APÊNDICE I - Modelos Conceptuais de Enfermagem Adotados

Figura 1: Enquadramento teórico norteador da atuação/ intervenção em cada medida da IHAB

Para enquadrar a intervenção relativa à medida 1 (um) da IHAB optei por recorrer ao Modelo Conceptual de Enfermagem e Políticas de Saúde (Fawcett & Russell, 2001).

Este modelo ressalta a forma como as práticas de Enfermagem influenciam o desenvolvimento de novas políticas. De forma recíproca as políticas influenciam as práticas dos cuidados e os processos adotados. Os Enfermeiros, tal como outros grupos profissionais, são participantes ativos na formulação, implementação e avaliação da política de saúde que tem como fim último o impacto positivo na saúde dos clientes dos serviços.

Este modelo tem como princípio basilar a autonomia do grupo profissional dos Enfermeiros para a construção de políticas que criem uma relação de reciprocidade com as suas intervenções. Está construído numa lógica de avaliação de impacto que determinada medida tem nos resultados em saúde/ efetividade dos resultados obtidos.

Reconhecendo que a Enfermagem enquanto disciplina se insere num contexto multidisciplinar, ainda assim necessita de um modelo que particularize e distinga a atuação deste grupo no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas de saúde, sustentando desta forma a criação deste modelo conceptual.

O quadro seguinte é uma adaptação do modelo que melhor operacionaliza o contexto em que a intervenção/ ação decorreu.

Figura 2: Modelo Conceptual de Enfermagem e Políticas de Saúde

Modelo Conceptual de Enfermagem e Políticas de Saúde (adaptado de: Fawcett & Russell, 2009)			
NÍVEL	UNIDADE DE ANÁLISE	ENFERMAGEM E FOCOS DAS POLÍTICAS	ENFERMAGEM E IMPACTO DAS POLÍTICAS NA SAÚDE
NÍVEL 1	Indivíduos, famílias, grupos e comunidades	Processos dos cuidados de enfermagem relativos à protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: análise, publicação, planeamento, implementação e avaliação	Efectividade dos cuidados de enfermagem medido em ganhos para a saúde
NÍVEL 2	Organização dos cuidados de enfermagem na unidade de saúde (ex.: hospital, clínica, ...)	Prestação dos cuidados de enfermagem na unidade de saúde relativos à protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno (ex.: recomendações da Direcção de enfermagem)	Capacidade da unidade de saúde em produzir cuidados de enfermagem efectivos, com impacto na saúde da população
NÍVEL 3	Organização dos serviços de saúde (ex.: sistema de saúde em Portugal pelas ARS)	Orientações, pareceres, normas das administrações regionais, da ordem dos enfermeiros, entre outros, relativamente à prestação dos cuidados de enfermagem para a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno	Capacidade de produzir condições para o bom funcionamento dos serviços de saúde, medido em ganhos para a saúde
NÍVEL 4	Organização do sistema de saúde (ex.: sistema de saúde em Portugal pelo Min. Saúde)	Recomendações do Ministérios da Saúde, relativamente ao sistema de saúde, implicação nos cuidados de enfermagem na protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno	Capacidade de produzir condições para o bom funcionamento dos serviços de saúde, medido em equidade de acesso, sustentabilidade do sistema, maximização dos resultados face aos custos e maximização dos ganhos para a saúde
NÍVEL 5	Organização internacional da saúde/ comunidade global (ex.: UNICEF, OMS, ...)	Recomendações das organizações internacionais relativamente aos cuidados de enfermagem na protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno	Justiça social

Fonte: adaptado de Fawcett & Russell (2001)

Neste modelo são identificados cinco níveis possíveis de origem, alteração de processos e impacto em termos de resultado das políticas. Desde o nível micro, correspondente ao nível 1 (um) que se reporta aos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, ao nível mais abrangente, nível 5 (cinco) que diz respeito às organizações internacionais como a UNICEF e a OMS. Neste quadro é possível identificar a unidade de análise a que cada intervenção reporta, quais as implicações para a Enfermagem e qual o foco das políticas, por último analisa-se a política numa lógica de impacto na saúde e de efetividade das intervenções.

Nas intervenções em que prestei cuidados quer diretamente na minha atuação em contexto de prática clínica, quer indiretamente através dos momentos de observação participativa, suportei a minha análise/ atuação em dois modelos teóricos que se colocam ao nível das teorias de médio alcance: Modelo transacional de Meleis cujos cuidados de enfermagem poderão ser sobre a forma de suplementação de Papel, (Meleis,2010) e o modelo de “adoção do papel materno” desenvolvido por Ramona Mercer (Meighan, 2011).

Referindo Meleis, as transições de papéis podem ser momentos de fragilidade onde a enfermeira pode intervir e atuar de forma terapêutica. A transição de papel pressupõe a incorporação de novo conhecimento, alteração de comportamento e consequentemente conduz a uma alteração, na forma como o individuou se vê a si próprio e do seu contexto social.

Meleis define quatro tipos de transições (Meleis, 2010):

- Transição de desenvolvimento – relacionado com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo ao longo do ciclo vital;
- Transição situacional – relacionada com a alteração da moldura familiar, nascimento ou morte de um elemento. No caso da transição para a parentalidade, esta situação em particular não só implica uma reformulação de papéis dentro do macrossistema que é a sociedade, como também uma redefinição do microssistema familiar com a entrada de mais um elemento, a criança;
- Transição saúde/ doença – mudança de papel relacionado com o processo de saúde/doença.
- Transição organizacional – relacionado com as transições no contexto profissional e nas condições de trabalho.

A capacidade da enfermeira compreender o comportamento do cliente é fundamental para efetuar um correto diagnóstico e consequente intervenção adequada. A enfermeira está numa situação privilegiada para poder intervir junto do cliente nos momentos críticos.

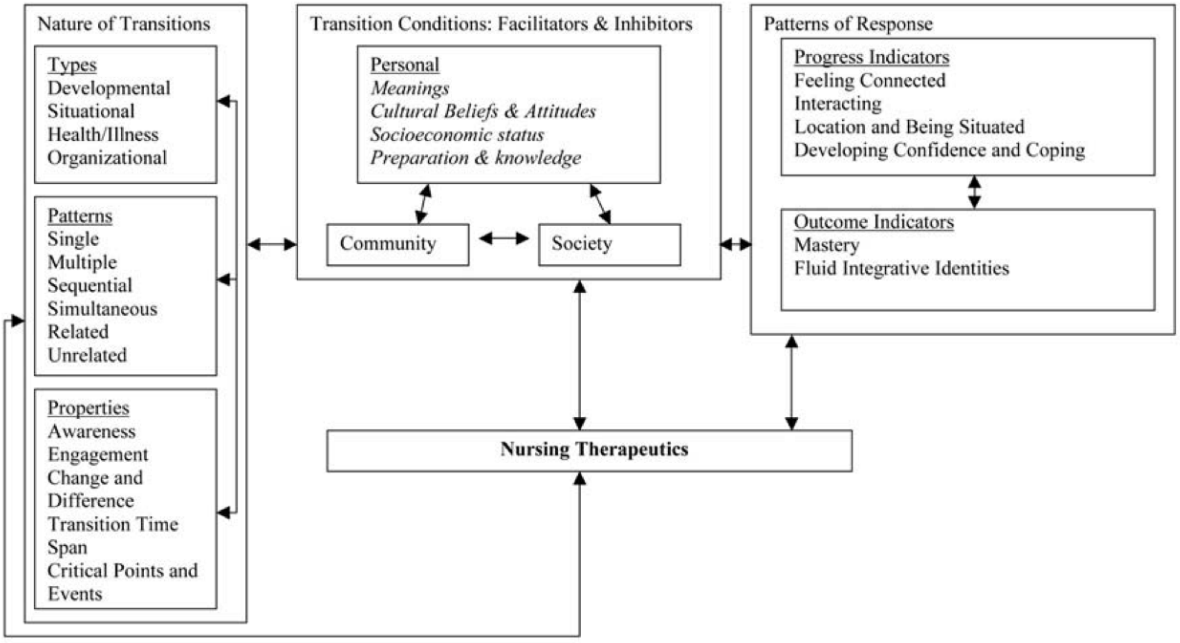
Salientando Meleis (2010), num mundo com múltiplos desafios adaptativos, a experiência humana, a resposta a essa experiência e as consequências das transições no bem estar do indivíduo são o foco de estudo de vários trabalhos académicos. De acordo com a mesma autora, as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças individuais ou no ambiente. A experiência da transição começa quando a mudança é antecipada, isto é antes do seu acontecimento efetivo.

Meleis, juntamente com vários colaboradores, estudou em profundidade estes eventos, a forma como o indivíduo vivencia os múltiplos processos de mudança, a forma como isso afecta a sua vida e o tipo de intervenção que os enfermeiros podem ter nestes processos de mudança, de forma a optimizar a vivência da experiência e maximizar os resultados para a saúde do indivíduo.

A transição para a parentalidade e os vários processos envolvidos são eventos que se podem enquadrar numa óptica de mudança no ciclo de vida ou num contexto de adaptação, desenvolvimento e reorganização do sistema familiar/ social denominado de transição.

Meleis no seu livro “Transisitions Theory” (Meleis, 2010) identifica três tipos de intervenções de enfermagem, que mais tarde classifica como cuidados de enfermagem, são eles: o cuidado transacional, a suplementação de papel e o *debriefing*.

Figura 3: Transições: Teoria de Médio Alcance

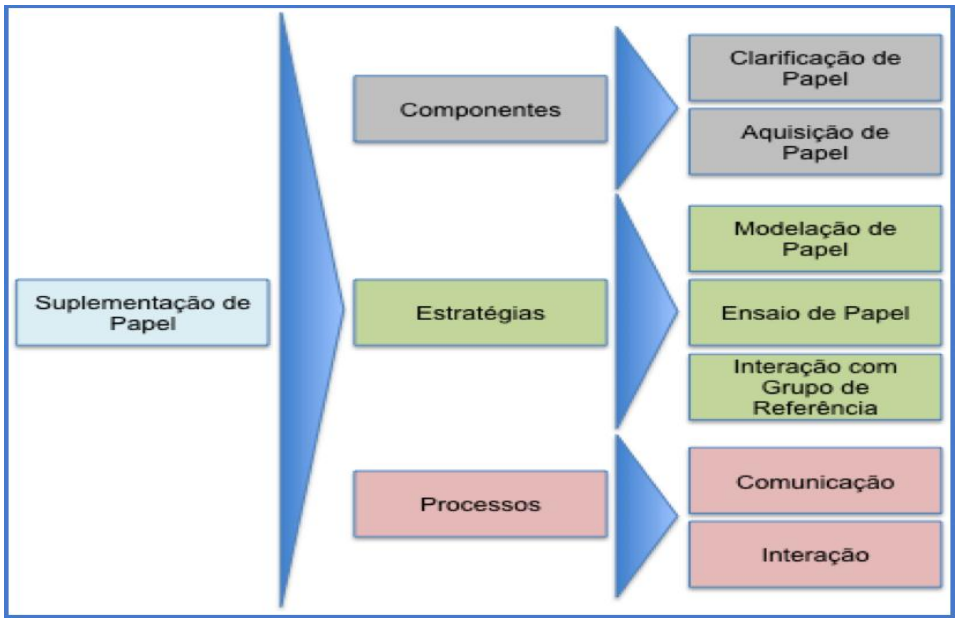


Fonte: Adaptado de Meleis (2010)

Para a intervenção junto das famílias em processo de transição para a parentalidade privilegiei as intervenções de suplementação de papel. A suplementação de papel pode ser **preventiva** ou **terapêutica**. Quando é utilizada em cuidados antecipatórios, esta tem um caráter preventivo, como por exemplo num curso de preparação para a parentalidade ou num curso pós-parto, capacitando o cliente para a resolução de problemas futuros. Quando o défice de competências é identificado e a insuficiência de papel se tornou manifesta, a enfermeira intervém com vista a restaurar o equilíbrio, como é o caso da amamentação comprometida, onde a enfermeira tem que desenvolver atividades de suplementação de papel e ensino com vista à capacitação do cliente de enfermagem para o autocuidado e para a autonomia.

A suplementação de papel como intervenção subdivide-se em componentes, estratégias e processos que representam os vários caminhos possíveis para a intervenção, como se ilustra no quadro seguinte:

Figura 4: Suplementação de Papel



Fonte: Adaptado de Meleis (2010)

- **Clarificação de Papel:** Consiste em perceber o que o papel significa em termos de comportamento, de sentimentos e objectivos e os reforços positivos e/ou negativos do grupo significativo associado ao seu desempenho;
- **Aquisição de Papel:** Envolve a capacidade empática do ego, tanto no contexto cognitivo como afectivo. No fundo, consiste em imaginar a assunção de uma posição ou ponto de vista hipotético pertencente a outro indivíduo;
- **Modelação de Papel:** Consiste na imitação dos atributos associados à assunção de um determinado papel. Esta modelação de papel faz-se de forma progressiva/gradual pelo contacto com os outros elementos da família /grupo significativo. Em famílias nucleares este processo está comprometido porque a interação entre os membros está mais limitada;
- **Ensaio de papel:** O indivíduo fantasia, imagina e mentalmente desempenha um papel hipotético. No fundo é uma atividade mental prévia à experimentação efetiva do papel. O individuo mentalmente ensaia o seu papel;
- **Interação com Grupo de Referência:** A forma como o indivíduo adapta e direciona a sua aprendizagem depende dos reforços positivos e/ou negativos que recebe do seu grupo de referência. Esse grupo constitui-se pelas pessoas significativas que rodeiam o

indivíduo. É importante num programa de suplementação de papel identificar quem é este grupo significativo e qual o referencial subjacente a esta dinâmica;

- **Comunicação:** A comunicação é o mecanismo através do qual o significado é construído;
- **Interação:** O processo de comunicação e interação são os meios através do qual as estratégias de suplementação de papel são alcançadas.

A base para o conhecimento de enfermagem e para a sua diferenciação como disciplina, com corpo de conhecimentos próprio faz-se à custa da construção de um referencial teórico. A matriz integradora de princípios norteadores que se funda na teoria é o que define uma ciência e é o que em última instância orienta a prática.

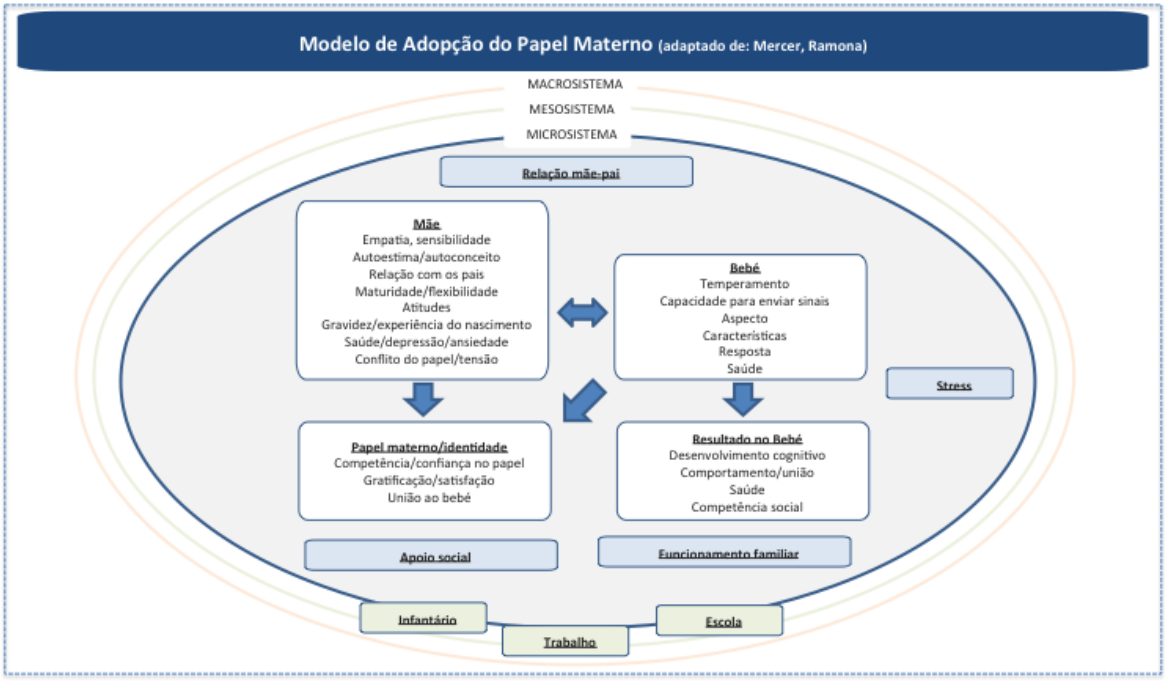
O desenvolvimento do enquadramento teórico para a sua teoria de médio alcance assenta na natureza das transições, nas condições facilitadoras ou inibidoras e nos padrões de resposta. A terapêutica de enfermagem decorre do conhecimento dos elementos anteriores e resulta no restauro do equilíbrio perdido ou ameaçado.

Os modelos de suplementação de papel foram desenvolvidos por múltiplos teóricos nos mais variados contextos. Um modelo de atuação está sempre de forma implícita ou explícita subjacente à prática. O modelo biomédico ganhou força pela forma como as próprias unidades de saúde estão organizadas, tendo como referencial a agregação do indivíduo por tipo de doença ou por tipo de intervenção na esfera física, que está subjacente ao momento de internamento. Os modelos holísticos vão para além desta esfera física e mobilizam as múltiplas dimensões do indivíduo. Os modelos transacionais para além de incorporarem as várias dimensões do homem, incluem a forma individual como a transação é vivida e influenciada pelas múltiplas esferas, não só o microssistema família, como os vários sistemas que a envolvem.

Nesta perspectiva o modelo de “adoção do papel materno” desenvolvido por Ramona Mercer (Meighan, 2011), teoriza a forma como a mulher e a família adotam e vivenciam este processo de se tornar mãe/ pai. Recorri aos conceitos da teoria de Mercer relativamente às quatro etapas para a adoção do papel materno:

Fase de **antecipação** que se inicia na gestação e na relação que a mulher desenvolve com o feto, a fase **formal** que surge com o nascimento e que marca o início do seu papel enquanto mãe, a fase **informal** em que a mãe e o pai desenvolvem competências autónomas para realizar o seu papel e a fase **pessoal** que consiste na interiorização do papel materno/ paterno em que ambos desenvolveram confiança e competência para o desempenho.

Figura 5: Modelo de “adoção do papel materno”



Fonte: adaptado de Ramona Mercer (Meighan, 2011)

A gravidez, a experiência do parto e o tornar-se mãe constituem uma fase transitória que muda a vida da mulher para sempre. Para justificar esta situação, Mercer cria um modelo teórico denominado “adopção do papel materno”, que procura explicar a adaptação da mulher a esta nova fase da vida.

Neste modelo são encontrados três sistemas de interação diferentes: microssistema, mesossitema e macrossistema. O microssistema consiste no ambiente familiar directo, ou seja, no núcleo familiar onde se inclui o pai, a mãe e o recém-nascido. Por sua vez, o mesossistema, onde se inclui o infantário, a escola, o ambiente laboral, os lugares de culto, entre outros, são entidades da comunidade mais directa do núcleo familiar que interagem e influenciam assim o microssistema. Por último, o macrossistema consiste nos protótipos gerais existentes numa cultura, em particular na coerência cultural transmitida, incluindo as influências sociais e políticas, bem como o cuidado na saúde.

Para a adopção do papel materno, Mercer, definiu quatro etapas:

- A fase de antecipação consiste na relação com feto durante a gestação, em que a mulher fantasia sobre o bebé e cria expectativas sobre o seu papel enquanto mãe;
- A fase formal surge com o nascimento do recém-nascido, o que marca o início do seu papel enquanto mãe e no qual usa as expectativas formais e consensuais do seu ambiente social;

- A fase informal começa quando a mãe desenvolve competências autónomas para realizar o seu papel sem utilizar aquilo que lhe é transmitido pelo ambiente social;
- A fase pessoal consiste na interiorização do papel materno, em que a mulher se sente confiante e competente no modo como o desempenha.

As fases acima referidas são directamente influenciadas pelo crescimento e desenvolvimento do bebé, pelo apoio social, o stress, o funcionamento da família e também pela relação entre a mãe e o pai ou algum outro familiar.

As características e os comportamentos da mãe e do bebé podem influenciar a identidade do papel materno. Assim, as características e comportamentos maternos incluídos no modelo de Mercer são: a empatia, a sensibilidade e os sinais emitidos pelo bebé, a autoestima e o autoconceito, a relação com os seus pais quando era criança, a maturidade e flexibilidade, a atitude, a gravidez e a experiência do nascimento, a saúde, a depressão e o conflito do papel. As características do bebé que afectam a identidade do papel materno são o temperamento, a capacidade para enviar mensagens, a aparência, as características gerais, a resposta e a saúde. O desenvolvimento da identidade de mãe é influenciado pelo desenvolvimento da identidade do bebé, nomeadamente através de:

- Contacto visual com a mãe enquanto lhe fala, reflexo de preensão;
- Sorrir e ter um comportamento tranquilo em resposta aos cuidados da mãe;
- Comportamentos interactivos coerentes com a mãe;
- Respostas obtidas pela mãe, aumento da mobilidade.

Contudo, com a continuação dos trabalhos de investigação, Mercer teve necessidade de alterar o modelo de “adopção do papel materno” para “transformar-se em mãe”, o que deu origem a alteração dos nomes das etapas para:

- Compromisso e preparação (gravidez);
- Conhecimento, prática e recuperação física (2 primeiras semanas após o parto);
- Normalização (segunda semana após o parto a 4 meses);
- Integração da identidade materna (aproximadamente 4 meses após o parto).

Mercer considera ainda que “as enfermeiras são as profissionais de saúde que mantêm uma interacção mais prolongada e intensa com as mulheres no ciclo da maternidade”, pelo que são responsáveis por promover a saúde das famílias e crianças, sendo pioneiras no desenvolvimento e partilha de estratégias de avaliação.