso, a era do Positivismo foi marcada pelo otimismo geral, com a certeza de progresso incontável e é caracterizado pela confiança acrítica, ou seja, de que não haveria críticas (REALE, 1991).

Seu principal pensador, Comte, defendia a natureza teórica dos conhecimentos científicos, fazendo distinção entre o conhecimento teórico-prático. Então, para se alcançar o conhecimento, os caminhos a serem seguidos deveriam ser o da observação, do experimento e do método comparativo (SILVINO, 2001).

Destaca-se também, que o Positivismo teve um papel importante na sistematização de um método para as ciências sociais. Com isso, buscou firmar ao

conhecimento sobre o homem um modo de inteligibilidade calcado naquele construído modernamente para a natureza (ALVES, 2010).

Vale lembrar as críticas tecidas corriqueiramente a essa corrente de ideias. Porém, ainda que se possa encontrar muitos equívocos em determinado pensamento, não se pode esquecer que ele cumpria uma função no tempo e espaço no qual foi produzido (RUCKSTADTER, 2005).

No entanto, acredita-se que possam existir ainda no contexto atual traços e/ou influência do pensamento positivista nos desdobramentos da ciência. Assim como outros sistemas filosóficos, o Positivismo está demarcado temporalmente e parece pouco adequado pressupor que ele sobreviva hoje, mesmo com rótulos mais modernos, como “neopositivismo” (SILVINO, 2001).

### **Avanços e limites do positivismo no campo do conhecimento em enfermagem e algumas considerações de suas aplicabilidades no Brasil**

A epistemologia é uma parte da filosofia que está relacionada com o desenvolvimento atual do conhecimento filosófico e como este é gerado ao longo da história. Sua etimologia provém do grego *epistème* que abrange os conceitos de conhecimento, saber, ciência e *logos* que significa discurso. Assim, trata-se da teoria do conhecimento e da sua validade (SEGUEL-PALMA, 2012).

O termo ciência parece estar reservado exclusivamente para aquelas áreas que progrediram de maneira incontestável, e isto traz o desejo de tornar as profissões incluídas no “rol das ciências”. Com a Enfermagem não é diferente. A profissão vem enfrentando um desafio no sentido de ser instalada e reconhecida como ciência e não apenas como a “arte” de cuidar (LENARDDT; TIMM, 1997).

Nesse desejo de obter reconhecimento científico, desde o início da profissão a Enfermagem ligou-se às disciplinas consideradas científicas. Em 1858, Florence Nightingale já assinala em seus escritos a preocupação com o saber da Enfermagem, ao deixar claro que ainda havia muito mais para ser observado e aprendido e que o método para adquirir o conhecimento deveria ser o experimental (LENARDDT; TIMM, 1997).

Esse conceito de Florence foi influenciado pelos escritos de alguns pensadores do século XIX, entre os quais incluía-se John Stuart Mill, Augusto Comte, Henry Thomas Buckle e Benjamin Jowett, fortes nomes da corrente filosófica do Positivismo (SEGUEL-PALMA, 2012).

Florence transfere suas crenças filosófico-metodológicas para a Enfermagem Moderna. Dessa forma, desde sua profissionalização, com a fundação da Escola de Enfermagem do Hospital St. Thomas, em 1860, a Enfermagem tem sido influenciada pelas ideias positivistas (ALMEIDA; OLIVEIRA; GARCIA, 1996).

As obras de Florence Nightingale que orientaram a profissionalização demonstram que desde a sua origem a Enfermagem sofreu fortes influências das ideias comtianas. A visão de Florence acerca do cuidar é influenciada pela teoria miasmático-bacteriológica bem como pelo método positivista no que diz respeito à determinação dos fatos e suas relações, percebidos pelos sentidos exteriores (COSTA *et al.*, 2017).

Ao chegar à América do Norte, o modelo nightingaliano ocasionou mudanças no ensino, de forma que a Enfermagem norte-americana deu seus primeiros passos na investigação científica. No início do século XX, ocupou-se com pesquisas quantitativas, objetivando definir e quantificar os profissionais da Enfermagem. Em seguida, converteu-se no fazer das enfermeiras, retomando às técnicas utilizadas no cuidado (SANTOS *et al.*, 2011).

A concepção nightingaliana foi introduzida no Brasil na década de 1920 pelas enfermeiras norte-americanas que foram trazidas para organizar o serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (D.N.S.P). Foi criada, então, a primeira Escola de Enfermagem do Brasil, pautada na concepção biologicista homem/ambiente/doença, cuja influência segue até os dias de hoje (LENARDDT; TIMM, 1997).

Dessa forma, os princípios científicos adotados pela Enfermagem até a segunda metade do século XX estiveram, predominantemente, ligados ao biológico. A partir de 1950, as pesquisas se voltaram para fenômenos de contextualização cultural, social e econômica, com grande repercussão no processo saúde-doença, destacando-se o conhecimento a partir das teorias de Enfermagem (SANTOS *et al.*, 2012).

Além da teoria ambientalista de Florence, é possível identificar em outras teorias da Enfermagem certas características que se relacionam com o paradigma de categorização (Positivismo), evidenciando sua contribuição na geração das teorias em Enfermagem (SEGUEL-PALMA; VALENZUELA-SUAZO; SANHUEZA-ALVARADO, 2012).

Virginia Henderson (1897-1996) mostra a categorização de 14 necessidades básicas nas quais se baseiam os cuidados de Enfermagem. Sua teoria é dirigida para a integração dos componentes biopsicossociais. No entanto, ao sugerir que a pessoa está

dependente por não satisfazer algumas das necessidades, dirige os postulados para uma doença e afirma que o diagnóstico médico é importante para a classificação, o que vai de encontro com o pensamento positivista (SEGUEL-PALMA; VALENZUELA-SUAZO; SANHUEZA-ALVARADO, 2012).

Lydia Hall (1906-1969) assinala três fatores importantes para os papéis da Enfermagem que estão orientados pela área biomédica: a pessoa, o corpo e a doença; sendo possível evidenciar seu enfoque para o modelo biomédico, a doença e o método científico para potencializar os cuidados de Enfermagem e as funções que devem ser executadas (SEGUEL-PALMA; VALENZUELA-SUAZO; SANHUEZA-ALVARADO, 2012).

Outro exemplo da utilização do Positivismo e da metodologia quantitativa é a teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, já que as entidades teóricas estão bem definidas e se podem elaborar instrumentos de medição.

Já Imogene King utilizou estudos empíricos descritivos para desenvolver sua teoria de macro sistemas de interação e teoria da consecução de objetivos. Mediante suas oito propostas interrelacionadas, ele permite categorizar a interação entre a enfermeira e o paciente. O próprio processo de Enfermagem apresenta características positivistas como a formulação de um diagnóstico, que permite uma categorização, o planejamento de acordo com o diagnóstico e a evolução, todos frutos da observação (SEGUEL-PALMA; VALENZUELA-SUAZO; SANHUEZA-ALVARADO, 2012).

Ademais, a influência do Positivismo na Enfermagem não se restringiu ao campo da formulação das teorias que subsidiam sua prática, mas estendeu-se também para o campo da pesquisa e do ensino.

A interferência filosófico-metodológica do Positivismo no campo da pesquisa pode ser percebida com a implantação da pós-graduação em Enfermagem no Brasil (ALMEIDA; OLIVEIRA; GARCIA, 1996). Identificou-se uma influência marcante de vários traços do Positivismo nas dissertações e teses produzidas pelos enfermeiros no Brasil, dentre eles a preocupação em fazer classificações; padronização de técnica, sistematização de procedimentos ou propostas de metodização; relações mecânicas entre variáveis (mecanicismo); ausência de análises explicativas; mensuração (priorização do empírico); utilização de testes estatísticos, desvio padrão, índices e escalas de mensuração; concepção naturalista da doença; linguagem matemática e formulação de hipóteses (ROCHA, 1987).

A pesquisa na Enfermagem brasileira foi e ainda é fortemente influenciada pelo Positivismo no que diz respeito ao modelo biomédico e abordagem quantitativa, porque, segundo esta corrente de pensamento, a única forma de conhecimento verdadeiro é o conhecimento científico, desconsiderando as outras formas do conhecimento humano que não podem ser comprovadas cientificamente. Como consequência, o cuidar da Enfermagem caracterizava-se pela valorização apenas dos aspectos técnicos, concretos e quantificáveis do cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2012).

As perspectivas positivistas também nortearam o processo de ensino em Enfermagem, orientado pelas disciplinas, constituindo um currículo fragmentado e hiperespecializado, o que dificulta a comunicação e o trabalho entre diferentes disciplinas. A organização de semanas de avaliação, as provas escritas como padrão de avaliação mais habitual, a tendência em abordar os conteúdos em aulas expositivas são resquícios de uma atitude de ordem, conservação e controle muito próxima da lógica positivista (COSTA *et al.*, 2017).

Dessa forma, pode-se perceber que o Positivismo trouxe grandes contribuições para a geração do conhecimento em Enfermagem, principalmente no que diz respeito à validação das suas atividades, fornecendo evidências científicas para melhorar a sua prática e a qualidade dos cuidados prestados aos usuários, bem como obter maior reconhecimento científico da profissão.

No entanto, apesar da sua forte influência, este modelo passou a concorrer com outros, devido a sua incapacidade de abranger os múltiplos fatores que interferem nas relações saúde-doença e no cuidar em Enfermagem. Fazia-se necessário, então, uma nova forma de ver o homem, de investigá-lo na sua totalidade, que contemplasse tanto os aspectos concretos como os aspectos subjetivos do cotidiano associado aos seus dilemas existenciais (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Os novos paradigmas que surgiram (teoria dos sistemas, interdisciplinaridade, complexidade, valorização da subjetividade, entre outros), configuram-se como uma esperança de que as pesquisas e o trabalho no âmbito da saúde passem a ter mais eficácia a partir de uma visão contextualizada e do respeito às formas diversas de conhecimento. Não se trata de negar a contribuição do Positivismo para a ciência moderna, mas de reconstruir determinados conhecimentos que não mais satisfazem às demandas sociais e se associam com propostas pautadas em uma ética de preservação e de construção de relações mais saudáveis entre o homem e a natureza (SANTOS *et al.*, 2011).

## **Considerações finais**

A Enfermagem carrega influências do Positivismo desde a sua criação enquanto profissão, na segunda metade do século XIX, até os dias de hoje. Essa influência se deu tanto no desenvolvimento das teorias que orientam a prática profissional, como também no campo do ensino e da pesquisa.

Dentre as principais contribuições desta corrente filosófica para a Enfermagem podemos destacar a preocupação em estabelecer normas e rotinas e a padronização dos procedimentos, criando as bases para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); a formulação de hipóteses e a experimentação, que hoje se reflete na Prática Baseada em Evidências (PBE) e que permite ao enfermeiro tomar decisões com base em evidências científicas, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados. Vale destacar que tanto a SAE como a PBE são de fundamental importância para a afirmação da Enfermagem enquanto ciência, questão que vem ganhando destaque nos últimos anos.

No entanto, apesar dessas contribuições, o Positivismo também trouxe muitos aspectos negativos, como a valorização apenas dos aspectos técnicos e quantificáveis do cuidado, o mecanicismo, a centralidade na doença, a dissociação entre teoria e prática, que caracterizam o paradigma biologicista, ainda hoje vigente.

Dessa forma, esse modelo mostra-se insuficiente para abranger os aspectos subjetivos (não quantificáveis) do cuidado de Enfermagem, fazendo-se necessária a adoção de novas abordagens que contemplem tanto os aspectos objetivos (quantificáveis), como os subjetivos do ser humano na sua totalidade.

Não se trata, no entanto, de extinguir o Positivismo ou anular suas contribuições, mas de agregar novas concepções filosóficas no intuito de complementar o que o Positivismo por si só não consegue suprir. Trata-se de inovar o campo de conhecimento através de evidências científicas advindas da experimentação, sem desconsiderar a subjetividade intrínseca no cuidado de Enfermagem. Talvez esse seja o grande desafio na atualidade: entender que essas novas concepções filosóficas não devem, necessariamente, excluir o Positivismo, e sim que todas devem se complementar para um objetivo comum que é melhorar a qualidade do cuidado de Enfermagem.

## **Referências**

ALMEIDA, A. M.; OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, T. R. Pesquisa em enfermagem e o positivismo. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 30, n. 1, p. 25-32, 1996.



ALVES, C. Positivismo no século XIX. In: As luzes e o progresso em questão. 1ª ed. Rio de Janeiro: Booklink; 2010. p.7-27.

ARAÚJO, R. A. *et al.* Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 388-394, 2012.

CHAUI, M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática, 2000.

COSTA, R. R. O. *et al.* Positivismo e complexidade: interfaces e influências no contexto do ensino na graduação em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2017.

HESSEN, J. Teoria do conhecimento. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LENARDTT, M. H.; TIMM, M. Conhecimento em Enfermagem: uma reflexão, por encanto, por enquanto. **Cogitare enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 39-42, 1997.

LOCKE, J. Ensaio sobre o entendimento humano. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2012. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

REALE, G. O. Positivismo. In: História da Filosofia: Do romantismo até nossos dias. São Paulo: Paulus; 1991.

ROCHA, S. M. M.; SILVA, G. B. Linhas filosóficas e ideológicas na pesquisa em Enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 40, n. 4, p. 214-221, 1987.

RUCKSTADTER, V. C. M. Positivismo e educação: alguns apontamentos. In: Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Paraná: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2005.

SANTOS, Q. G. *et al.* A Crise de paradigmas na Ciência. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011.

SEGUEL-PALMA, F. A.; VALENZUELA-SUAZO, S.; SANHUEZA-ALVARADO, O. Corriente epistemológica positivista y su influencia em la generación del conocimiento em enfermería. **Aquichan**, v. 12, n. 2, p. 160-168, 2012.

SILVINO, A. M. D. Epistemologia Positivista: Qual a Sua Influência Hoje? **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p. 276-289, 2007.

WOLFGANG, R. O caminho da filosofia: dos primórdios até o século XX. Brasília: Editora UNB; 2008; p 89-90.

**Referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos  
para a pesquisa de enfermagem**

## CAPÍTULO 3

### PRINCÍPIOS NORTEADORES DA PESQUISA PARTICIPATIVA E MULTIDISCIPLINAR

*Andrea Rodriguez  
Fernando Lannes Fernandes  
Ana Karina Bezerra Pinheiro  
Selene Cordeiro Vasconcelos*

#### RESUMO

Este capítulo tem como propósito apresentar os princípios norteadores da pesquisa participativa tendo em vista sua aplicação no contexto da promoção da saúde e suas implicações para a prática profissional junto a populações vulneráveis e marginalizadas. O texto se debruça sobre as seguintes questões: qual a relevância do método participativo? Em que medida a abordagem possibilita respostas para os problemas práticos contemporâneos? Quais são os princípios teórico-conceituais desse método? Que recursos metodológicos e estratégias práticas podem ser utilizadas para coleta dos dados? Como debate final destacamos: 1. A importância de reconhecermos as diferentes formas de saber durante o processo de pesquisa e intervenção com grupos excluídos; 2. A pesquisa multidisciplinar e o trabalho em rede constituem-se elementos potencializadores de uma participação ampla e diversa e 3. O compromisso do pesquisador com a mudança social e com a produção de um conhecimento, que seja construído coletivamente e que venha responder as questões e os problemas atuais da sociedade, torna-se primordial nesta perspectiva.

**DESCRITORES:** Pesquisa qualitativa; Pesquisa em enfermagem; Pesquisa empírica.

#### Introdução

Este capítulo constitui-se num ensaio reflexivo sobre os princípios norteadores da pesquisa participativa e multidisciplinar. Para isso, utilizamos a literatura nacional e internacional sobre o tema, assim como a experiência pessoal dos autores ao lidar com pesquisas empíricas e com avaliação de trabalhos que utilizam abordagens participativas, em diferentes contextos. No texto, foi dado o enfoque as pesquisas que incluem alguma forma de interlocução e participação com atores sociais. Foram abordados os seguintes

pontos: relevância do método para responder os problemas práticos contemporâneos, princípios teóricos do método e recursos práticos para coleta e análise dos dados.

A pesquisa participativa tem como princípio fundador a compreensão de múltiplas formas de conhecimento e a necessidade de se estabelecer uma relação mais dialógica com os sujeitos da pesquisa. Com efeito, é o *processo* de pesquisa, mais do que o resultado, que interessa ao pesquisador – que na abordagem participativa atua como um *facilitador* (BREDA; MARIE, 2015). A dimensão dialógica e de construção compartilhada do conhecimento coloca em questão os modelos epistemológicos dominantes e sugere uma abordagem que incorpore a “ecologia dos saberes” – na qual múltiplas formas de saber proporcionam uma visão mais integrada e holística da realidade social (SANTOS, 2007). Com efeito, isso nos permite questionar a própria hierarquia na produção de saberes e adotar uma perspectiva horizontal entre, por exemplo, o ‘saber acadêmico’ e o ‘saber popular’.

A pesquisa participativa rompe com os pressupostos da separação entre teoria e prática, sujeito e objeto, pesquisador e o ato de pesquisar, reafirmando a pesquisa como um ato político, ético, técnico e relacional que toda investigação possui (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016). Trata-se, portanto, de uma recusa à neutralidade de quem pesquisa, pois entendemos que o campo nunca é neutro, já que de antemão já mostra as preocupações científicas dos pesquisadores, num contexto social que não é transparente de modo que pesquisador e atores sujeitos-objetos interferem dinamicamente na construção de conhecimento da realidade (CHASSOT; SILVA, 2016; MINAYO, 1992).

A pesquisa participativa ativa é uma poderosa abordagem que oferece um enfoque pertinente e apropriado para o estudo de populações marginalizadas e vulneráveis, além de ser uma estratégia para transformar desigualdades raciais, étnicas, socioeconômicas e de saúde (BALBALE; LOCATELLI; LAVELA, 2016; BREDA; MARIE, 2015; GATTO JUNIOR *et al.*, 2018). O campo da saúde, enquanto produção social, complexa e multifatorial, requer a participação ativa de usuários, movimentos sociais, profissionais e gestores da saúde em todas as etapas de processos de pesquisa implicados na produção, avaliação e formulação de ações que vislumbrem melhor qualidade de vida para a população (BURNS, 2017; GATTO JUNIOR; SOUSA; PESCE; FORTUNA, 2018).

### **Relevância e princípios norteadores da pesquisa participativa e multidisciplinar**

O princípio fundamental da pesquisa participativa entende que não é possível construir conhecimento sobre uma dada realidade sem que as formas de produção deste

conhecimento sejam plurais. Com efeito, o papel mediador e facilitador do pesquisador é essencial para proporcionar um diálogo entre diversas formas de saber. Isso, todavia, não pode estar desvinculado de uma prática engajada e sensível as questões que afetam grupos que em geral não possuem os recursos para influenciar as formas dominantes de produção do conhecimento. Produzir pesquisa a partir de abordagens participativas não se resume a apenas proporcionar ‘múltiplas vozes’ e ‘múltiplos olhares’ sobre os dados gerados. Produzir pesquisa participativa tem como princípio básico um senso de compromisso ético e cívico na busca por justiça social a partir da pesquisa. Defendemos a ‘justiça cognitiva’, segundo a qual diferentes conhecimentos contribuem para o conhecimento do mundo e para a elaboração de soluções emancipatórias para a injustiça e desigualdade social (SANTOS, 2006).

Desta forma, produzir conhecimento a partir do diálogo com grupos vulneráveis é fundamentalmente um ato de justiça, a partir do qual processos históricos e simbólicos de silenciamento de vozes marginais adquirem centralidade. Não é para menos que a pesquisa participativa está mais preocupada com o processo de pesquisa do que necessariamente com seus resultados imediatos. O processo se refere a forma com que o diálogo é estabelecido, a maneira com que conhecimentos plurais são reconhecidos e refletidos em diálogo permanente com um processo de saber-fazer plural (FERNANDES; RODRIGUEZ, 2015).

### **O trabalho de campo na pesquisa participativa e multidisciplinar**

A pesquisa participativa demanda um cuidado metodológico no que se refere as técnicas e abordagens que proporcionem o engajamento e a participação genuína dos envolvidos. Esta é uma questão muito importante porque a ideia de “participação” envolve um espectro muito amplo de possibilidades. No contexto defendido pelos autores deste trabalho, a participação dos indivíduos deve ser prioridade, mas ao mesmo tempo deve-se considerar os limites e as possibilidades de engajamento de acordo com cada contexto.

Com efeito, se faz necessário refletir sobre o papel das relações de poder no âmbito da pesquisa, como o posicionamento do pesquisador em relação a não-pesquisadores, o papel dominante de uma instituição acadêmica em relação às organizações comunitárias que possuem menor capital simbólico (BOURDIEU, 2005), a linguagem adotada pelo pesquisador (com a adoção de termos complexos, conceitos e discursos que não se relacionam com o cotidiano dos participantes), e mesmo a forma de se vestir durante a

pesquisa (uso de roupas e acessórios que podem gerar desconforto por realçar hierarquias sociais) são elementos presentes nesta dinâmica de participação que precisam ser amplamente discutidos.

### **Preparação para entrada no campo**

Nessa fase, deve-se atentar para aspectos importantes que podem interferir no encontro do pesquisador com o seu campo. Geralmente, amplia-se a escuta e a observação e diminui-se enrijecimentos que, por vezes, invisibilizam a percepção em profundidade do cenário que se quer estudar. É almejado estar mais próximo do outro, fazer redes, buscando saberes singulares e locais. Na aproximação com o campo é importante que o pesquisador faça “estranhamentos e questionamentos” sobre seu próprio lugar social e de saber, possíveis rupturas com visões anteriores ao campo e movimentos de aproximação com os participantes e com o cotidiano.

### **Flexibilidade no uso de técnicas de coleta de dados**

A flexibilidade do pesquisador na construção de processos participativos de pesquisa é um ponto-chave. Compreende-se flexibilidade como uma característica que permite aos processos investigativos e suas condições pré-estabelecidas ressignificarem-se diante do imprevisto, do inédito, sob a perspectiva da construção coletiva. Deste modo, peculiaridades individuais, grupais, contextuais não se configurem como barreira ao processo participativo, mas como situações que disparam novos procedimentos, flexíveis, contextualizados e singularizados. Entender a fundo o contexto e suas peculiaridades constrói um ambiente mais favorável para a pesquisa, revela empatia e oferece segurança para o pesquisador e participantes, possibilitando a continuidade da investigação.

### **Métodos de coleta de dados**

As pesquisas com a abordagem qualitativa utilizam uma diversidade de técnicas de coleta de dados, tais como observação participante, entrevista, análise documental, encontros, oficinas, entrevistas convergentes, dentre outros (GATTO JUNIOR *et al.*, 2018). Neste trabalho serão abordados quatro procedimentos, os quais foram utilizados na experiência em pesquisa dos autores.

No Quadro 1 está apresentada sinopse de cada procedimento, com sugestão bibliográfica e em seguida, cada um será detalhado. Retrataremos sucintamente a definição, princípios basilares e procedimentos para aplicação do recurso.

**Quadro 1. Sinopse dos procedimentos de coleta de dados em pesquisa participativa.**

<b>PROCEDIMENTOS DE COLETA</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>PARA SABER MAIS</b>
MÉTODOS VISUAIS	Métodos que utilizam a fotografia como instrumento para representação de perspectivas dos participantes. A imagem pode ser uma alternativa independente ou método complementar ao registo escrito, o qual promove a inclusão dos participantes como informantes.	GREENE, BURKE, MCKENNA (2018) CATALANI, MINKLER (2010) WANG (2006) RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2013)
GRUPOS FOCAIS	Grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Oportuniza gerar hipóteses sobre um assunto a partir da perspectiva dos participantes, interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista.	BACKES <i>et al.</i> (2011) BORGES, SANTOS (2005) LEVORLINO, PELICIONI (2001) MCLAFFERTY (2004) RESSEL (2008)
GRUPOS OPERATIVOS	Método que utiliza um grupo de pessoas interagindo em uma rede de papéis e estabelecendo laços relacionais entre si para a execução de uma tarefa. O compartilhar de saberes guiará a sumarização da construção coletiva para a resolução dessa tarefa.	SILVA <i>et al.</i> (2018) MENEZES, KIEFER, ROBERTO AVELINO (2016) PICHON-RIVIÈRE (2005)
GUIDED TOUR	Método que envolve participantes que compartilham e discutem com os pesquisadores sobre sua forma de experienciar, explorar e	BALBALE, LOCATELLI, LAVELA (2016)

	conceituar seu ambiente, promovendo interação entre eles.	BROOKS, MAGEE, RYAN (2018) THOMSON (2018)
--	---	--

## Métodos visuais

*Photovoice* é uma das principais técnicas deste método no qual se usam imagens de vídeo e/ou foto para capturar aspectos do ambiente e as experiências de pessoas, que geralmente se encontram em posições de poder limitado devido às condições de pobreza, barreiras linguísticas, raça, classe, etnia, gênero, cultura, entre outras.

Grande parte da base teórica desse recurso vem do trabalho de pesquisadores com mulheres de uma aldeia rural na China que documentaram suas vidas e o seu meio ambiente por um ano (WANG; BURRIS, 1997). São definidos cinco conceitos-chave para a *Photovoice* (WANG, 1999): 1. As imagens ensinam; 2. As imagens podem influenciar políticas de suporte para grupos desfavorecidos; 3. Os membros da comunidade devem participar da criação e definição de imagens que fazem parte de seus contextos; 4. O *Photovoice* enfatiza a ação individual e comunitária voltada para transformações sociais.

Os participantes da pesquisa aprendem a operar câmeras e são convidados a registrar suas comunidades. A partir dos pontos de vista dos indivíduos envolvidos, imagens são produzidas e com elas questões importantes de análise (GREENE; BURKE; MCKENNA, 2018).

São nove fases para aplicação do método (WANG, 2006): 1. Identificação das pessoas na comunidade com perfil de liderança comunitária; 2. Recrutamento dos participantes (entre sete e dez); 3. Introdução da metodologia aos participantes e discussão de grupo sobre imagem, poder e ética: o primeiro encontro deve ser iniciado com a formação de acordos, regras de funcionamento e questões éticas; 4. Obtenção de consentimento informado: enfatizamos questões como segurança, autoridade e responsabilidade que são consequentes ao uso da câmera; 5. Identificação de um ou mais temas para as imagens: os participantes debatem sobre as temáticas e determinam o que cada um deseja capturar ou dado um tema específico discutem formas em que possam ser representados; 6. Distribuição das câmeras para os participantes; 7. Determinação do tempo que os participantes terão para registrar as imagens: os participantes determinam o tempo para estarem de posse das câmeras, para retornarem com as fotografias/filmagens que se propuseram a captar. Em seguida, se reúnem para discutir suas imagens; 8.



Promoção de reuniões para discutir as imagens e identificar os recursos e problemáticas comunitárias; 9. Planejamento partilhado dos formatos de disseminação das imagens e histórias produzidas: a mostra das imagens pode ser feita por meio de diversas estratégias para disseminar os trabalhos, histórias e recomendações aos membros da comunidade, lideranças e decisores políticos.

### **Grupos focais**

São grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular ao receberem estímulos apropriados para o debate. Essa técnica oportuniza gerar conhecimento sobre um assunto a partir da perspectiva dos participantes, possibilitando a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos e confrontos (BACKES *et al.*, 2011; RESSEL *et al.*, 2008).

A vantagem dos grupos focais sobre a entrevista individual é que eles permitem observar os processos de interação ocorrendo entre os participantes (BORGES; SANTOS, 2005). Acrescenta-se o fato de que a interação entre os participantes do grupo geralmente diminui o montante de interação entre o facilitador e os membros do grupo, minimizando a influência do pesquisador sobre o processo de entrevista.

Existem, contudo, limites no uso da técnica e devemos, portanto, evitar esta abordagem em situações em que os participantes não se sintam à vontade de compartilhar determinados assuntos com outros integrantes do grupo, ou que apresentem fortes discordâncias de opinião ou, ainda, que sejam hostis entre si.

Para aplicação do grupo focal, devem ser observados determinados procedimentos que o diferenciam de outras entrevistas grupais (LERVOLINO; PELICIONI, 2001; MCLAFFERTY, 2004): 1. *No recrutamento de participantes*: devem ser recrutados de 6 a 10 integrantes que não devem pertencer a um mesmo círculo de amizade ou trabalho para evitar que a livre expressão de ideias no grupo seja prejudicada pelo temor do impacto que as opiniões podem causar posteriormente. Os participantes devem ser homogêneos com relação a determinados atributos. O recrutamento dos participantes ocorre em função do grupo social a ser estudado, devendo abranger sua variabilidade; 2. *O local de realização do grupo*: neutro, acessível e silencioso; 3. *Duração média do grupo*: uma hora e trinta minutos; 4. *Atribuições do moderador e observador*: o moderador deve facilitar a interação grupal, enquanto o observador é encarregado de captar as informações não verbais e, ao final da atividade, auxiliar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas decorrentes de sua forma de coordenar a

sessão; 5. *Elaboração do roteiro de entrevista*: contém em suas questões os temas-chave a serem investigados. A sequência dos temas é normalmente ordenada, primeiramente, por questões gerais e, em seguida, por questões específicas. Tal ordenação permite que os elementos essenciais apareçam de forma mais natural.

### **Grupo operativo**

Grupo operativo é uma ferramenta de investigação e intervenção que consiste em um grupo de pessoas centrado na tarefa e mobilizado a resolver as dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal por meio da troca de representações e experiências (PICHON-RIVIÈRE, 2009). Tarefa é um conceito *pichoniano* dinâmico e dialético, que constitui o caminho percorrido pelo grupo para alcançar os objetivos propostos (LUCCHESI; BARROS, 2007).

O grupo operativo apresenta-se como instrumento de transformação da realidade, seus integrantes estabelecem relações grupais ao partilhar objetivos comuns, a ter uma participação criativa e crítica e a poder se perceber como interação e se vinculam (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

O grupo operativo tem se inserido como importante estratégia promotora de construção coletiva em saúde, perpassando pela prática clínica, ensino, pesquisa e extensão (MENEZES; AVELINO, 2016). O movimento grupal é direcionado para a execução de uma tarefa, que pode ser pré-estabelecida pelo coordenador/moderador do grupo operativo ou ser oriunda da demanda de seus integrantes de acordo com os objetivos e intencionalidade do procedimento de coleta das informações.

O grupo operativo geralmente tem duração máxima de uma hora e pode ser dividido em três momentos, quais sejam: **pré-tarefa**, pactuação e esclarecimento do objeto que será trabalhado e reflete à resistência mudança proposta; **tarefa**, que constitui o momento da discussão, operacionalidade e criatividade do grupo por meio de um processo dialético em torno do objeto definido que faz aflorar os diversos atores sociais com seus papéis; e **projeto**, representa a concretização da construção coletiva da ação futura do grupo. O grupo operativo deverá ser encerrado por meio da sumarização dos conteúdos compartilhados, no qual o processo de cooperação mútua produzido pelo grupo operativo poderá figurar como promotor de mudança de comportamento (SILVA, 2018).

O coordenador ou moderador e o observador do grupo operativo precisam identificar os quatro papéis centrais desempenhados pelos participantes, quais sejam: **porta-voz**, que é o depositário da ansiedade grupal, conjuga a verticalidade e a

horizontalidade, associa a sua vida pessoal com o processo grupal em relação à tarefa; **bode expiatório**, percebido como um impedimento para a realização da tarefa, representando os mecanismos de segregação e uma ameaça à integração e comunicação do grupo; **líder**, depositário de aspectos positivos do grupo, surge a partir da atuação do bode expiatório; **sabotador**, representa a liderança de resistência à mudança (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

A equipe de pesquisa deverá organizar o grupo operativo, composto por oito a doze participantes, em um ambiente agradável e com a disposição das pessoas organizadas no intuito de facilitar a interação e o contato face a face, preferencialmente em círculo, favorecendo ao observador e a distribuição dos gravadores de áudio (LUCCHESI; BARROS, 2007).

### **Guided tour**

A *guided tour* constitui um método de entrevista gravada por áudio ou vídeo sob o enfoque da exploração do ambiente de interesse, em que o pesquisador caminha ao lado do participante, ouvindo e questionando-o no intuito de promover discussões ou compreender determinados aspectos do ambiente do participante (THOMSON, 2018). Ademais, há a *guided tour* virtual utilizado para treinamento para entrada no campo de pesquisa e cenários de assistência à saúde (BROOKS; MAGEE; RYAN, 2018).

A *guided tour* inicia-se por uma breve orientação individual sobre o objetivo e o procedimento básico a ser desenvolvido. Podem ser feitas perguntas disparadoras ou deixar o participante totalmente livre para narrar sua *guided tour*, podendo interromper a gravação ou se recusar a responder qualquer questionamento (BALBALE; LOCATELLI; LAVELA, 2016).

Dentre as características do pesquisador para o uso desse método, destacam-se: capacidade de delegar o controle do estudo aos participantes, de escutar e de fazer perguntas não diretivas, relevantes e oportunas. Além disso, deve ter flexibilidade na direção e duração do *guided tour*, pois a experiência única de cada participante afetará a amplitude e a profundidade dos tópicos discutidos.

Pontos fortes: horizontaliza as relações de poder entre pesquisador-participante; flexibiliza a reestruturação dos passeios de acordo com a linguagem corporal dos participantes e suas interações com os elementos do ambiente; promove a exploração das emoções, valores e conhecimentos práticos; possibilita atividades descontraídas, significativas e interativas; envolvimento maximizado do participante, maior reflexão e

reflexividade do pesquisador; permite o uso das apresentações visuais como componentes de relatórios finais, as quais são memoráveis, holísticas e acessíveis enriquecendo os registros da pesquisa (THOMSON, 2018).

Fragilidades também são apontadas neste método como, por exemplo, pouco tempo para estabelecer uma relação de confiança com o participante e incapacidade de descrever todas as informações captadas devido ao grande volume de dados (THOMSON, 2018).

## **Conclusão**

No campo da enfermagem, identificar métodos apropriados para avaliar e melhorar os cuidados é muitas vezes desafiador, mas necessário, dadas as complexidades e variações nos sistemas de saúde (BALBALE; LOCATELLI; LAVELA, 2016). Sendo assim, o uso da pesquisa participativa mostra-se como um recurso particularmente benéfico e pertinente já que pode envolver pacientes e prestadores de serviços de saúde na avaliação, identificação de problemas e melhorias do atendimento à população. Podem existir dentro de uma mesma instituição projetos em disputa e visões de sociedade e de cuidado que muitas vezes são antagônicas e por isso necessitam ser problematizadas.

O pesquisador que se aventura pelos caminhos da pesquisa participativa e multidisciplinar reconhece que a sua formação profissional tem limites e que um único campo de conhecimento não pode abarcar todo o universo social a ser investigado. Por isso, é importante que se busque conhecer o campo em sua profundidade e envolver diversos atores no processo da pesquisa. Com isso, a abertura para o trabalho com grupos vulneráveis e marginalizados precisa considerar as práticas e os saberes de pessoas que vivem o problema, pessoas de fora da “academia”, ou seja, da própria comunidade, dos movimentos sociais e os gestores de serviços e de políticas públicas.

A convicção de que é preciso investir constantemente na criação de mecanismos que encorajem e potencializem pesquisas participativas e multidisciplinares se mostra como um caminho possível e necessário se quisermos explorar a fundo questões sociais mais amplas e complexas, que nos apresentam dados em saúde cada vez mais desiguais para certas camadas sociais. E estes não são dados naturais mas o resultado de processos históricos que, por sua vez, mantem práticas de discriminação e exclusão a determinados grupos.

“Violência simbólica” é o conjunto de noções normalizadoras do cotidiano que são tomadas como naturais, mas que na verdade reproduzem relações de poder na

sociedade. Uma das dimensões mais explícitas da violência simbólica situa-se justamente na ideia de que a pesquisa acadêmica é rigorosa, neutra, e que o papel do pesquisador é de assumir esta neutralidade e colher os dados que estão no campo, a priori (BOURDIEU, 2005). O que isso esconde, todavia, é a dominância de uma epistemologia (saber) sobre outros, de uma forma hierarquizada e desqualificadora dos saberes produzidos fora da academia, aliada a percepção de que é possível ser “neutro” ao fazer pesquisa. Superar esta divisão se coloca no âmbito da ecologia dos saberes (SANTOS, 2007), que como sinalizamos, se propõe a estabelecer um diálogo horizontal entre saberes.

Existe uma preocupação que vem crescendo em muitos países em termos de qualificar intervenções práticas desenvolvidas em organizações não-governamentais e/ou de base comunitária a partir da realização de estudos e pesquisas que buscam ampliar o conhecimento sobre determinadas realidades sobre as quais se quer intervir. Ainda há um longo caminho pela frente, em que universidade e comunidade precisam estar mais próximas. Neste caminho constante de articular teoria e prática, o pesquisador se encontra imerso num mar de questionamentos. Como traduzir o saber acumulado na universidade com as questões práticas que profissionais, usuários e serviços de saúde precisam responder em seus quotidianos? Como engajar grupos excluídos de participação social em pesquisas acadêmicas? Como a universidade pode cumprir o seu papel de agente transformador de realidades sociais através da pesquisa participativa?

A estratégia de trabalhar articulado com vários parceiros é fundamental. Inserir pessoas da própria comunidade não só na coleta de dados, mas também nas equipes de pesquisa são iniciativas recomendadas pelos autores deste trabalho. A maior participação da comunidade em pesquisas acadêmicas, além de romperem com a lógica da hierarquia dos saberes, possibilitam mesclar diferentes olhares, formações e experiências que se complementam e se articulam na direção de responsabilidades compartilhadas, tanto na identificação dos problemas como na busca por soluções.

Contudo, isto só é possível se de um lado tivermos pesquisadores abertos ao diálogo com outros atores que se mostrarem flexíveis a uma verdadeira construção coletiva do conhecimento e que sejam sensíveis a uma cultura de formação ativa que considere as práticas e os saberes da comunidade. Do outro lado, precisamos ter sujeitos seduzidos por propostas de pesquisa que sejam claras e de intervenção direta em seus contextos de vida. Isso demonstra a complexidade da palavra “participação” e das implicações práticas que envolvem sua plena realização em pesquisa.

Em resposta a estes desafios, é fundamental que o pesquisador assuma um papel ativo de pesquisador-mediador-facilitador (PMF) e que tenha como princípio o diálogo aberto e uma relação horizontal com os demais envolvidos no processo. Com efeito, fazer pesquisa participativa no campo da saúde envolve a descoberta cotidiana de novas formas de conhecer realidades e interagir com diversos atores tendo a reflexão crítica permanente como uma dimensão essencial para que se ocupe esse lugar do PMF.

## Referências

- BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BALBALE, S. N.; LOCATELLI, S. M.; LAVELA, S. L. Through their eyes: Lessons learned using participatory methods in health care quality improvement projects. **Qualitative health research**, v. 26, n. 10, p. 1382-1392, 2016.
- BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 1, p. 74-80, 2005.
- BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**, Bertrand Brasil: Rio de Janeiro, 2005.
- BREDA, L.; MARIE, K. O que é antigo também é novo – pesquisa participativa ativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 7-8, 2015.
- BROOKS, E. M.; MAGEE, M. L.; RYAN, M. Fostering transformative learning, self-reflexivity and medical citizenship through guided tours of disadvantaged neighborhoods. **Medical education online**, v. 23, n. 1, p. 1537-1431, 2018.
- BURNS, D. Deepening and scaling participatory research with the poorest and most marginalized. **European Journal of Operational Research**, v. 268, n. 3, p. 865-874, 2017.
- CHASSOT, C. S.; SILVA, R. A. N. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. 1-12, 2016.
- FERNANDES, F. L.; RODRIGUEZ, A. The “lost generation” and the challenges in working with marginalized groups. Learnt lessons from Brazilian Favelas. **Radical Community Work Journal**, v. 1, n. 1, p. 1-22, 2015.
- GATTO JUNIOR, J. R. *et al.* A participação em pesquisas com metodologias participativas: reflexão sobre experiências. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. supl, p. 1-10, 2018.

GREENE, S.; BURKE, K. J.; MCKENNA, M. A Review of Research Connecting Digital Storytelling, Photovoice, and Civic Engagement. **Review of Educational Research**, v.88, n. 6, p. 844-878, 2018.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.35, n. 2, p. 115-121, 2001.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 796 – 805, 2007.

MCLAFFERTY, I. Focus group interviews as a data collecting strategy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 2, p. 187–194, 2004.

MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1737-1745, 2016.

MENEZES, P.; KIEFER, K.; ROBERTO, A. P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1992.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos CEPRAP**, v. 79, p. 71-94, 2007.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo, para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez Ed., 2006.

SILVA, M. A. M. *et al.* Operative group of primigravidae: a health promotion strategy. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-11, 2018.

THOMSON, L. The guided tour: a research technique for the study of situated, embodied information. **Library Trends**, v. 66, n. 4, p. 511-534, 2018.

WANG, C. B. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. **Health Education and Behaviour**, v. 24, n. 3, p. 369-387, 1997.

WANG, C. C. Youth participation in photovoice as a strategy for community change. **Journal of Community Practice**, v. 14, n. 1–2, p. 147–161, 2006.

WANG, C. Photovoice: A Participatory Action Research Strategy Applied to Women's Health. **Journal of Women's Health**, v. 8, n. 2, p. 185-192, 1999.



**Referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos  
para a prática de enfermagem**

## CAPÍTULO 4

# ANÁLISE CONTEXTUAL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

*Jessica Cristhyanne Peixoto Nascimento*

*Kauanny Vitoria Gurgel dos Santos*

*Joyce Karolayne dos Santos Dantas*

*Helena Marta Alves Nunes*

*Rejane Maria Paiva de Menezes*

*Rodrigo Assis Neves Dantas*

### RESUMO

Há no mundo mais de um bilhão de pessoas que vivem com algum tipo de deficiência, dentre elas, mais de 466 milhões de pessoas possuem deficiência auditiva profunda. Dentro da área da saúde, a comunicação é um conceito chave quando se fala de assistência integral. Logo, com o propósito de promover uma imersão nas circunstâncias às quais a assistência de enfermagem ao usuário com deficiência auditiva se insere, este estudo objetiva analisar o contexto da assistência de enfermagem ao usuário com deficiência auditiva com base no referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress, através de estudo teórico reflexivo sobre a análise contextual de um fenômeno de enfermagem, a partir da revisão narrativa da literatura científica. Foram observadas as quatro camadas ou níveis contextuais que foram categorizadas tendo, como contexto imediato, o conceito do usuário com deficiência auditiva atendido pelo serviço de saúde e tendo, na enfermagem, o primeiro atendimento. O contexto específico refere-se aos elementos influenciadores na atenção à saúde do enfermeiro ao usuário com deficiência auditiva; já o contexto geral, refere-se a subjetividade do usuário deficiente auditivo e do enfermeiro frente ao seu atendimento em saúde; enquanto o metacontexto refere-se aos cuidados de enfermagem centrados no usuário deficiente auditivo. Foi possível maior entendimento dos aspectos contextuais que permeiam o fenômeno do atendimento do enfermeiro ao usuário com deficiência auditiva, apresentando perspectivas do cliente e do enfermeiro quanto às dificuldades encontradas na prestação de serviços em saúde apontando, também, perspectivas de melhora através do aumento da visibilidade desses sujeitos e de suas necessidades em saúde.

**DESCRITORES:** Perda auditiva; Cuidados de enfermagem; Assistência integral à saúde; Educação em enfermagem; Pessoas com deficiência.

### **Introdução**

Existe no mundo mais de um bilhão de pessoas que vivem com algum tipo de deficiência, seja ela insuficiência funcional de algum ou mais órgãos e/ou insuficiência de alguma funcionalidade intelectual ou psicossocial, que pode ser causada por limitações nas estruturas anatômicas e ainda sofrerem influência ambiental e/ou social (OMS, 2011).

Destas, segundo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), mais de 466 milhões de pessoas possuem deficiência auditiva profunda, interferindo diretamente em sua qualidade de vida e saúde (PAHO, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou que até 2050, 900 milhões de pessoas podem ter deficiência auditiva e por isso estabeleceu a surdez como uma das cinco prioridades para o corrente século (BRASIL, 1990).

A deficiência auditiva pode ser classificada como ligeira, média, severa e profunda. Esta última recebe a nomenclatura de surdez e sua etiologia pode ser de origem infecciosa, genética, congênita e traumática, sendo esta por exposição prolongada a ruídos de alta intensidade e pela degradação devido à idade (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

Estudos apontam que os indivíduos com perda/dificuldade auditiva possuem, em associação, dificuldades de comunicação visto que não ocorre a recepção de informações pela escuta e a fonação fica prejudicada pela ausência de retorno auditivo (FRANÇA *et al.*, 2016; IBGE, 2010; MARQUETE *et al.*, 2018; RODRIGUES; DAMIÃO, 2014). No Brasil, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, verificou que mais de nove milhões de brasileiros declararam comprometimento auditivo. A identificação dos brasileiros com deficiência remonta o final do século XVIII com os levantamentos censitários que, com o passar dos anos, vieram abranger aspectos mais relevantes os quais auxiliam na criação de políticas públicas orientadas às necessidades desse público (IBGE, 2010).

A fim de diminuir essas dificuldades encontradas, em 2002 foi instituída a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) como segunda língua oficial brasileira. Trata-se de um sistema de comunicação visual-motor que transmite ideias dentro de um sistema gramatical próprio e que, em 2005, foi incluído como disciplina curricular em cursos de graduação (BRASIL, 2002).

Dentro da área da saúde a comunicação é um conceito chave quando se fala de assistência integral. É o meio pelo qual os profissionais que oferecem assistência identificam as necessidades do cliente, discutem condutas terapêuticas e identificam dificuldades em todos os âmbitos que podem interferir na condição de saúde do indivíduo (NARDI *et al.*, 2018).

O produto de trabalho do enfermeiro é o cuidado de enfermagem e para sua prestação é necessária constante e eficiente comunicação com o usuário dos sistemas de saúde nos mais diversos níveis de atenção (BROCA; FERREIRA, 2014). A ferramenta utilizada para que esse cuidado seja prestado de maneira individualizada e, atendendo às carências em saúde, é o Processo de Enfermagem (PE), que promove um atendimento estruturado e sistematizado em cinco etapas: Coleta de Dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

A primeira fase, Coleta de Dados de Enfermagem, da qual todas as demais dependem, baseia-se fundamentalmente na comunicação entre usuário-enfermeiro para que seu plano de cuidados possa ser traçado e discutido. Se a comunicação é ineficiente, a atenção em saúde consequentemente é comprometida por falhas na troca de informações pertinentes (ARAGÃO *et al.*, 2014; COFEN, 2009).

Quanto aos estudos nacionais e internacionais, as principais barreiras enfrentadas pela população com deficiência auditiva no acesso a serviços de saúde são relacionadas à dificuldade na comunicação, seja pela ausência de conhecimento da equipe de saúde sobre a linguagem de sinais e outros meios não verbais de comunicação, ou pela afetação da independência do usuário (ARAGÃO *et al.*, 2014; FRANÇA *et al.*, 2016; VELONAKI *et al.*, 2015).

Nesse contexto, com o propósito de promover uma imersão nas circunstâncias às quais a assistência de enfermagem ao usuário com deficiência auditiva se insere, bem como corroborar com uma compreensão dos diversos fatores que influenciam esse atendimento, foi levantado o seguinte questionamento: quais fatores do contexto de atenção ao usuário com deficiência auditiva influenciam a assistência de enfermagem?

O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise contextual sobre a assistência de enfermagem ao usuário com deficiência auditiva com base no referencial teórico de Hinds, Chaves e Cyprass (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

## **Método**

A análise contextual foi desenvolvida a partir de revisão narrativa de literatura científica, realizada em agosto de 2019. A coleta de dados foi realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de dados em Enfermagem (BDENF) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). *Web of Science*, *SciVerse Scopus* (Scopus) e *Public Medline* (PubMed), através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como nas páginas virtuais do Ministério da Saúde, do IBGE, da Organização Mundial de Saúde e do Planalto Central Brasileiro.

Para busca nas bases de dados foram selecionados descritores controlados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH): *Hearing Loss* e *Nursing Care* que foram cruzados por meio do operador booleano *AND*.

A seleção das publicações atendeu aos seguintes critérios: conter texto integral disponível, sem restrição de idioma e dos últimos cinco anos. Foram arroladas publicações, em sua maioria no modelo de artigos científicos, adicionadas de decretos e um relatório mundial sobre deficiência que abrangeu a temática abordada neste estudo.

Após a seleção, realizaram-se sucessivas leituras dos materiais para construção da análise do contexto do fenômeno levantado. Os estudos foram então organizados por fichamentos e foram categorizados conforme semelhança e/ou complementaridade de discursos sobre a temática. Segundo o referencial de Hinds, foram avaliadas quatro camadas contextuais que interagem entre si, que podem ser fonte de predição e levar a compreensão do fenômeno em estudo (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

As camadas são denominadas contexto imediato, o qual aborda características imediatas à problemática, onde e com quem ocorre; contexto específico, que trata do passado recente e aspectos que interferem na problemática; contexto geral, o qual lida com a subjetividade do indivíduo desenvolvida pelas experiências; e metacontexto, que relaciona as três camadas anteriores imersas na construção sociopolítica geral (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

Assim, o estudo categorizou as camadas de contexto que constituíram a sua análise, a partir da definição do seu fenômeno, análise contextual da assistência de enfermagem ao usuário com deficiência auditiva, apresentadas em sua sequência, a seguir.

## **A busca pelo serviço de saúde e o atendimento de enfermagem ao usuário com deficiência auditiva**

No contexto imediato, foram encontrados aspectos que versaram sobre as principais necessidades em saúde do usuário com deficiência auditiva e as perspectivas do atendimento do enfermeiro nessa conjuntura.

O estudo apontou a dificuldade de acesso encontrado por pessoas com deficiência auditiva no acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção, tanto relacionados à barreira na comunicação, uma vez que a grande maioria dos profissionais não entende linguagens não verbais e, portanto, não sabe se comunicar através delas, como também relacionados à dificuldade de estabelecer vínculo com o usuário surdo, se reportando aos acompanhantes para coletar informações pertinentes (SOUZA *et al.*, 2017).

Adicionado a esse achado, temos nos profissionais da enfermagem a linha de frente para acolhimento e atendimento do usuário frente aos serviços de saúde seja a nível primário, em consultas domiciliares, consultas de enfermagem, pré-natal, consultas de crescimento e desenvolvimento, entre outras, secundário, em salas de preparo, classificação de risco, atendimentos e visitas de enfermagem, ou terciário compondo a equipe multiprofissional de atendimento a pacientes críticos, o que os constitui peça chave na efetiva ou inefetiva prestação de serviços de saúde ao usuário com deficiência auditiva (MEDEIROS, 2019).

As necessidades em saúde de pessoas com deficiência não se restringem a assuntos relacionados ao lidar com a deficiência. Pelo contrário, assemelham-se às necessidades em saúde da população que não compartilha das mesmas dificuldades auditivas, como consultas relacionadas a doenças crônicas, realização de pré-natal e queixas agudas, dentre outras (COSTA *et al.*, 2018; FUNK; GARCIA; MULLEN, 2018).

Dados de um estudo paraibano afirmaram que da população estudada mais de 30% possuíam comorbidades crônicas e a principal porta de entrada para serviços de saúde se constituiu nos níveis de atenção primário e secundário do serviço público (ARAGÃO *et al.*, 2014).

O atendimento a este usuário, que busca solução para queixas em saúde, deve seguir os mesmos princípios os quais irão permitir que sua queixa seja abordada adequadamente pelo enfermeiro, bem como dar acesso a um serviço de qualidade, conforme estabelecido no decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Logo, o atendimento de enfermagem deve realizar uma coleta de dados capaz de identificar as

necessidades e fragilidades dos sujeitos em questão (BRASIL, 1999; COFEN, 2009; SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Para isso, o profissional enfermeiro deve se valer de estratégias de comunicação não verbais como fala permitindo leitura labial, língua de sinais, LIBRAS, gesticulação, uso da língua escrita, para que este usuário possa exercer sua autonomia na comunicação com o profissional e o cuidado prestado possa ser satisfatório (FRANÇA *et al.*, 2016; MARQUETE *et al.*, 2018).

No entanto, conforme o relatório mundial sobre a deficiência e estudos nacionais, os usuários com deficiência possuem suas necessidades em serviços de saúde atendidas parcialmente ou não atendidas (MARQUETE *et al.*, 2018; SANTOS; WESTPHAL, 1999).

### **Elementos influenciadores na atenção em saúde prestada pelo enfermeiro ao usuário com deficiência auditiva**

Da chegada à saída do serviço de saúde, foi possível identificar relatos de elementos dificultadores no atendimento em saúde como, por exemplo, constrangimento durante a comunicação, comportamento passivo frente à presença do acompanhante e ausência de comunicação não-verbal por parte do enfermeiro, bem como dificuldade na leitura labial pelo uso de máscaras, algumas vezes, pelos profissionais nesse atendimento (COSTA *et al.*, 2018; FUNK; GARCIA; MULLEN, 2018).

Resultados do estudo mostraram que há pouca investigação sobre a abordagem na educação e prevenção em saúde, bem como sobre a saúde psicossocial de indivíduos com deficiência auditiva. Apontaram, também, que há menor índice de realização de autoexame das mamas entre mulheres não ouvintes em detrimento das ouvintes, e menor incidência no uso de preservativos por essa população surda pela falta da educação em saúde, revelando uma fragilidade no atendimento dessa parcela populacional atendida pelos serviços públicos de saúde (MARQUETE *et al.*, 2018).

Esses dados evidenciam elementos do primeiro atendimento, bem como do acompanhamento na atenção à saúde no que diz respeito à comunicação frequentemente realizado por profissionais enfermeiros.

Vários estudos apontaram que os usuários com deficiência auditiva relataram dificuldade de compreensão nas solicitações e/ou perguntas feitas pelos profissionais de saúde, frustração ao não serem compreendidos pelos profissionais, perda de autonomia por precisar estarem sempre acompanhados de um intérprete ou familiar. Esses obstáculos

resultaram em uma menor procura e no adiamento na busca pelo serviço de saúde, gerando possibilidade de agravamento dos quadros (ARAGÃO *et al.*, 2014; FRANÇA *et al.*, 2016; IBGE, 2010; MARQUETE *et al.*, 2018).

No atendimento de enfermagem, o enfermeiro fornece atendimento baseado na comunicação com o usuário e para essa população específica o faz por meio da comunicação não verbal. Pesquisas apontaram que os profissionais de enfermagem se sentem despreparados para o atendimento a essa população por não possuírem formação que lhes permita atender ao usuário com deficiência auditiva. Tal despreparo reflete nas restrições ao atendimento integral e na realização do PE (FRANÇA *et al.*, 2016; FUNK; GARCIA; MULLEN, 2018).

Nota-se que, também neste contexto, o atendimento de enfermagem não é compatível com o atendimento que é preconizado legalmente.

### **Subjetividade do usuário deficiente auditivo e do enfermeiro frente ao seu atendimento em saúde**

No contexto geral, é evidenciado que, culturalmente, possuir deficiência auditiva foi/é visto como sinônimo de inferioridade em uma sociedade predominantemente ouvinte. Dados apontam que, ainda no século XXI, com toda globalização e disseminação de informações sobre as pessoas com deficiência, ainda há uma inclusão embrionária desses indivíduos na sociedade (COSTA *et al.*, 2018).

A discriminação social sofrida pela falta de entendimento das potencialidades e não limitações da pessoa com deficiência auditiva ou a auto discriminação por se sentirem abaixo dos indivíduos ouvintes ainda constituem uma barreira que dificulta diretamente na qualidade em saúde desses sujeitos (COSTA *et al.*, 2018; OMS, 2011). No atendimento em saúde, para que o cuidado seja centrado no usuário, é incentivada sua participação efetiva na construção de seu cuidado, levantando questões e demandas consideradas importantes e com suas opiniões expressas (BRASIL, 1999; LUDLOW *et al.*, 2018).

Os sujeitos com deficiência auditiva que não encontram enfermeiros preparados para ofertar a possibilidade de comunicação não falada encontram-se, então, limitados, fato que os levam à frustração e à desistência no estabelecimento de vínculo, redução na participação social com a sociedade ouvinte e ao isolamento (LUDLOW *et al.*, 2018).

Na perspectiva do enfermeiro, toda sua formação é voltada para o cuidado integral do usuário do sistema de saúde. No entanto, há relato de que os aparatos operacionais não são viabilizados durante os anos de graduação, deixando-o inapto a ofertar cuidados



efetivos, causando também apatia frente ao usuário com deficiência auditiva (LUDLOW *et al.*, 2018).

Apesar do exposto, existem estudos que abordam o aumento da sensibilização dos enfermeiros frente às potencialidades do indivíduo com deficiência auditiva, maior entendimento e empatia com esses clientes e mais interesse pela aprendizagem em LIBRAS e outros meios de comunicação motor-visual (NARDI *et al.*, 2018; SMITH *et al.*, 2018).

### **Atendimento de enfermagem ao deficiente auditivo no serviço de saúde**

Partindo da discussão levantada nas camadas de contexto previamente abordadas, pode-se afirmar que o usuário com deficiência auditiva possui necessidades de saúde em todos os níveis de atenção, e em todos os âmbitos biopsicossocial. No entanto, quando busca o serviço de saúde, encontra um enfermeiro sem competência técnica e prática para comunicação não falada.

Essa falha de comunicação resulta em uma assistência ineficiente, voltada à fragmentação do sujeito, ao mecanicismo das ações, ao foco na doença e na sua cura, pode ser um reflexo do paradigma científico da saúde, ainda hegemônico, do modelo flexneriano (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

O predomínio deste paradigma, no entanto, vai de encontro aos princípios do novo modelo assistencial proposto pela Constituição Brasileira de 1988, o da Produção Social em Saúde no qual o sujeito é produto da ação social, bem como é produtor desta ação. Nesse modelo circundam aspectos referentes à subjetividade, à sua inserção na comunidade, condições de vida e emprego, que confirmam os princípios de saúde propostos pelo SUS na prestação de um serviço norteado pela atenção integral em saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996; FUNK; GARCIA; MULLEN, 2018).

Inserido neste âmbito, o profissional enfermeiro se encontra em crise quanto a oferta de um atendimento ao usuário com deficiência auditiva por não possuir condições para estabelecimento de uma comunicação eficiente. Reconhecendo essa lacuna, se vale de tentativas de utilização de uma linguagem acessível ao usuário com deficiência auditiva com o objetivo de sanar essa problemática (SQUIRES *et al.*, 2019).

Identifica-se, então, um metacontexto no qual usuário e enfermeiro reconhecem a necessidade do fortalecimento na formação em LIBRAS, aparelhado pelo decreto N° 5.626 de 22 de dezembro de 2005, e/ou do estabelecimento de uma comunicação eficiente

para que ambas as partes possam realizar a troca de informações adequadas às necessidades trazidas pelo sujeito com deficiência auditiva (BRASIL, 2005).

### **Considerações finais**

A construção deste estudo possibilitou um maior entendimento sobre os aspectos contextuais que permeiam o fenômeno do atendimento do enfermeiro ao usuário com deficiência auditiva, apresentando perspectivas do usuário e enfermeiro quanto as dificuldades encontradas na prestação de serviços em saúde.

Foram discutidas camadas contextuais que transcenderam a visão imediata para uma visão global da problemática, apontando ainda desafios na assistência de enfermagem ao cliente com deficiência auditiva e, também, perspectivas de melhora, através do aumento da visibilidade desses sujeitos e suas necessidades em saúde.

Pontua-se, ainda, o papel fundamental de uma comunicação eficiente entre o enfermeiro e o usuário para que seja promovida uma atenção integral à saúde centrada no indivíduo e não apenas nas deficiências.

### **Referências**

ARAGÃO, J. S. *et al.* Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-54599-6>. Acesso em: 19 ago 2019.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília-DF, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm). Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília-DF, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm). Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília-DF, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm). Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Surdez**, 2017. Ministério da Saúde: Brasília-DF. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2506-surdez>. Acesso em: 21 ago. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 18 ago. 2019.

BROCA, P. V.; FERREIRA M. A.; Nursing staff and nonverbal communication. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 703-709. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/956>. Acesso em: 22 ago. 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358, 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. Brasília-DF: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 18 ago. 2019.

COSTA, A. A. *et al.* Welcome and listen to the silence: nursing care from the perspective of deaf woman during pregnancy, childbirth and postpartum. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 123-129, 2018. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5997/pdf\\_2](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5997/pdf_2). Acesso em: 19 ago 2019.

FRANÇA, E. G. *et al.* Professional difficulties in health care of patients with severe deafness. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 22, n. 3, p. 107-116, 2016. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532016000300107&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000300107&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 19 ago. 2019.

FUNK, A.; GARCIA, C.; MULLEN, T. CE: Original Research: Understanding the Hospital Experience of Older Adults with Hearing Impairment. **American Journal of Nursing**, Filadelfia, v. 118, n. 6, p. 28-34, 2018. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00000446-201806000-00027>. Acesso em: 19 ago. 2019.

HINDS P.; CHAVES, D.; CYPRESS, S. Context as a source of meaning and understanding. **Qualitative Health Research**, California, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104973239200200105>. Acesso em: 21 ago. 2019.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2012. 211p.

LUDLOW, K. *et al.* The effects of hearing loss on person-centred care in residential aged care: a narrative review. **Geriatric Nursing**, Nova York, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2018. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0197457217302732?token=CAC529F0E547BFF43A000B9D1313E8548A6EB48A82B276CCEB4102CA42A22E98465665FD2CC7A5F7F46AE33CB6674A89>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MARQUETE, V. F. *et al.* Formação de profissionais para a atenção a saúde de deficientes auditivos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 4, p. 649-660, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30966/pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

MEDEIROS, J. N. F. **Acessibilidade para o deficiente auditivo numa rede de urgência e emergência situada em Rocha Miranda**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35090>. Acesso em: 20 ago. 2019.

NARDI, A. C. F. *et al.* Health communication: a study of the profile and structure of municipal communication advisory services in 2014-2015. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 1-10, 2018 jul 02 [citado 2019 ago 19];27(2):[aprox. 10 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/en\\_2237-9622-ress-27-02-e2017409.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/en_2237-9622-ress-27-02-e2017409.pdf). Acesso em: 19 ago. 2019.

OMS adverte que 900 milhões de pessoas podem ter surdez até 2050. **Agência Brasil**, Genebra, 01 de mar. 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2018-03/oms-adverte-que-900-milhoes-de-pessoas-podem-ter-surdez-ate-2050>. Acesso em: 21 ago. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD; 2011. 334p.

PAHO. Organização Pan-Americana de Saúde. **OMS e União Internacional de Telecomunicações recomendam novo padrão global para prevenir perda auditiva entre 1,1 bilhão de pessoas**, 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5869:oms-e-uniao-internacional-de-telecomunicacoes-recomendam-novo-padrao-global-para-prevenir-perda-auditiva-entre-1-1-bilhao-de-pessoas&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5869:oms-e-uniao-internacional-de-telecomunicacoes-recomendam-novo-padrao-global-para-prevenir-perda-auditiva-entre-1-1-bilhao-de-pessoas&Itemid=839). Acesso em: 21 ago. 2019.

RODRIGUES, S. C. M.; DAMIÃO, G. C. Virtual Environment: assistance in nursing care for the deaf based on the protocol of Primary Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 731-738, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000400731&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400731&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 ago. 2019.

SANTOS, J. L. F.; WESTPAHL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88,

1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2019.

SMITH, A. *et al.* Raising awareness of sensory impairment among community nurses: a brief intervention in a remote island setting. **Rural and Remote Health**, Australia, v. 18, n. 3, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/4548>. Acesso em: 21 ago. 2019.

SOUZA, M. F. N. S. *et al.* Main difficulties and obstacles faced by the deaf community in health access: an integrative literature review. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462017000300395&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462017000300395&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 21 ago 2019.

SQUIRES, E. S. *et al.* Knowledge of Hearing Loss among University Students Pursuing Careers in Health Care Authors. **Journal of the American Academy of Audiology**, Ontário, v. 30, n. 4, p. 273-281, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30461410/>. Acesso em: 21 ago. 2019.

VELONAKI, V. S. *et al.* Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. **Disability and Health Journal**, Nova York, v. 8, n. 1, p. 109-117, 2015 jan [citado 2019 ago 19];8(1):109-17. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657414001046?via%3Dihub>. Acesso em: 19 ago. 2019.

## CAPÍTULO 5

# CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESTUDOS SOBRE A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

*Rosely Leyliane dos Santos  
Antonia Jussara Olinda Oliveira  
Clara Liz Macêdo Isidoro  
Alex Porfirio dos Santos  
Roberta Peixoto Vieira  
Viviane Martins da Silva*

### RESUMO

A justificativa pela utilização do Modelo de Promoção da Saúde deve-se à descrição de comportamentos que influenciam a saúde. Assim, objetivou-se realizar uma reflexão teórica a fim de sistematizar aspectos teóricos e metodológicos do Modelo de Promoção da Saúde ao trabalho de enfermagem junto às adolescentes grávidas. Para tanto, foi construído artigo reflexivo com base na leitura e reflexão em artigos científicos e livros, elegidos pelos autores, que assumissem aspectos teóricos ou metodológicos quanto ao trabalho de enfermagem junto à gravidez na adolescência. O Modelo de Promoção da Saúde é utilizado como referencial teórico, o qual contribui para as pesquisas de enfermagem ao apontar comportamentos de saúde que podem auxiliar o enfermeiro no planejamento do cuidado de enfermagem às adolescentes grávidas, com vistas à promoção de saúde. Esta reflexão propõe que o Modelo de Promoção da Saúde possa ser utilizado para nortear a assistência de enfermagem a partir da aplicação do processo de enfermagem. Assim, será possível a identificação de problemas/necessidades de saúde, inferência de diagnósticos de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem. O modelo de Promoção da Saúde é um referencial teórico consistente às pesquisas de enfermagem, sobretudo para adolescentes grávidas.

**DESCRITORES:** Adolescentes; Gravidez; Enfermagem; Promoção da saúde.

### Introdução

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS), proposto por Nola J. Pender, constitui-se um aporte substancial para a pesquisa em enfermagem, especialmente quando

direcionado às investigações acerca dos comportamentos adotados pelos indivíduos. Neste sentido, pode ser utilizado para estudos acerca dos comportamentos assumidos pelas adolescentes grávidas e que influenciam sua saúde.

O MPS pode auxiliar o enfermeiro a conhecer os principais determinantes dos comportamentos de saúde e fatores comportamentais das adolescentes grávidas. Assim, será possível planejar a assistência de enfermagem de modo integral, equânime e sistemática. Além disso, o MPS focaliza para a promoção de comportamentos saudáveis.

Este modelo foi idealizado pela primeira vez em 1982, embasado na concepção de que a motivação do indivíduo pode promover sua saúde. O MPS é utilizado para elucidar processos biopsicossociais que influenciam os indivíduos a se engajarem em comportamentos direcionados a favorecer sua saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Neste sentido, é importante ajudar as pessoas a alcançarem níveis altos de bem-estar, sobretudo quando se trata de adolescentes grávidas, pois a gravidez pode ser permeada de desafios que interferem na saúde materna e fetal (EZER *et al.*, 2016). Por isso, este modelo adequa-se ao trabalho do enfermeiro junto à adolescente grávida, ao compreender os comportamentos de saúde em âmbito individual e coletivo.

Assim, considerando-se a produtividade da perspectiva teórico-metodológica do MPS para a pesquisa em enfermagem, este estudo tem como objetivo realizar reflexão teórica a fim de sistematizar aspectos teóricos e metodológicos do Modelo de Promoção da Saúde ao trabalho de enfermagem junto às adolescentes grávidas.

## **Método**

Trata-se de artigo reflexivo elaborado com base em artigos científicos e livros. O material foi escolhido de forma intencional, não exaustiva, nos quais os autores assumiram a perspectiva do MPS junto aos comportamentos que influenciam à saúde.

As publicações estavam disponíveis em idiomas português, inglês ou espanhol. Desta forma, este capítulo está estruturado com apresentação do metaparadigma, pressupostos e proposições do MPS. A seguir, apresenta-se a estruturação do MPS com foco nos aspectos relacionados à adolescente grávida.

## **Resultados e discussão**

### **Modelo de promoção da saúde: metaparadigma, pressupostos e proposições**

Para compreensão do MPS, faz-se necessário o conhecimento dos principais aspectos relacionados ao modelo de enfermagem, como o metaparadigma. Para isso, os conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem e saúde devem ser esclarecidos.

O conceito Pessoa é definido como o organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo meio ambiente, mas que pode criar um ambiente em que o potencial humano inerente e adquirido pode ser revelado. A relação entre pessoa e ambiente é recíproca. As características individuais e experiências vivenciadas pelos indivíduos definem seus comportamentos de saúde (PENDER, 2011).

O conceito Ambiente é o contexto social, cultural e físico em que o curso de vida acontece. O ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto que lhe seja favorável à melhoria da saúde. O conceito Enfermagem é a colaboração entre indivíduos, famílias e comunidades que criam as condições mais favoráveis para a expressão da saúde ideal e bem-estar. O conceito Saúde é a atualização do potencial humano inerente e adquirido por meio de comportamento direcionado por objetivos. A saúde é ainda uma experiência da vida em evolução (PENDER, 2011).

O MPS baseia-se em sete pressupostos que conduzem a reflexão das perspectivas de enfermagem e da ciência comportamental, quais sejam (PENDER, 2011):

1. As pessoas devem criar condições de vida que lhes permitam expressar seu potencial de saúde;
2. As pessoas têm capacidade e consciência reflexiva, incluindo a avaliação das suas próprias competências;
3. As pessoas valorizam seu crescimento em direções positivas e tentam alcançar um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade;
4. Os indivíduos procuram planejar ativamente seu próprio comportamento;
5. Os indivíduos interagem com o meio ambiente, transformando-o e sendo transformados ao longo do tempo;
6. Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exercem influência sobre as pessoas ao longo de sua vida;
7. A reconfiguração entre os padrões interativos pessoa-ambiente é essencial para a mudança de comportamento.

Na continuidade, apresentam-se as quatorze proposições teóricas que orientam o Modelo de Promoção da Saúde (PENDER, 2011):

1. O comportamento anterior e as características pessoais adquiridas influenciam as crenças, o efeito e a promulgação de comportamentos saudáveis;



2. As pessoas tendem a praticar comportamentos quando percebem os benefícios pessoais;
3. As barreiras percebidas podem restringir o compromisso com a ação, ao avaliar sua conduta e aplicá-la;
4. A competência percebida ou autoeficácia, para executar um determinado comportamento, aumenta a probabilidade de compromisso com a ação e o desempenho real do comportamento;
5. Uma maior autoeficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas para um comportamento específico de saúde;
6. O sentimento positivo em relação a um comportamento resulta em maior autoeficácia percebida;
7. Quando emoções positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e ação é aumentada;
8. As pessoas são mais propensas a se comprometer e se engajar em comportamentos de promoção da saúde quando outros indivíduos, significativos para elas, modelam o comportamento ao oferecer ajuda;
9. Famílias, colegas e prestadores de cuidados de saúde são fontes importantes de influência interpessoal, que podem aumentar ou diminuir o compromisso e o envolvimento no comportamento de promoção da saúde;
10. As influências situacionais no ambiente externo podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação no comportamento de promoção da saúde;
11. Quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, maior a probabilidade de manutenção dos comportamentos de saúde;
12. O compromisso com um plano de ação tem menos probabilidade de resultar no comportamento desejado quando competir com demandas sobre as quais as pessoas têm pouco controle, exige atenção imediata;
13. É menos provável que o compromisso com o plano de ação chegue a ser uma conduta desejada quando algumas ações são mais atrativas que outras;
14. As pessoas são capazes de modificar conhecimentos, sentimentos e relações interpessoais e físicas para criar estímulos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Neste sentido, o estudo pontua que o MPS é utilizado como modelo teórico à enfermagem por proporcionar a avaliação de comportamentos que conduzem à promoção da saúde do indivíduo. Ademais, proporciona a compreensão da complexidade do

fenômeno que se refere à conduta de promoção da saúde. Estas relações são esclarecidas a partir das proposições teóricas (KHOSHNOOD; RAYYANI; TIRGARI, 2018).

A seguir, apresenta-se a estrutura do MPS e sua relação à gravidez na adolescência.

### **Estrutura do modelo de promoção da saúde e a gravidez na adolescência**

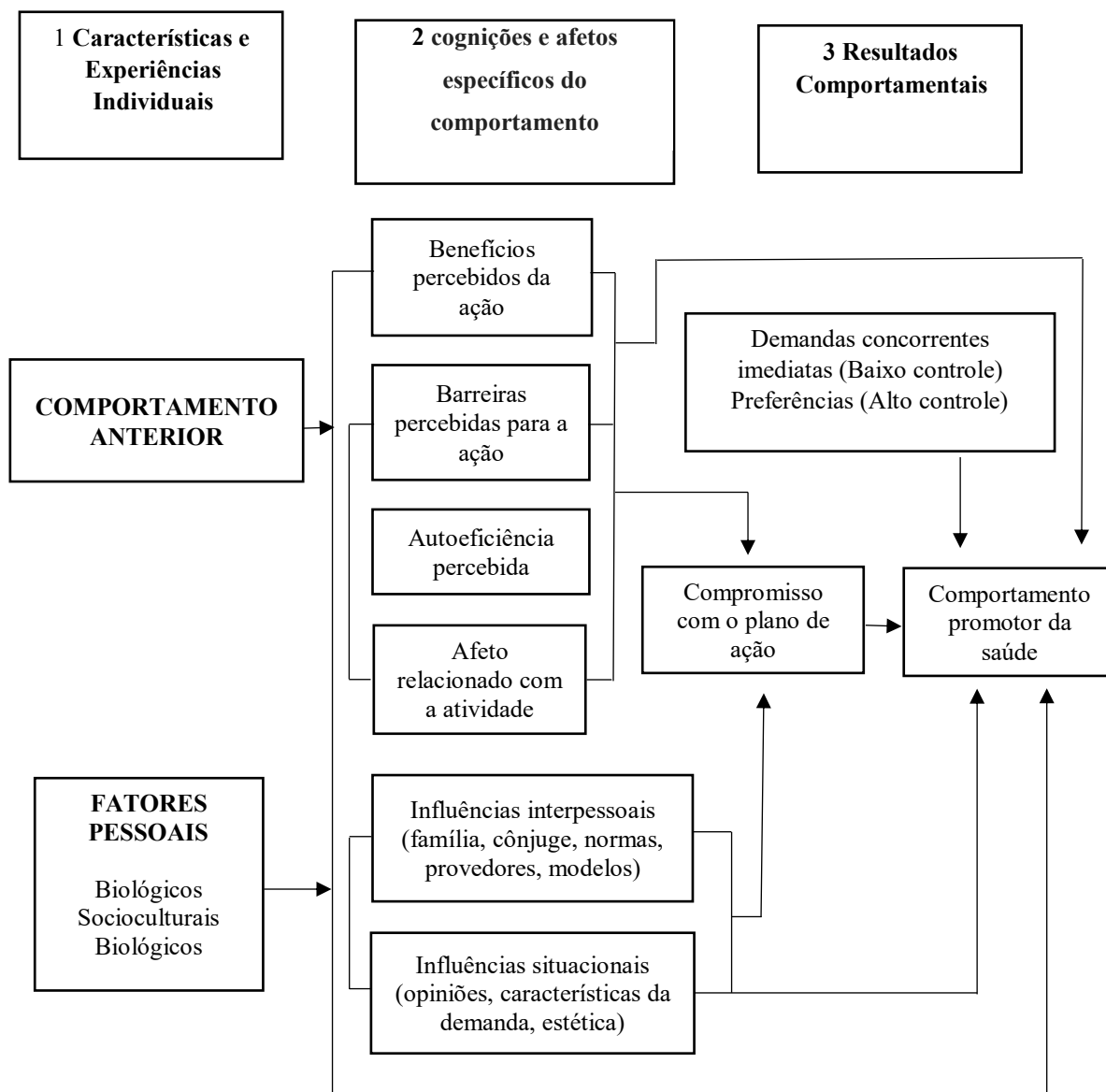
O MPS é constituído por três componentes fundamentais: 1 - Características e experiências individuais; 2 – Cognições e afetos específicos do comportamento; 3 – Resultados comportamentais. A seguir, apresenta-se cada componente a partir do diagrama e da literatura pertinente à temática.

Neste sentido, o MPS auxilia no conhecimento dos fatores que influenciam no comportamento de saúde bem como na realização de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde. Por isso, compreende-se a concepção de promoção da saúde as atividades direcionadas para a manutenção do bem-estar dos indivíduos e concentra-se em ajudar as pessoas a alcançar níveis mais elevados de bem-estar a partir de seus comportamentos (KHOSHNOOD; RAYYANI; TIRGARI, 2018; ELDREDGE *et al.*, 2016).

Percebe-se que o MPS focaliza na adoção de comportamentos positivos à saúde e que são promotores de saúde. Para a teórica Pender, as pessoas procuram criar condições de vida por meio das quais elas possam expressar o seu potencial para a saúde humana, fazer avaliação de suas próprias competências para tomar direções positivas e buscar alcançar equilíbrio pessoal. O modelo destaca os fatores comportamentais que influenciam na saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015; HOYOS *et al.*, 2011). Na perspectiva de compreender como as adolescentes grávidas podem adotar mudanças em seu comportamento de saúde, será realizada esta discussão.

A seguir, apresenta-se o diagrama elaborado por Nola Pender:

Figura 1 – Diagrama do MPS de Nola Pender – Fortaleza, 2018.



Fonte: PENDER; MURDAUGH; PARSONS (2015).

Na literatura científica, evidenciaram-se estudos sobre os componentes do MPS que se relacionam à gravidez na adolescência. Os estudos o empregaram como referencial teórico.

O componente **Características e Experiências Individuais** compreende o comportamento anterior e experiências pessoais. Cada pessoa tem características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes. Para o componente **Comportamento anterior**, a teoria define que são os hábitos do sujeito relacionados à busca pela sua saúde. O comportamento anterior produz efeitos e probabilidade de envolvimento em comportamentos de promoção da saúde. O efeito do comportamento anterior é a formação do hábito e predispõe ao envolvimento automático (PENDER;

MURDAUGH; PARSONS, 2015). Ou seja, a repetitividade deste hábito pode produzir comportamentos saudáveis.

Neste sentido, o comportamento anterior pode ser determinante no comportamento posterior a ser adotado pela adolescente grávida. A frequência de repetição deste comportamento, em razão habitual, pode gerar consequências como a reincidência da gravidez, a qual pode comprometer o futuro das adolescentes e dos seus filhos. Além disso, pode levar à perda da força produtiva (NERY *et al.*, 2011).

A dimensão Fatores Pessoais, que compõem o conceito principal Características e Experiências Individuais, compreende os fatores Biológicos, Socioculturais e Psicológicos. O primeiro abrange a idade, índice de massa corporal, estado puberal, estado da menopausa, capacidade aeróbica, força, agilidade ou equilíbrio. Os fatores psicológicos envolvem a autoestima, automotivação e o estado de saúde percebido. Os fatores socioculturais incluem raça, etnia, aculturação, educação e nível socioeconômico (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

O MPS cita os fatores pessoais que estão relacionados aos comportamentos de saúde. Para as adolescentes grávidas, reconhece-se a importância dos aspectos idade, índice de massa corporal e estado puberal que se relacionam aos comportamentos de riscos. Fatores como autoestima, além de nível socioeconômico, escolaridade e renda devem ser pesquisados. Estes fatores devem ser considerados por influenciarem no comportamento adotado pelas adolescentes (CHINAZZO; CÂMARA; FRANTZ, 2014).

O componente **Cognições e afetos específicos do comportamento** corresponde aos comportamentos que podem ser modificados por meio de intervenções. As dimensões que integram esse conceito são benefícios percebidos para ação, barreiras percebidas à ação, autoeficácia percebida, afeto relacionado à atividade, influência interpessoal e influência situacional (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015). Se intervenções específicas forem direcionadas às adolescentes grávidas, comportamentos de risco podem ser modificados. Neste sentido, ações de enfermagem devem ser realizadas para promover comportamentos saudáveis.

Esse conceito apresenta como dimensão os **Benefícios percebidos** para a ação, os quais são representações mentais positivas ou reforços consequentes do comportamento. Os indivíduos tendem a investir mais tempo e recursos em atividades com maior probabilidade de retorno positivo. A outra dimensão deste conceito refere-se a **Barreiras percebidas à ação**. As barreiras são as percepções sobre a indisponibilidade, inconveniência, despesas e dificuldade de uma ação particular. Estas são vistas como

obstáculos ou custos pessoais em realizar determinado comportamento (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Neste componente, as barreiras percebidas dependem de cada indivíduo, do seu contexto cultural, da vida cotidiana e das experiências pessoais. Portanto, é preciso avaliar as barreiras do ponto de vista individual para fornecer intervenções de promoção da saúde que tenham a chance de eliminar as disparidades em saúde (MOHAMADIAN *et al.*, 2011). Por isso, para a adolescente grávida, o enfermeiro precisa compreender os contextos cultural e social para direcionar o cuidado de enfermagem.

Os benefícios percebidos produzem sentimentos positivos e induzem a repetição do comportamento. Contudo, as barreiras percebidas produzem sentimentos negativos e diminuem a probabilidade de um comportamento de promoção da saúde. Assim, um estudo realizado com adolescentes e seus comportamentos associados evidenciou que ao se reduzir as barreiras e criar sentimentos positivos, esse comportamento pode ser continuado (MEHRABBEIK *et al.*, 2017).

De forma semelhante, se a adolescente grávida percebe os benefícios positivos (adesão à rotina de consultas de pré-natal, alimentação balanceada) e tende a repetir esse comportamento, os riscos à sua saúde podem diminuir. Assim, a adoção de comportamento promotor de saúde pode aumentar. Entretanto, barreiras percebidas (dificuldade de acesso aos serviços de saúde) projetam a diminuição e a probabilidade de um comportamento de promoção de saúde.

A **autoeficácia percebida** integra o componente Cognição e Afetos específicos do comportamento. A autoeficácia é definida, no MPS, como o julgamento da capacidade pessoal para executar e organizar uma determinada ação (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015). A autoeficácia envolve o julgamento do que se pode fazer com as habilidades que alguém possui.

De fato, um estudo que investigou práticas de adolescentes escolares apontou que as adolescentes utilizam sua autoeficácia para superar as barreiras percebidas (MEHRABBEIK *et al.*, 2017). Ou seja, a autoeficácia é importante para a adolescente grávida. Se a adolescente grávida utiliza-se do seu julgamento de capacidade pessoal para adoção e manutenção de comportamentos de promoção de saúde, poderá alcançar resultados positivos. Contudo, as influências pessoais e situacionais, que serão apresentadas posteriormente, devem ser consideradas ao cogitar a habilidade de decisão da adolescente grávida.

A correlação positiva e significativa entre a autoeficácia percebida e os

comportamentos promotores de saúde estão associadas. Quanto mais as pessoas fazem adesão aos comportamentos promotores de saúde, maior a probabilidade delas se tornarem bem sucedidas (KHODAVEISI *et al.*, 2017). Logo, a autoeficácia como julgamento da capacidade pessoal, influencia na habilidade da adolescente em decidir sobre a adoção e manutenção de seu comportamento de promoção de saúde.

A dimensão **Afeto relacionado com a atividade** é o estado de sentimento que ocorre antes, durante e na sequência do comportamento promotor de saúde, a partir de estímulos comportamentais (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Sabe-se que o afeto pode influenciar a ocorrência de um comportamento de risco ao determinar a probabilidade de repetição do mesmo comportamento. O envolvimento em comportamentos de risco está associado à busca por emoções positivas e a esquiva de sentimentos negativos. Isso pode explicar o porquê do envolvimento dos adolescentes em comportamentos prejudiciais à saúde, como a utilização de álcool e drogas, por exemplo. Ao adotarem esse tipo de comportamento, os adolescentes tornam-se mais susceptíveis aos comportamentos de risco, como a relação sexual desprotegida que pode culminar com a gravidez (CHINAZZO; CÂMARA; FRANTZ, 2014).

A dimensão **Influências interpessoais** é entendida como o comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde ou por normas e modelos sociais. **As Influências situacionais** são compreendidas a partir da percepção de que o ambiente pode facilitar ou dificultar os comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Estudo realizado com adolescentes, evidenciou que as influências interpessoais, interferem no comportamento dos adolescentes. Isso significa que a persuasão familiar, a preocupação em relação ao consumo alimentar, frequência de alimentação entre os membros da família e grupos de amigos (todos exemplificados como influências interpessoais) apresentam efeitos positivos sobre os hábitos alimentares dos adolescentes. Por isso, esse aspecto precisa ser avaliado durante a gravidez (VELTSISTA *et al.*, 2010).

As pessoas tendem a se comprometer com comportamentos saudáveis se as pessoas que são importantes para elas oferecem ajuda. Os comportamentos de risco, adotados pelas adolescentes grávidas, são influenciados pelos contextos familiar e social como a escola, comunidade e mídia. Percebe-se que os meios, cultural e ambiental, interferem no comportamento adotado pelos sujeitos (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016; PICKETT; PETERS; JAROSZ, 2014). Esta dimensão do MPS pode ser relacionada a partir do entendimento que quando familiares, amigos ou companheiro da adolescente

grávida falam e/ou reforçam mais sobre a importância da prevenção de comportamento de risco (álcool, drogas, múltiplos parceiros sexuais), torna-se mais provável que a adolescente não se envolva com situações que a suscetibilizem ao risco.

O componente **Resultados comportamentais** abrange a dimensão **Compromisso com o Plano de ação** que são ações adotadas e possibilitam o indivíduo a se manter no comportamento saudável. A dimensão **Demandas de concorrência imediatas e preferências** refere-se a compreensão que as pessoas têm do baixo controle sobre os seus comportamentos sendo, portanto, necessárias mudanças imediatas. As preferências pessoais exercem controle sob as ações que podem influenciar de forma positiva ou negativa. A dimensão **Comportamento de promoção da saúde** é o resultado esperado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Percebe-se que estes componentes são decorrentes do compromisso do indivíduo para a manutenção do comportamento de promoção da saúde. Ademais, se a adolescente grávida não percebe sua situação de vulnerabilidade, pode expor-se a riscos sem prever as consequências de seu comportamento.

Considera-se que a utilização do MPS facilita a compreensão dos comportamentos que influenciam na promoção da saúde, além de produzir reflexão nos modos do cuidado em saúde. Ademais, proporciona o alcance dos objetivos propostos para a promoção do autocuidado (ZARE *et al.*, 2015). O autocuidado está vinculado aos comportamentos e práticas cotidianas, proporcionando a autonomia do paciente (GRECO-SOARES; DELL'AGLIO, 2017).

O modelo proposto pode auxiliar o enfermeiro a conhecer os principais determinantes dos comportamentos de saúde pois identifica fatores que influenciam na saúde das adolescentes grávidas. O modelo propõe uma definição ampla, embora a doença faça-se presente, não é o elemento mais importante (HOYOS *et al.*, 2011; SILVA; SANTOS, 2010).

A partir do conhecimento dos principais conceitos estruturantes do MPS, compreende-se que a promoção da saúde se associa aos determinantes cognitivos e perceptuais que subsidiam a tomada de decisões e condutas de adolescentes grávidas. Este modelo teórico e conceitual pode ser usado pela enfermagem para avaliar as ações de promoção da saúde, ao explicar e prever como a promoção da saúde e o estilo de vida afetam o modo como os indivíduos decidem sobre o cuidar de si (SANTOS; SOARES; BERARDINELLI, 2013).

O uso de uma teoria de enfermagem promove a valorização dessa profissão como ciência. Portanto, a aplicação de um modelo teórico subsidia a prática do enfermeiro e pode ser útil, sobretudo, na consolidação de mecanismos pessoais e de desenvolvimento autossustentável e comportamentos que impulsionam o cuidado individual e coletivo (ELDREDGE *et al.*, 2016).

Ressalta-se que as teorias são centrais à compreensão científica ao explicarem conceitos relacionados a um fenômeno. As teorias são coerentes pela maneira como as proposições estão relacionadas e podem ser com estrutura axiomática (RISJORD, 2019).

Neste contexto, ao considerar que o MPS explica os comportamentos de promoção da saúde, intervenções de enfermagem podem ser direcionadas. Por isso, percebe-se sua importância à pesquisa em enfermagem.

Esta reflexão propõe que o MPS possa ser utilizado a guiar a assistência de enfermagem a partir da aplicação do processo de enfermagem. O MPS pode proporcionar a identificação de problemas/necessidades de saúde em adolescentes grávidas, inferência de diagnósticos de enfermagem acurados no domínio da promoção da saúde, planejamento, intervenção e avaliação das ações de promoção da saúde.

### Considerações finais

O MPS é um referencial teórico consistente às pesquisas de enfermagem, sobretudo para adolescentes grávidas. Neste sentido, este estudo pode contribuir para a ampliação de estudos, com foco no MPS. Ademais, aponta as contribuições deste referencial para a promoção da saúde das adolescentes grávidas.

### Referências

BARBOSA, F. N. M.; CASOTTI, C. A.; NERY, A. A. Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 4, e2620015, 2016.

CHINAZZO, Í. R.; CÂMARA, S. G.; FRANTZ, D. G. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2014.

ELDREDGE, L. K. *et al.* **Planning health promotion programs: an intervention mapping approach**. New York: John Wiley & Sons; 2016.

EZER, P. *et al.* Heterosexual female adolescents' decision-making about sexual intercourse and pregnancy in rural Ontario, Canada. **Rural Remote Health**, v. 16, n. 3664, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1332/4a25db10fe1dcca245b0463433db0a01d576.pdf>. Acesso em: 23 out 2019.



GRECO-SOARES, J. P.; DELL'AGLIO, D. D. Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 2, p. 322-334, 2017.

HOYOS, G. P. A. *et al.* El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. **Enferm. univ, México**, v. 8, n. 4, p. 16-23, 2011.

KHODAVEISI, M. *et al.* The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. **International journal of community based nursing and midwifery**, v. 5, n. 2, p. 165-174, 2017.

KHOSHNOOD, Z.; RAYYANI, M.; TIRGARI, B. Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: a critical perspective. **Int J Adolesc Med Health**, v. 32, n. 4, 2020. Doi: 10.1515/ijamh-2017-0160.

MEHRABBEIK, A. *et al.* Breakfast consumption determinants among female high school students of Yazd Province based on Pender's Health Promotion Model. **Electronic physician**, v. 9, n. 8, p. 5061-5067, 2017.

MOHAMADIAN, H. *et al.* Evaluation of Pender's health promotion model for predicting adolescent girls' quality of life. **Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research**, v. 8, n. 4, p. 1-13, 2011.

NERY, I. S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n.1 p. 31-37, 2011.

PENDER, N. J. Health Promotion Model Manual. 2011. Disponível em [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf). Acesso em: 23 out 2019.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M.A. **Health Promotion in Nursing Practice**. 7 ed. Boston: MA: Pearson, 2015.

PICKETT, S.; PETERS, R. M.; JAROSZ, P. A. Toward a middle-range theory of weight management. **Nursing science quarterly**, v. 27, n. 3, p. 242-247, 2014.

RISJORD, M. Middle-range theories as models: New criteria for analysis and evaluation. **Nursing Philosophy**, v. 20, n. 1, p. e12225, 2019.

SANTOS, I.; SOARES, C. S; BERARDINELLI, L. M. M. Promovendo o autocuidado de clientes com obesidade e coronariopatia: aplicação do diagrama de pender. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 3, p. 301-306, 2013.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 745-753, 2010.

VELTSISTA, A. *et al.* Tracking of overweight and obesity in Greek youth. **Obesity facts**, v. 3, n. 3, p. 166-172, 2010.

ZARE, M. *et al.* Investigating the relationship between components of Pender's health promotion model and self-care behaviors among patients with smear-positive pulmonary tuberculosis. **Evidence Based Care**, v. 6, n. 4, p. 7-17, 2017.

## CAPÍTULO 6

### CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

*Claudenisa Mara de Araújo Vieira*  
*Mikaelle Ysis da Silva*  
*Emiliana Bezerra Gomes*  
*Álissan Karine Lima Martins*  
*Maria do Socorro Vieira Lopes*  
*Glauberto da Silva Quirino*

#### RESUMO

O estudo objetivou realizar análise crítico-reflexiva do cuidado de enfermagem à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal. Trata-se de reflexão ancorada nos princípios da Teoria de Jean Watson, produto proveniente da disciplina Teoria do Conhecimento e Enfermagem, do Curso de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem. O cuidado de enfermagem deve pautar-se na construção de uma relação transpessoal, que se irradia além da relação entre duas pessoas, sendo um processo que se constitui parte da vida dos envolvidos. Um bom profissional, além das técnicas, vislumbra conhecer o ser humano e tudo aquilo que o pode acometer. Busca-se uma enfermagem capaz de impetrar outras dimensões, que reúna aspectos científicos, alinhados aos fatores humanísticos, para assim atender com eficiência às necessidades apresentadas e superar as barreiras do mecanicismo. Nesta perspectiva, reconhece-se que o cuidado de enfermagem com ênfase nas práticas tecnicistas deve ser repensado e discutido, para que não esteja ancorado no mecanicismo e sim na prerrogativa de alcançar e considerar todos os fatores envolvidos, compreendendo o indivíduo em sua singularidade.

**DESCRITORES:** Cuidados de enfermagem; Teoria de enfermagem; Assistência ao paciente.

#### Introdução

A Enfermagem, ao longo do tempo, vem buscando alcançar sua consolidação como ciência do cuidar, uma vez que está alicerçada em um conjunto de conhecimentos e práticas que possibilitem a oferta de um cuidado holístico e efetivo àqueles que necessitam. Nesse contexto, deve-se compreender que a dimensão do cuidar não se

restringe à execução de tarefas, mas implica zelo, diligência, afeto e solicitude. Desta forma, destaca-se que o cuidado não pode limitar-se ao pragmatismo e ao mecanicismo. Entretanto, observa-se que a enfermagem, em muitas situações, apresenta-se de maneira assistencialista, fragmentada e conservadora, priorizando o curativismo em detrimento de práticas preventivas e voltadas à promoção da saúde, reduzindo, assim, o indivíduo à doença (CRUZ *et al.*, 2017).

Para estabelecer um cuidado de enfermagem em sua primazia, é necessário considerar as múltiplas dimensões do indivíduo, a história de vida e os aspectos pessoais e sociais que estão por trás da doença. Desta maneira, é preciso dedicação acurada para ir além do perceptível e palpável. Neste contexto, é indispensável que o profissional reconheça a importância do paciente no processo de cuidar, o que vai além da realização de procedimentos (SALVIANO *et al.*, 2016).

O tecnicismo exprime algo que provem da técnica (ABBAGNANO, 2007). No cenário da enfermagem, a prática do tecnicismo colabora para um cuidado automático que se orienta pela prerrogativa causa-efeito que, por muitas vezes, desconsidera fatores humanísticos como necessários no processo saúde-doença (MUNIS *et al.*, 2015).

Ressalta-se que o cuidado de enfermagem se fundamenta a partir de pressupostos teóricos, como as teorias de enfermagem que norteiam a atuação dos profissionais. Desta maneira e com a finalidade de ultrapassar os modelos tecnicistas que, muitas vezes, são implementados, Jean Watson, enfermeira e teórica, desenvolveu entre 1975 e 1979, a Teoria do Cuidado Transpessoal, que enfatiza a importância da relação entre quem cuida e quem é cuidado (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

A referida teoria destaca a necessidade de uma enfermagem cada vez mais altruísta, social e espiritual. Watson vislumbra e introduz o paradigma do cuidado transpessoal, que determina o quão é importante a relação estabelecida entre profissional e usuário, buscando ultrapassar a superficialidade e aprofundar-se na necessidade do outro, demonstrando que as pessoas devem ser vistas em sua totalidade, o que compreende corpo, mente e espírito (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

A relação profissional e usuário não deve limitar-se à contemplação da esfera física, entretanto, é preciso permitir interação das subjetividades de ambos, visto que a saúde deve ser entendida como o equilíbrio entre diferentes dimensões da vida humana: físico, social, espiritual e cultural. Desta maneira, o cuidado de enfermagem deve despojar-se na tentativa de potencializar e preservar a saúde das pessoas frente aos diferentes contextos (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Verifica-se a necessidade de se reconhecer e tocar a dor do outro, na perspectiva de fazer com que o usuário tenha o direito de ser vislumbrado como um ente que vive e sente. Para isso, são necessários empatia, altruísmo e benevolência para com o sofrimento do outro, de modo a contribuir, junto à enfermagem, como protagonista no restabelecimento da saúde das pessoas.

A relevância científica e social do presente estudo se fundamenta na reflexão acerca da prática exacerbada do tecnicismo na enfermagem na atualidade, no aspecto de reconhecer sua importância no processo de cuidar, mediante fatores humanísticos. Nesta perspectiva, é preciso sensibilizar os profissionais e realizar as mudanças necessárias para ofertar um cuidado efetivo.

Assim, objetivou-se realizar análise crítica-reflexiva do cuidado de enfermagem à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal, diante da necessidade de mudança de paradigmas e concepções de cuidado no campo da enfermagem, na prerrogativa de fortalecer e potencializar o cuidado de enfermagem, por meio de discussões que podem ser advindas do referido pressuposto.

### **O paradigma do cuidado transpessoal de Jean Watson**

O surgimento da Teoria de Jean Watson deu origem ao seu primeiro livro, publicado em 1979, intitulado *Nursing: the philosophy and science of caring*, o qual fornece fundamento filosófico para dimensão humana da enfermagem (WATSON, 2007).

Jean Watson tem específica atenção aos conceitos utilizados na teoria, buscando sempre atualizá-los, como o caso do conceito Carative para *Caritas*, com a finalidade de fazer evocação evidente ao amor e cuidado, a fim de conectar-se com as dimensões existencial/espiritual e os processos vivos das experiências humanas (WATSON, 2007).

Como um guia disciplinar para a prática profissional de enfermagem, a teórica desenvolveu o Processo *Clinical Caritas* que considera o indivíduo em toda sua dimensão, a qual discorre em 10 itens (WATSON, 2009).

Os itens englobam: praticar a bondade amorosa no contexto do cuidado; permitir e reconhecer as relações de fé e esperança; cultivar a sensibilidade para consigo e com os outros; desenvolver e sustentar relacionamento de carinho autêntico com o eu e o outro; expressar e aceitar sentimentos positivos e negativos; ser criatividade no processo de cuidar para alcance da resolubilidade; experienciar aprendizagem que advém da compreensão de conectividade; criar e possibilitar ambiente de cura, com boas energias;

praticar o cuidado humano essencial; possibilitar abertura e atendimento espiritual (WATSON, 2009).

Há intrínseca relação dos elementos supracitados com o desenvolvimento da empatia, o que introduziu o processo de cuidado proposto por Jean Watson e permitiu a criação de espaços que possibilitaram a construção das relações horizontais e que favoreceram o respeito entre os envolvidos (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Com a ausência dos fatores identificados no processo, a teórica afirma que a enfermagem não estaria sendo uma prática profissional, mas uma prática conduzida por ações mecanicistas (WATSON, 2007).

Entretanto, ressalta-se que para alcance desses fatores, é necessário que o enfermeiro se coloque no lugar do usuário, a fim de compreender quais necessidades devem ser priorizadas, sem desvio do cuidado unicamente voltado ao comando instrumental (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Nessa solicitude, emerge o cuidado transpessoal, que se irradia além da relação entre duas pessoas, sendo um processo que constitui parte da vida dos envolvidos. Um cuidado que transcende tempo e espaço resulta em efeitos tanto para o profissional que cuida como para quem é cuidado, ambos com os processos de vida (WATSON, 2009).

A teórica afirma que antes de cuidar do outro, o profissional de enfermagem deve cuidar de si, exigindo a construção de uma relação transpessoal, sendo primordial essa sintonia consigo (GOMES *et al.*, 2013).

A teoria traduz o cuidar em enfermagem vencendo a dicotomia do saber-fazer (AMORIM *et al.*, 2014). Refere que o profissional deve estabelecer/construir relação com o outro, por conectar-se com o mundo interno do espírito e significados, convergindo em busca mútua de sintonia (FIALHO *et al.*, 2016).

Para o enfoque no desenvolvimento de uma competência relacional transpessoal, demanda-se sensibilidade para perceber as características de si e do outro no processo de cuidado, diante da necessidade de compreender o ser humano em todas suas dimensões (NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

Para que o cuidado possa ser efetivado, deve haver a inter-relação entre corpo, mente e espírito, sendo o crescimento da alma e do espírito uma evolução contínua. A alma compreende o interior de cada indivíduo, correlacionando com o autoconhecimento e permitindo o conhecimento do próximo (NUNES; MUNIZ, 2016).

A aplicabilidade da teoria possibilita ao profissional a realização da prática além da dimensão objetiva, permitindo a compreensão do processo de cuidado transpessoal

que engloba concepções, crenças, valores e respeito à espiritualidade do ser cuidado e do cuidador (GOMES *et al.*, 2013).

Ampliar a capacidade de identificar a necessidade humana na assistência de enfermagem emerge da união entre os saberes técnicos com as potencialidades de transcender. Assim, o enfermeiro mergulha subjetivamente no cuidar, possibilitando reconhecer a necessidade do outro (NUNES; MUNIZ, 2016).

A teoria é amparada em bases fenomenológicas, cabendo ressaltar que o enfermeiro que objetiva embasar a assistência do cuidado à luz da teoria deve compreender que as transformações do ambiente emergem a partir de mudanças próprias como ser individual e da maneira que vivencia o cuidar de enfermagem (AMORIM *et al.*, 2014).

A teoria em questão considera a enfermagem como uma ciência relacional, experiencial e transpessoal, na qual a pessoa é encarada como o ser que realmente é, em constante relação mútua consigo, com os outros e com o meio que lhe rodeia (XAVIER; NUNES; BASTOS, 2014). Emerge, assim, a relevância do cuidador ser sensível ao processo em toda integralidade, o que não pode ser confiado a aparelhos (FIALHO *et al.*, 2016).

O cuidado de enfermagem, quando envolve amor, vai além dos procedimentos técnicos e é bem mais que um trabalho, engloba conexão entre uma vida que se doa e se recebe, resultando em crescimento e aprendizagem (FIALHO *et al.*, 2016).

Diante dos pressupostos elencados, pode-se observar a intrínseca relação das reflexões que se fazem necessárias no campo da enfermagem quando se busca questionar as mudanças que devem acontecer, para que se possa enfrentar os desafios existentes frente ao desempenho do cuidado de enfermagem, como um campo de atuação transpessoal.

A teoria se apresenta como um pilar para o cuidado de enfermagem, devendo sempre corroborar as discussões que objetivem fortalecê-lo. Diante da contribuição com a ênfase da inovação do cuidado, faz-se necessário repensar a utilização dos instrumentos.

Dialoga-se, assim, com a prática da enfermagem, por meio de elementos e pressupostos que corroboram o desempenho do cuidado de enfermagem relacional, experiencial e transpessoal.

**Enfermagem transpessoal: superação das barreiras do cuidado tecnicista e respectivas implicações para o cuidado de enfermagem**

O cuidado de enfermagem se configura como a essência da profissão, o que a caracteriza e individualiza, não podendo haver dissociação entre enfermagem e cuidado. Como ponto de partida da profissão, o cuidado de enfermagem deve ser singularizado, pautado pela empatia e dedicação ao outro. Este deve considerar as atitudes, os comportamentos e sentimentos das pessoas envolvidas, já que a assistência de enfermagem não se trata somente da execução de tarefas, mas consiste na intervenção direta na vida de pessoas (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Enfatiza-se que o cuidado de enfermagem está implicado diretamente na relação estabelecida entre profissional e usuário. Desta maneira, no contexto do processo saúde-doença, o profissional de enfermagem passa a ter grande significado para os usuários. É nesse profissional que o indivíduo passa a confiar e a enxergá-lo como referência de suporte para o enfrentamento da dor (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Ao longo do tempo, com a incorporação e o aperfeiçoamento do conhecimento científico, ocorreram grandes avanços no que se refere ao desenvolvimento das técnicas aplicadas no setor da saúde, o que se mostra benéfico, pois resulta em menor morbimortalidade de usuários e, desta forma, acentua-se que a técnica é essencial e indissociável ao cuidado de enfermagem. No entanto, busca-se encontrar equilíbrio entre a técnica empregada e a empatia utilizada durante os procedimentos, na perspectiva de realizar um cuidado que ultrapasse as barreiras do tecnicismo (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

A enfermagem é uma profissão teórico-prática, estabelecida a partir da união entre conhecimento e ação, cuja técnica é imprescindível. No entanto, o tecnicismo se caracteriza como um processo em que a técnica se apresenta de maneira exacerbada, sendo considerada como o centro do processo de cuidar. Deste modo, o sujeito se reduz a um elemento secundário, mediante a assistência prestada, sendo, na maioria das vezes, um objeto de intervenções frias (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Assim, quando o profissional de enfermagem apresenta postura tecnicista, direcionado à doença e desconsidera os aspectos emocionais, sociais e individuais de cada pessoa, o usuário passa a enxergar-se como um objeto descontextualizado ou somente como um indivíduo acometido por uma doença, o que, por conseguinte, torna o processo do adoecimento mais difícil e dificulta o tratamento estabelecido (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Nesse contexto, é preciso compreender a enfermagem como uma prática social que se destina a ofertar cuidado às pessoas, considera as singularidades destas e contribui



para redução do sofrimento dos indivíduos. Logo, é preciso superar o modelo técnico-operativo que reduz a profissão à execução de um conjunto de procedimentos (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Dessa forma, no anseio de otimizar o trabalho de enfermagem, o profissional necessita, antes de mais nada, reconhecer e trabalhar fragilidades e necessidades, para, em seguida, saber identificar e trabalhar as fragilidades dos demais (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Para cuidar, é preciso mais que técnica, urge perspicácia para conseguir tocar a necessidade do outro. Contudo, percebe-se que a assistência de enfermagem, por muitas vezes, restringe-se à execução de tarefas. Assim, um bom profissional, além das técnicas, busca conhecer o ser humano e tudo aquilo que pode acometê-lo negativamente. É preciso doação de quem cuida e de quem é cuidado, para que a partir de interação da subjetividade de ambos, possa se chegar ao real problema apresentado pelo usuário e intervir sobre ele (RAMOS *et al.*, 2013).

O cuidar é intrínseco ao ser humano, em que a pessoa sai de si para experienciar o outro, sendo uma prática necessária nos serviços de saúde. Contudo, ao longo do tempo, observa-se restrição do cuidado aos aspectos quantitativos. Os serviços de saúde trabalham baseados em números e não em pessoas, busca-se a quantificação do número de procedimentos ou até mesmo ganho por produtividade, descaracterizando o real sentido do cuidar. É preciso tempo para conhecer o subjetivo do outro, é necessário dedicação para romper as barreiras do desconhecido, é indispensável amor ao próximo para saber cuidar (RAMOS *et al.*, 2013).

Os profissionais de enfermagem, por muitas vezes, são sufocados por um emaranhado burocrático, que exige tempo e esforço psicológico, o que reflete de maneira negativa na assistência prestada. Muitas vezes, busca-se atender a um grande número de pessoas, em um pequeno espaço de tempo, por conseguinte, tal prerrogativa motiva o profissional de enfermagem a apresentar um cuidar restrito à doença (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Entretanto, busca-se uma enfermagem que seja capaz de tocar outras dimensões, em que se possa reunir os aspectos científicos alinhados aos fatores humanísticos, para, assim, atender com eficiência às necessidades apresentadas (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Apointa-se que o cuidado transpessoal não menospreza a importância do conhecimento técnico científico para o cuidado de enfermagem, por outro lado, amplia a perspectiva do cuidado e introduz o altruísmo e a empatia como fatores também

essenciais. O cuidado transpessoal eleva a concepção de cuidar a uma dimensão na qual é necessário considerar aspectos relacionados à doença e à técnica, como também associados às esferas espirituais, sociais e individuais (RAMOS *et al.*, 2013).

Urge, portanto, alcançar um ponto de equilíbrio, em que os profissionais de enfermagem apresentem habilidades técnicas e capacidade de lidar com a subjetividade de cada usuário, buscando, assim, implementar o cuidado transpessoal no fazer cotidiano do enfermeiro. Com isso, acredita-se que o cuidado de enfermagem passe a apresentar maior nível de excelência, sendo resolutivo e decisivo na vida dos usuários (GOMES *et al.*, 2013).

### **Considerações finais**

O cuidado de enfermagem envolve dimensões que superam a esfera física e biologicista, o qual exige a necessidade de se reconhecer as entrelinhas que estão encobertas no subjetivo de cada um. Para isso, é preciso mais que práticas mecanicistas, são necessárias, por outro lado, doação e empatia. O cuidado de enfermagem compreende sair de si para minimizar a dor do outro. Neste contexto, é imprescindível uma relação transpessoal entre quem cuida e quem é cuidado.

Arelado às práticas tecnicistas, o cuidado enfermagem se encontra na obscuridade, emergindo a necessidade de repensar a maneira como este está sendo ofertado, devendo-se respaldar em bases teóricas e filosóficas, a fim de possibilitar reflexão crítica acerca das práticas tecnicistas, de forma a redirecioná-las e considerar que o processo de cuidar envolve a construção de uma relação.

Reconhecer a necessidade de mudança é acreditar nas possibilidades efetivas de um cuidado que potencializa e preserva a vida humana, na perspectiva de executar um cuidado de enfermagem que independa do alcance da cura, mas que é significativo e efetivo no percurso até esta. Esse cuidado não pode limitar-se às rotinas tecnicistas, mas deve buscar tocar o subjetivo do outro, mediante o olhar, o ouvir e o falar. Somente se faz possível a efetividade de uma assistência holística por meio de reflexão crítica que reconheça e potencialize o meio, interagindo e energizando as relações.

Por vezes, os profissionais de enfermagem se mostram confusos quanto às reais funções frente ao grande número de tarefas incumbidas, mecanizando, assim, parte da prática. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem deve emergir mediante a construção de uma relação humana, em detrimento ao desenvolvimento do mecanicismo, sendo alternativa para sair da obscuridade e alcançar novos caminhos. Não é possível a obtenção

de avanços com o olhar centrado e voltado somente ao tecnicismo, entretanto, deve-se enxergar o que está além e por trás do fenômeno.

Pautar as discussões descritas frente à Teoria do Cuidado Transpessoal é oportunizar reflexões para direcionamento das ações do cuidado em enfermagem diante dos desafios a serem enfrentados a partir de uma visão ampla que engloba o relacionamento entre todos os fatores envolvidos no processo do cuidar, que incube o envolvimento do ser que cuida e do ser que é cuidado, contribuindo para o campo teórico e prático da enfermagem.

A presente análise crítica-reflexiva suscita inquietações aos profissionais de enfermagem quanto à condução da prática assistencial, momento oportuno para que esta seja repensada e alicerçada no campo filosófico/teórico da enfermagem, por intermédio das teorias.

## Referências

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AMORIM, T. V. *et al.* Systematized care in cardiac preoperative: Theory of Human Caring in the perspective of nurses and users. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 4, p. 568-574, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000400568](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400568). Acesso em: 25 mai. 2018.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Description of the term humanization in care by nursing professionals. **Esc Anna Nery.**, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0156.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100324&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100324&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 mai. 2018.

CRUZ, R. A. O. *et al.* Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 236-239, 2017.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev Esc Enferm.**, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200032&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200032&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 2 mai. 2018.

FIALHO, F. A. *et al.* Humanization Permeating Newborn Nursing Care. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 7, p. 2412-2419, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11297>. Acesso em: 25 mai. 2018.

GOMES, I. M. *et al.* Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 3, p. 555-561, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300555&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300555&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 7 mai. 2018.

MUNIS, M. P. *et al.* Nursing care in times of psychiatric refrom. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 13, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200008). Acesso em: 2 jun. 2018.

NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W. S.; PIRES, E. P. O. R. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000200005&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 29 jun. 2018.

NUNES, E. C. D. A.; MUNIZ, E. L. A enfermagem diante do espelho desvelando a liderança transpessoal no cuidado da equipe. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000400416&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400416&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 mai. 2018.

RAMOS, D. K. R. *et al.* Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 41-44, 2013. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/501/191>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemology of nursing care: a refl ection on its foundations. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1240.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2018.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198). Acesso em: 10 mai. 2018.

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.**, v. 16, n. 1, p. 129-35, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016). Acesso em: 25 mai. 2018.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo Saúde**, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: [https://www.saocamilos-p.br/pdf/mundo\\_saude/67/143a149.pdf](https://www.saocamilos-p.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf). Acesso em: 25 mai. 2018.

XAVIER, S.; NUNES, L.; BASTOS, M. L. Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. **Pensar Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1\\_3\\_19.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf). Acesso em: 26 mai. 2018.

## CAPÍTULO 7

### TEORIA INTERATIVA DA AMAMENTAÇÃO: ANÁLISE À LUZ DE MELEIS

*Thaís Rodrigues de Albuquerque  
Paula Suene Pereira dos Santos  
Caik Ferreira Silva  
Glauberto da Silva Quirino  
Dayanne Rakelly de Oliveira  
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz*

#### RESUMO

Esse estudo justifica-se pela contribuição à prática assistencial de enfermagem materno-infantil, partindo do pressuposto de que, no cenário neomoderno, as teorias de enfermagem de médio alcance são as com maior potencial de aplicação no contexto do Sistema Único de Saúde. Objetivou-se realizar uma análise crítica da Teoria Interativa da Amamentação utilizando componentes descritos no Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis. Estudo de natureza descritivo-reflexiva da Teoria Interativa da Amamentação, com base no Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis, realizado no período de abril a junho de 2019. Foram utilizados para tanto, o manuscrito original da teoria, outros textos de seus autores, além de artigos que a utilizaram como referencial teórico. A Teoria Interativa da Amamentação conota clareza por meio dos seus pressupostos e conceitos, que abrangem o fenômeno de amamentação de modo abrangente ao suscitar eventos que precedem e prosseguem ao ato de amamentar. A linguagem utilizada pela teórica é clara, facilitando o seu conhecimento e uso por enfermeiros de todas as especialidades. A Teoria Interativa da Amamentação possui alta clareza, podendo ser utilizada como ferramenta norteadora da prática em qualquer nível assistencial, considerando o modelo de saúde implementado no contexto brasileiro.

**DESCRITORES:** Teoria de enfermagem; Aleitamento materno; Saúde materno-infantil.

#### Introdução

A emergência das teorias de enfermagem se deu na década de 1960, diante da necessidade de consolidar as bases da ciência enfermagem, por meio da produção de conhecimentos em resposta a amplas questões centrais no campo da profissão. Dessa

forma, as teorias tentaram descrever o fenômeno da enfermagem e traçar um curso teórico para as ações executadas por enfermeiros (MELEIS, 2018a).

Os modelos e as teorias próprios de uma disciplina são necessários, chegando-se a afirmar que a legitimação de uma profissão tem base em sua habilidade de criar e aplicar teorias (BRANDÃO *et al.*, 2017; MCCRAE, 2012). Nesse percurso, faz-se relevante a definição de estratégias para criar pontes entre teoria, pesquisa e prática de enfermagem. Para esse objetivo, a enfermagem tem a possibilidade de produzir e aplicar teorias de enfermagem mais aproximadas do nível empírico, em especial, as classificadas como de médio alcance (*middle-range theories* ou *mid-range theories*) (BRANDÃO *et al.*, 2017). A importância da utilização de teorias se refere à fundamentação prática, uma vez que estas abordam fenômenos concretos e testáveis que possibilitam a criação de novas intervenções mais adequadas à realidade, resultando em um cuidado singular e eficaz (GOMES *et al.*, 2019).

As teorias de médio alcance diferenciam-se das grandes teorias pelas suas características peculiares, de aspecto restrito ao mundo real, abrangência de conceitos relativamente concretos, operacionalmente definidos e proposições concretas que podem ser testadas de forma empírica. Uma teoria de médio alcance pode descrever determinado fenômeno, explicá-lo e/ou prevê-lo. Já as grandes teorias são inespecíficas e utilizam conceitos e proposições relativamente abstratos os quais, em geral, não são suscetíveis a testes. As teorias práticas são também chamadas de microteorias, pois são as menos complexas e costumam ser limitadas a campos específicos da prática, como a teoria sobre a depressão pós-parto, vínculo com o bebê e controle da dor oncológica (MCEWEN; WILLS, 2016).

Dentre as teorias de médio alcance, aborda-se aqui a Teoria Interativa da Amamentação, que foi desenvolvida pela Dra. Cândida Caniçali Primo (CANIÇALI PRIMO; GOMES BRANDÃO, 2017), enfermeira que perpassou, durante sua trajetória acadêmica e profissional, por imersão no cuidado à mulher e à criança, interessando-se em conhecer os aspectos relacionados à prática da amamentação para colaborar com essa vivência de forma efetiva e tranquila por mães e seus filhos.

Essencialmente, a Teoria Interativa de Amamentação tem a finalidade de descrever e explicar o fenômeno de amamentação, ao apontar seus fatores antecedentes e consequentes. Antecedentes são eventos necessários para a ocorrência do fenômeno e se dão previamente a ele, assim, influenciam no processo de amamentar. Já os fatores consequentes acontecem após o fenômeno e podem colaborar para predizer o resultado

da amamentação, bem como auxiliar na prescrição de intervenções para alcance de diferentes tipos de benefícios da amamentação (PRIMO; BRANDÃO, 2017; WALKER; AVANT, 2011).

Sob a ótica do referencial teórico citado (PRIMO; BRANDÃO, 2017), conceitua-se amamentação como “... um processo de interação dinâmica no qual mãe e filho interagem entre si e com o ambiente, para alcançar os benefícios do leite humano, oferecido direto da mama para a criança, sendo uma experiência única a cada evento”.

Aqui, entende-se que amamentar é mais que um evento ligado à nutrição da criança, mas um fenômeno complexo que pode sofrer influências biológicas, psicológicas, culturais, sociais, econômicas e políticas (SOUZA *et al.*, 2018).

Em vista da recente proposição da Teoria Interativa da Amamentação, salienta-se que o desenvolvimento e a avaliação de teorias são processos dependentes e um não pode existir sem o outro. Logo, a avaliação de teorias torna-se um componente essencial da prática da enfermagem e do desenvolvimento do corpo epistemológico dessa disciplina, tendo em vista que enfermeiros, cotidianamente, avaliam teorias para aplicar à prática, desenvolver currículos, operacionalizar a pesquisa, ou para tomada de decisão (MELEIS, 2018b).

Nesse panorama, destacamos o Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis, o qual possibilita, dentre outros objetivos, identificar abordagens epistemológicas de uma disciplina através da atenção ao contexto sociocultural da teoria; examinar criticamente e questionar as crenças ontológicas em uma disciplina; identificar escolas de pensamento concorrentes e complementares; efetuar mudanças na prática clínica e estimular o consumo crítico de teorias e práticas baseadas em evidências (MELEIS, 2018b).

Esse estudo justifica-se pela contribuição à prática assistencial de enfermagem materno-infantil, partindo do pressuposto de que, no cenário neomoderno, as teorias de enfermagem de médio alcance são as com maior potencial de aplicação no contexto do Sistema Único de Saúde na forma de instrumental teórico, podendo colaborar com a produção do conhecimento genuíno de enfermagem, que seja capaz de impactar nos sistemas de saúde (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Esse estudo é construído da disciplina Teoria do Conhecimento e Enfermagem, ofertada no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), e teve por objetivo realizar uma análise crítica da Teoria Interativa da Amamentação utilizando componentes descritos no Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.



## **Método**

Estudo de natureza descritivo-reflexiva da Teoria Interativa da Amamentação, com base no Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis, realizado no período de abril a junho de 2019. Foram utilizados, para tanto, o manuscrito original da teoria, outros textos de seus autores, além de artigos que a utilizaram como referencial teórico (MELEIS, 2018b; PRIMO; BRANDÃO, 2017).

O Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis compõe-se de 5 etapas: descrição, análise, crítica, teste e suporte. Contudo, ao utilizar critérios delineados para avaliação de teorias, é importante notar que elas podem ser superiores em alguns pontos e em evolução em outros aspectos. À vista disso, nenhuma teoria irá satisfazer ou ser capaz de abordar todos os critérios. Outro fator importante é que o Modelo de Meleis é deveras detalhado para ser apresentado na sua totalidade. Por essa razão, o Modelo pode ser aplicado em partes, não sendo necessário seguir a ordem das etapas (MELEIS, 2018b). No tocante a individualidade de cada etapa, uma revisão da literatura aponta que há predomínio de pesquisas que utilizam apenas uma única unidade de análise contida na etapa estudada (RAMALHO NETO *et al.*, 2016).

O presente estudo delimitou-se à terceira etapa - crítica à teoria - que é descrita como um exame crítico dos componentes da teoria, objetivando determinar a existência de padrões ou limitações, comparando-os a diferentes critérios, entre os quais estão: a estrutura e a função; o diagrama; o círculo de contágio; utilidade e componentes externos. Trataremos, pois, da relação entre estrutura e função da teoria, discutindo as unidades de análise clareza e consistência (MELEIS, 2018b).

A Teoria Interativa da Amamentação foi escolhida por compreender como necessários os avanços epistemológicos na enfermagem, especialmente em aspectos atrelados à realidade brasileira, entre eles: ampliar o desenvolvimento de pesquisas teóricas de enfermagem, revisitar as poucas teorias de enfermagem brasileiras produzidas e submetê-las aos critérios de avaliação de teorias e rediscutir a relevância dos referenciais teóricos nas pesquisas (BRANDÃO *et al.*, 2017; PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Na prática clínica, a Teoria Interativa de Amamentação pode ser uma ferramenta teórica útil para nortear o pré-natal, o parto, o puerpério e a puericultura, subsidiando o pensamento crítico e a tomada de decisões por enfermeiros para proteção, promoção e apoio à amamentação de forma segura e eficaz (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

## **Resultados e discussão**

### **Análise crítica da Teoria Interativa da Amamentação**

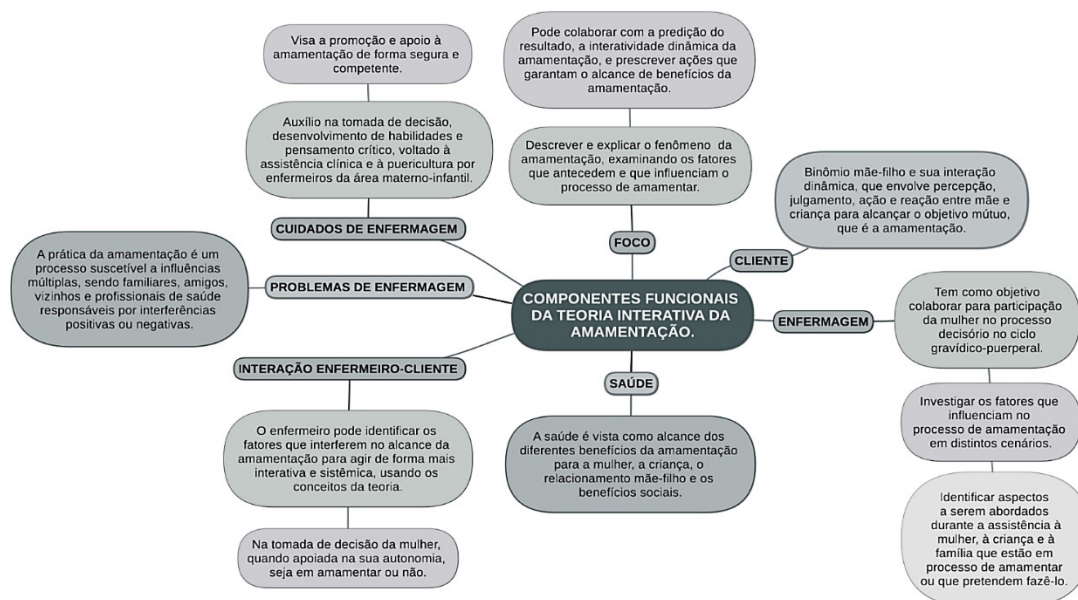
Para análise crítica da teoria, consideramos o critério de Clareza (MELEIS, 2018b).

Segundo Meleis (MELEIS, 2018b), deve-se considerar clareza como a precisão de limites, uma comunicação de um senso de ordem, vivacidade de significado e consistência através da teoria. A clareza é demonstrada em suposições, conceitos e proposições, bem como em conceitos de domínio, e pode variar em um intervalo de alta a baixa clareza. Dessa forma, ter clareza é ter definições teóricas e operacionais que sejam consistentes ao longo da teoria, apresentadas de forma parcimoniosa com os pressupostos e proposições teóricas. Algumas perguntas norteadoras ajudam a determinar a clareza: os conceitos são definidos operacionalmente? A clareza proposicional se manifesta em uma apresentação coerente e lógica de proposições e ligações sistemáticas entre os conceitos teóricos.

Para demonstração, foi descrito em mapa conceitual os componentes funcionais, os pressupostos, os conceitos e as proposições da Teoria Interativa da Amamentação, que embasam a análise funcional do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.

Os componentes funcionais são: foco, cliente, enfermagem, saúde, interações enfermeiro-paciente, meio ambiente, problema de enfermagem e cuidado da enfermagem.

**Figura 1 – Mapa conceitual dos componentes funcionais da Teoria Interativa da Amamentação**



Os pressupostos de uma teoria ou um modelo teórico são declarações que antecedem a investigação e são a base para definir os conceitos e formular proposições. Em teorias de enfermagem, pressupostos são constituídos a partir da enfermagem, do comportamento humano, da vida, morte, saúde e doença (MELEIS, 2018b).

Ao nos aproximarmos do referencial teórico citado, observamos o seu conceito central é a interação, pois, a partir desse movimento, inicia-se o processo de busca para alcançar a amamentação em que a mulher, a partir do seu sistema pessoal, interage com o sistema pessoal da criança e com os outros sistemas interpessoais e sociais para que ocorra o início e manutenção da amamentação e também o desmame (PRIMO; BRANDÃO, 2017). Primo (FARIAS, 2018) afirma que “a interação entre mãe e filho é dinâmica e envolve percepção, julgamento, ação e reação entre mãe e criança, para alcançar o objetivo mútuo, que é a amamentação”. A interação dinâmica entre mãe e filho ancora-se nos momentos de trocas físicas, químicas, biológicas e sensíveis na comunicação verbal e não verbal. Assim, a transação decorre de um processo de percepção e se concretiza quando a amamentação é alcançada.

Em suma, a interação ocasiona a transação, sendo uma afirmação de causalidade. A transação ocorre a partir do momento em que mãe e filho desenvolvem a interação, com momento de troca (ação e reação) satisfatório. Dessa forma, só haverá transação para o alcance da amamentação quando houver interação entre mãe-filho, mediante troca.

A propósito, a Teoria Interativa da Amamentação define amamentação como “um processo de interação dinâmica no qual mãe e filho interagem entre si e com o ambiente, para alcançar os benefícios do leite humano, oferecido direto da mama para a criança, sendo uma experiência única a cada evento” (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

O conceito central da Teoria Interativa de Amamentação é a interação, pois a partir dela inicia-se o processo de busca para alcançar a amamentação, na qual a mulher, a partir do seu sistema pessoal, interage com o sistema pessoal da criança e com os outros sistemas interpessoais e sociais para que ocorra o início e manutenção da amamentação e também o desmame. Os conceitos construídos por meio de análises formam o conteúdo da Teoria Interativa de Amamentação (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

A partir da análise de conceito de amamentação formulou-se os conceitos teóricos: interação dinâmica mãe-filho; condições biológicas da mulher; condições biológicas da criança; percepção da mulher; percepção da criança; imagem corporal da mulher; espaço para amamentar; papel de mãe; sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio à amamentação; autoridade familiar e social; tomada de decisão da mulher; estresse e tempo de amamentação. Os conceitos deram origem a afirmativas relacionais, que declaram algum tipo de relação ou causalidade entre dois ou mais conceitos da teoria, sendo estes apresentados abaixo (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

As condições biológicas da mulher e da criança incluem atributos anatômicos e fisiológicos que influenciam funções biológicas necessárias à amamentação. Ocorrem nos níveis de atividades celulares, moleculares e comportamentais e direcionam-se a anatomia das mamas da mulher e a produção de leite materno. Nos recém-nascidos, abrange o sistema estomatognático, importante componente envolvido na pega correta da mama (FARIAS, 2018). Estudo de coorte afirma que crianças não amamentadas tem maior risco de desenvolver má oclusão, e por conseguinte, alterações na circunferência da cabeça (GUEDES *et al.*, 2015).

A percepção da mulher sobre a amamentação é o processo em que as informações obtidas por ela, por meio dos sentidos e da memória, são organizadas, interpretadas e transformadas. A percepção é variável de acordo com o ambiente em que cada mulher está inserida. A exemplo, tem-se o conhecimento e habilidade em amamentar que a mulher adquire ao longo da vida, advindos de experiências próprias com amamentação, ou familiares e sociais; e por percepções as quais esteve exposta, como o meio social ou veículos de informação (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Do mesmo modo, a percepção da criança sobre a amamentação diz respeito às informações obtidas por meio dos sentidos e da memória, que são organizadas, interpretadas e transformadas. Essa percepção refere-se às sensações percebidas pela criança durante a amamentação, que nos primeiros dias aprende junto com a mãe a amamentar (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

A imagem corporal da mulher é a maneira pela qual cada mulher percebe seu corpo durante a amamentação, e também as reações dos outros à sua aparência nesse período, sendo caracterizada como dinâmica, pessoal e subjetiva. Nesse período, a mulher fica sensível e preocupa-se com as modificações que acontecem com seu corpo, como o peso e a aparência das mamas, bem como a percepção da sua família e da sociedade quanto à estética do seu corpo. Se a mulher reflete uma imagem corporal ruim ou de insatisfação com seu corpo pode decidir não amamentar, implicando em resultados negativos para a saúde infantil (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

O espaço para amamentar é um conceito que simboliza o universo pessoal, situacional e subjetivo, sendo dependente das relações e da percepção que a mulher tem da amamentação. A escolha do local para amamentar deve ser realizada pela mãe, preferível que seja confortável, protegido e adequado para a interação mãe-filho. Com isso, para algumas mães, amamentar em público representa constrangimento, o qual não acontece na alimentação artificial, o que pode influenciar sua decisão de amamentar (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Outro conceito antecedente é papel de mãe, que se explica como um comportamento que se espera da mulher quando passa a ocupar dentro da sociedade a posição de mãe, implicando a interação com a criança e com o propósito da amamentação. Quando o papel de mulher se transforma em papel de mãe, ela adquire os direitos e as obrigações dessa nova posição social, tendo autonomia para decidir amamentar ou não (FARIAS, 2018).

Os sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio à amamentação são representados pela família, comunidade e Estado que utilizam recursos para alcançar a promoção, proteção e apoio à amamentação. Nesse espaço, a mulher deve receber apoio e incentivo, seja por meio da família, da comunidade, ou das políticas e estratégias governamentais para que exerça a amamentação, isso inclui a capacidade de continuar amamentando no regresso ao trabalho (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

A autoridade familiar e social é um processo transacional no qual os valores arraigados nos membros que participam do processo de amamentação influenciam para

guiar, direcionar, controlar e mudar o comportamento da mulher em relação à amamentação. Como a mulher, durante o puerpério, torna-se sensível às influências externas em relação ao cuidado com a criança e a amamentação, os membros da família, especialmente as avós, companheiros e as figuras femininas agem como influenciadoras (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

As avós maternas são consideradas uma das peças principais na amamentação, pois podem influenciar positiva ou negativamente no direcionamento da mulher, em introduzir a fórmula láctea ou não. Por outro lado, geralmente colaboram nas atividades cotidianas da casa e no cuidado com a criança, agindo como apoiadoras da amamentação. Os comentários e sugestões oriundos do senso comum são permeados de mitos e tabus, que podem determinar a continuidade ou não da amamentação (FARIAS, 2018).

A tomada de decisão da mulher é um processo dinâmico e sistemático, que permite a escolha de amamentar dentre outras alternativas. Essa decisão é influenciada pelo desejo e motivação da mulher; pelas experiências, crenças e conhecimentos positivos próprios, dos familiares e das amigas; e pelo apoio recebido dos familiares, amigos e profissionais de saúde (FARIAS, 2018).

No que diz respeito aos conceitos consequentes da amamentação, descreve-se os conceitos de: benefícios para a saúde da mulher, com redução do risco de desenvolver diversas doenças e agravos; benefícios para a saúde da criança, onde a amamentação beneficia seu estado nutricional, fisiológico, imunológico, anatômico, emocional e cognitivo; benefícios ao relacionamento mãe-filho no momento de interação; e os benefícios sociais da amamentação, com vantagens para a família, a sociedade e as instituições, no que tange a aspectos econômicos e de indicadores de saúde (FARIAS, 2018).

Além destes, mais dois conceitos incorporam a teoria da amamentação: tempo de amamentação e estresse. Estes foram identificados por meio do Modelo Conceitual de King (FARIAS, 2018).

Tempo de amamentação define-se como a duração entre um acontecimento e outro e cada mulher o experiencia de forma única. Já o tempo de amamentação é classificado em dois tipos: o tempo do processo de amamentação, que vai do intervalo entre a primeira mamada e o desmame, e o tempo de duração de cada mamada. O tempo de duração da amamentação exclusiva recomendado pelos órgãos internacionais e nacionais é de seis meses, sendo continuada até os dois anos de forma complementada. Já o tempo de cada mamada é aquele necessário para satisfazer as necessidades da criança,

o que pode variar entre os bebês. A interação dinâmica mãe-filho determina o tempo de amamentação (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

O conceito de estresse é trazido para a teoria da amamentação no sentido de que pode estar presente nesse processo, podendo ser aumentado ou diminuído pela ação das interações entre a mulher, a criança e o ambiente. Os estressores que envolvem a amamentação podem ser internos ou externos ao binômio mãe-filho. Os estressores internos na amamentação são a percepção contrária da mulher; as condições biológicas inadequadas da mulher e da criança; a imagem corporal e o papel de mãe conflituoso. Os estressores externos são: o espaço inadequado; os sistemas organizacionais ausentes ou ineficazes à proteção, promoção e apoio; a autoridade familiar e social contrária à amamentação (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

A Teoria Interativa da Amamentação conota clareza por meio dos seus pressupostos e conceitos que abrangem o fenômeno de amamentação de modo abrangente ao suscitar eventos que precedem e prosseguem ao ato de amamentar. A linguagem utilizada pela teórica é clara, facilitando o seu conhecimento e uso por enfermeiro de todas as especialidades.

Embora a teoria apresente onze conceitos aparentemente sem parcimônia, a análise nos transparece a devida importância e consistência de cada um deles no processo de amamentar.

A partir dos argumentos expostos, consideramos a teoria de alta clareza, observando a possibilidade de operacionalização de seus conceitos na realidade prática. Ainda, possuem coerência e continuidade, com descrição clara dos atores envolvidos na amamentação, assim como dos incidentes que permeiam esse processo dinâmico e complexo.

### **Considerações finais**

Acredita-se que esse estudo atingiu seu objetivo ao alcançar a análise da teoria interativa da amamentação com vistas a refletir sobre a clareza de seus pressupostos.

A análise da teoria proporcionou aprofundamento acerca dos seus conceitos e proposições e o modelo de avaliação de teorias proposto por Meleis mostrou-se válido e recomendável para a avaliação de teorias de enfermagem. Pesquisas futuras devem aprofundar-se em utilizar mais unidades de análise e etapas desse método.

A Teoria Interativa da Amamentação apresenta alta clareza, o que lhe permite ser utilizada como ferramenta norteadora da prática em qualquer nível assistencial e considerando o modelo de saúde implementado no contexto brasileiro.

### Referências

BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 577–581, 2019.

BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1–8, 2017.

CANIÇALI PRIMO, C. C.; GOMES BRANDÃO, M. A. G. Teoria Interativa de Amamentação: elaboração e aplicação de uma teoria de médio alcance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, 2017.

FARIAS, M. S. Reabilitação Cardiovascular: Proposta de uma Teoria de Enfermagem de Médio Alcance. **Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará**, 2018.

GOMES, G. L. L. *et al.* T theory of unpleasant symptoms: critical analysis. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

GUEDES, K. M. A. *et al.* Stomatognathic evaluation at five years of age in children born premature and at term. **BMC pediatrics**, v. 15, n. 1, p. 27, 2015.

MCCRAE, N. Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 1, p. 222–229, 2012.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. [s.l.] Artmed Editora, 2016.

MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing: Development and Progress**. [s.l.] Wolters Kluwer, 2018a.

MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 6. ed. Philadelphia: [s.n.].

PRIMO, C. C.; BRANDÃO, M. A. G. Teoria Interativa de Amamentação: elaboração e aplicação de uma teoria de médio alcance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1257–1264, 2017.

RAMALHO NETO, J. M. *et al.* Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 174–181, 2016.

SOUZA, C. O. N. D. E. *et al.* Interactive breastfeeding scale: proposition based on the middle-range theory of nursing. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018.



WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing.** [s.l.] Health Sciences, 2011.

## Índice Remissivo

### A

Adolescentes, 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72  
 Afetos, 65, 67  
 Alcance, 70, 76, 77, 81, 85, 86, 87, 90, 95  
 Amamentação, 11, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95  
 Aprendizagem, 13, 14, 15, 19, 21, 56, 76, 78  
 Assistência, 17, 31, 42, 49, 50, 51, 52, 56, 57, 58, 61, 62, 71, 74, 78, 79, 80, 81, 83  
 Assistência de enfermagem, 49, 51, 52, 57, 61, 62, 71, 78, 79, 80

### B

Bases, 20, 31, 52, 78, 81, 85  
 Bem-estar, 62, 63, 65  
 Benefícios, 64, 67, 68, 87, 91, 93  
 Biológicos, 67  
 Biopsicossocial, 23, 56, 63

### C

Ciência, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 63, 71, 74, 78, 85  
 Científico, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 56, 79, 80  
 Cognições, 65, 67  
 Comportamento, 8, 41, 54, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 90, 92, 93  
 Comunicação, 17, 30, 42, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 89, 90  
 Conceito, 14, 24, 27, 41, 49, 51, 63, 67, 76, 90, 91, 92, 94  
 Conhecimento, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 40, 43, 44, 51, 63, 65, 70, 77, 79, 80, 85, 87, 91, 94  
 Contexto, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 25, 27, 32, 34, 35, 36, 37, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 63, 68, 71, 74, 75, 76, 79, 81, 85, 87, 95  
 Correntes filosóficas, 24  
 Cuidado, 13, 23, 28, 30, 31, 36, 43, 51, 54, 55, 58, 61, 68, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 89, 93  
 Cuidado de Enfermagem, 24, 29, 31, 51, 61, 68, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82  
 Cultural, 28, 63, 68, 69, 75

### D

Deficiência auditiva, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57 domínio, 24, 71, 89

### E

Educação em Enfermagem, 12, 50  
 Enfermagem, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34,

45, 46, 50, 51, 52, 58, 59, 61, 63, 71, 72, 74, 83, 84, 85, 87, 95

Ensino, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 41, 83  
 Ensino em Enfermagem, 12  
 Ensino-aprendizagem, 13, 14, 17, 18, 20, 21  
 Epistemologia, 27, 44  
 Estresse, 91, 93, 94  
 Ético, 35, 36  
 Experiência, 34, 37, 42, 63, 91

### F

Familiar, 54, 69, 91, 92, 94  
 Fenômeno, 49, 52, 57, 65, 71, 82, 85, 86, 87, 94  
 Fenomenológicas, 78  
 Filosóficas, 31, 32, 81  
 Filosófico, 23, 24, 27, 28, 29, 76, 82  
 Florence Nightingale, 23, 27, 28

### G

Grupo focal, 40, 45, 46  
 Grupo operativo, 41, 42, 46  
 Guided tour, 42, 46

### H

Habilidade, 68, 69, 86, 91  
 Humano, 15, 24, 25, 30, 31, 32, 63, 74, 77, 80, 87, 90, 91

### I

Interativa, 85, 94  
 Intervenções, 44, 65, 67, 68, 79, 86, 87

### M

Meleis, 85, 87, 88, 89, 94, 95  
 Metodologias ativas, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22  
 Modelo, 13, 15, 23, 28, 29, 30, 31, 52, 56, 61, 62, 63, 64, 65, 70, 71, 72, 80, 82, 85, 90, 94, 95  
 MPS, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71  
 Mulher, 86, 90, 91, 92, 93, 94

### P

Papel, 26, 36, 44, 45, 57, 59, 91, 92, 94  
 Paradigma, 13, 15, 28, 31, 56, 59, 75  
 Pender, 61, 65, 72, 73  
 Pesquisa, 11, 17, 23, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 61, 62, 71, 86, 87  
 Pessoal, 34, 42, 65, 68, 69, 90, 91, 92  
 Photovoice, 39, 46, 47

Positivismo, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32  
 Prática, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 25, 29, 30, 31,  
 34, 35, 36, 41, 43, 44, 46, 48, 56, 68, 70, 71, 74,  
 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 94,  
 95  
 Pressupostos, 15, 35, 62, 63, 75, 78, 85, 89, 90, 94  
 Preventivas, 75  
 Problematização, 17, 19  
 Processo, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 25, 28, 29,  
 30, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 61, 71,  
 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 86, 87, 90, 91, 92,  
 93, 94  
 Profissional, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 31, 34, 43,  
 54, 56, 58, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 83, 86  
 Promoção, 11, 61, 62, 65  
 Promoção da saúde, 64, 65, 66, 70, 71  
 Promotores, 65, 69  
 Proteção, 20, 57, 88, 91, 92, 94  
 Psicológicos, 67

## R

Relacional, 35, 77, 78

## S

Saúde, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25,  
 28, 30, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51,

53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67,  
 68, 69, 70, 71, 75, 76, 79, 80, 83, 85, 87, 89, 90,  
 92, 93, 95  
 Social, 17, 25, 28, 34, 35, 36, 37, 40, 43, 44, 46, 50,  
 55, 56, 63, 68, 69, 75, 76, 79, 91, 92, 94  
 Socioculturais, 67

## T

Tecnicistas, 74, 75, 81  
 Teoria, 15, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35,  
 44, 46, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 85, 86, 87,  
 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95  
 Teórica, 21, 26, 39, 61, 62, 65, 75, 76, 77, 85, 88, 94  
 Teórico-metodológicas, 61  
 Transpessoal, 74, 75, 76, 82

## U

Usuário, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 75, 76, 77, 79,  
 80, 81

## W

Watson, 74, 75, 76, 77, 83