

MODELO QUALIDADE-CUIDADO[®]: UMA MID-RANGE THEORY DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA EM WATSON E DONABEDIAN*

Kriscie Kriscianne Venturi*
Lillian Daisy Gonçalves Wolff**
Marineli Joaquim Meier***
Juliana Helena Montezeli****
Aida Maris Peres*****

RESUMO

Neste estudo reflexivo objetivou-se discorrer sobre o modelo Qualidade-Cuidado[®], uma *Mid-range theory* de Enfermagem. Foram realizadas consultas em fontes bibliográficas referentes à temática conjugadas à análise crítica dessas fontes. Este modelo é classificado como uma *mid-range theory*. Foi proposto para avaliar, analisar e orientar a prática profissional de Enfermagem, tendo por base as conexões conceitual-teórico-empíricas entre a qualidade do cuidado e o cuidado humano. Seus principais componentes são estrutura, processo e resultados. A estrutura inclui provedores de cuidado, pacientes/família e sistema de cuidado, e seus respectivos passados causais. Os processos são os relacionamentos interpessoais entre os enfermeiros, pacientes e equipe multidisciplinar, e os resultados representam o futuro e incluem resultados de cuidado intermediários e finais. Tanto a prática independente de enfermagem como a colaborativa devem ser descritas, mensuradas e avaliadas de modo a gerar evidências científicas e direcionar o aperfeiçoamento do cuidado. O modelo oferece uma orientação prática para o cuidado com excelência, para a qual são indispensáveis pesquisas que evidenciem a contribuição da enfermagem como a ciência e a arte de cuidar.

Palavras-chave: Modelos de Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Prática Profissional.

INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica tem produzido mudanças constantes nos serviços de saúde. Consequentemente, o sistema de saúde, particularmente a enfermagem, precisa continuamente examinar e avaliar a qualidade de seus serviços de maneira científica e sistemática e acompanhar o desenvolvimento tecnológico, com vistas ao aprimoramento de sua prática para o atendimento às necessidades de saúde da sociedade. Neste contexto, são requeridas de seus profissionais responsabilidades e competências gerenciais e assistenciais para a prestação de serviços de enfermagem de qualidade, com eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, legitimidade, equidade e relevância para todos os envolvidos: organizações, profissionais de saúde e a clientela atendida⁽¹⁾.

O cuidado de enfermagem exige qualidade. Nesta perspectiva, na ocorrência de negligência,

omissão ou imperícia profissional, ou ainda, de falhas da própria organização de saúde, e no caso de esta não fornecer condições para que esse seja viabilizado, está-se diante de situação em que não houve cuidado. Estas situações podem gerar danos à saúde, mas também insatisfação, tanto por parte de quem cuida como do próprio cliente, quando não reconhecem evidências de cuidado.

O cuidado é reconhecido pelos profissionais de enfermagem quando é realizado com base em conhecimento científico, com aplicação da tecnologia adequada às condições materiais existentes para o alcance da qualidade almejada e de acordo com a complexidade das necessidades do cliente, tendo em vista a sua integralidade. Assim realizado com efetividade, o cuidado de enfermagem tem como consequências a visibilidade e o reconhecimento social daqueles que o executam. Por sua vez, o cliente percebe qualidade no seu atendimento quando se sente cuidado, ou seja, percebe

*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS). E-mail: krisciev@yahoo.com.br.

**Enfermeira. Doutora. Docente do PPGENF/UFPR. Líder do GPPGPS. E-mail: ldgwolf@yahoo.com.br

***Enfermeira. Doutora. Docente do PPGENF/UFPR. E-mail: mmarineli@hotmail.com.

****Enfermeira. Mestranda do PPGENF/UFPR. Integrante do GPPGPS. E-mail: jhmontezeli@hotmail.com

*****Enfermeira. Doutora. Docente do PPGENF/UFPR. Vice-líder do GPPGPS. E-mail: aidamaris.peres@gmail.com

resultados como conhecimento científico aplicado ao atendimento de suas necessidades, sentimentos de segurança, conforto e proteção contra malefícios à saúde, e quando reconhece sua aderência ao tratamento como resultante de entendimento e aceitação de orientações de profissionais de enfermagem⁽²⁾.

Consequentemente, cumpre estabelecer modos de identificar e avaliar o cuidado, as situações em que ele não ocorre e suas causas, com vista a contribuir para o planejamento de ações que visem ao aprimoramento da prática da enfermagem focada no cliente e de qualidade. Por conseguinte, neste estudo reflexivo objetiva-se discorrer sobre as possibilidades que o Modelo Qualidade-Cuidado^{®(2)} oferece para a enfermagem avaliar o processo de cuidar, analisar seu fazer e contribuir efetivamente para o benefício e satisfação de pacientes, famílias e profissionais de cuidado à saúde. O estudo foi desenvolvido em Curitiba - PR durante o primeiro semestre de 2008, por meio de consultas em fontes bibliográficas referentes à temática conjugadas à análise crítica dessas fontes.

APRESENTAÇÃO DO MODELO QUALIDADE-CUIDADO[®]

O Modelo Qualidade-Cuidado^{®(2)} é classificado, de acordo com o critério de nível de abstração de teorias de enfermagem, como uma *Mid-range theory*. Sob este critério, há *Grand Theories* (teorias compreensivas, amplas), *Practice theories* (teorias da prática) e as intermediárias, as *Mid-range theories*, consideradas intermediárias (teorias médias)⁽³⁾.

As *Grand theories* são mais abstratas e difíceis de aplicar e testar do que as *Mid-range theories*, pelo fato de estas últimas serem mais focadas na prática. Neste caso, há duas possibilidades: a primeira é que a *Mid-range theory* tenha origem a partir da prática; e a segunda possibilidade é que se origine de uma *Grand Theory*, embora orientada à prática⁽⁴⁾.

O Modelo Qualidade-Cuidado^{®(2)} se originou de uma *Grand Theory* de enfermagem. Embora orientado à prática, foi construído principalmente à luz da Teoria de Cuidado Humano de Watson⁽⁵⁾ e do Modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian⁽¹⁾, portanto compreende aspectos multidimensionais de

cuidado humano combinados com os componentes de qualidade. Destaca-se que há congruências entre estes modelos em termos de constructos e conceitos e ambos estão relacionados com seres humanos, saúde e variáveis ambientais que afetam a realização dos cuidados de saúde.

As *Mid-range theories* auxiliam na resolução de problemas. Para tanto, seus conceitos e proposições devem ser mensuráveis, de modo que haja um equilíbrio entre as necessidades de precisão e abstração que lhes sejam pertinentes⁽⁴⁾. Estas teorias apresentam menor poder de abstração e alcance mais limitado. Além disso, mostram fenômenos ou conceitos específicos e refletem práticas (administração, assistência ou ensino) que tendem a envolver diferentes campos da enfermagem e uma variedade de situações de cuidado⁽³⁾.

A RELAÇÃO DO MODELO QUALIDADE-CUIDADO COM A ENFERMAGEM

O foco central do Modelo Qualidade-Cuidado^{®(2)} são os resultados de cuidados centrados em relacionamentos. Além disso, o modelo reflete a tendência em direção à prática baseada em evidências, enquanto simultaneamente representa a contribuição singular da Enfermagem para o cuidado à saúde de qualidade, associando-o a fatores biomédicos e psíquicos⁽²⁾. Destarte, é inerente ao modelo a busca contínua por evidências de resultados do cuidado de enfermagem, a fim de que sejam obtidas informações sobre a medida em que este cuidado beneficia clientes, tanto indivíduos como famílias e comunidades. Esta busca contínua deve direcionar mudanças que, dinamicamente, resultem em melhorias no cuidado à saúde.

Os principais conceitos inter-relacionados à teoria são relacionamentos de cuidado e pessoa. Os primeiros são entendidos como interações humanas baseadas no processo do cuidado assistencial/clínico, no qual incorporam o trabalho físico (fazer), interação (estar com) e relação (conhecer). O trabalho da Enfermagem é centrado em relacionamentos de cuidado, e estes fazem parte das expectativas de clientes e seus familiares. Quando aqueles não atendem a essas expectativas, os clientes podem vivenciar angústias desnecessariamente⁽⁶⁾.

No Modelo Qualidade-Cuidado^{©(2)}, o conceito de pessoa se refere a um ser multicontextual ligado a um mundo maior, dito pluralista, com o qual tem uma relação de interdependência. Isso fica evidente nos serviços de cuidado à saúde nos quais enfermeiros, pacientes, famílias e outros profissionais de saúde trabalham em conjunto para que ocorram mudanças efetivas na saúde da comunidade.

O modelo é fundamentado nos trabalhos de Watson⁽⁵⁾ e de Donabedian⁽¹⁾ e recebeu contribuições dos trabalhos de King⁽⁷⁾, Mitchell⁽⁸⁾ e Irvine⁽⁹⁾. Os componentes principais do modelo (estrutura, processo e resultados)⁽¹⁾ foram combinados com os principais conceitos da Teoria do Cuidado Humano⁽⁵⁾ e fornecem seus componentes centrais.

A estrutura é o primeiro componente, e contempla o constructo passado causal da Teoria do Cuidado Humano de Watson⁽⁵⁾ e o conceito de pessoa (Figura 1). Sendo assim, os participantes são os provedores de cuidado à saúde, pacientes/famílias e o sistema de cuidado à saúde. Cada um deles tem características singulares que compõem seus respectivos passados causais. Por exemplo, para todos os participantes há um campo fenomenológico que está relacionado à sua singularidade, conhecido somente por eles. Em particular, para o paciente e sua família considera-se o subconceito comorbidades. Estas podem influenciar os resultados de cuidados quando o paciente e sua família são comparados àqueles que não as apresentam.

Em relação ao sistema de cuidado à saúde, o passado causal associado à estrutura inclui os subconceitos: cultura organizacional, modelo de recursos humanos, carga de trabalho e outros recursos disponíveis, singulares para o ambiente; e uma vez que os sistemas funcionam dentro de contextos singulares, o campo fenomenológico também é integrado como subconceito. No modelo abordam-se todos os conceitos e subconceitos do componente estrutura, pois estes influenciam o processo de cuidar e podem influenciar direta ou indiretamente os resultados do cuidado⁽²⁾.

O processo é o segundo entre os principais componentes do Modelo Qualidade-Cuidado^{©(2)}, e diz respeito aos relacionamentos de cuidado, dos quais há dois tipos, conforme a Figura 1: (i) os relacionamentos independentes, específicos da disciplina de Enfermagem; e (ii) os

relacionamentos colaborativos, multidisciplinares. Os primeiros são entendidos como interações entre o paciente e a família, nas quais os enfermeiros atuam com autonomia e pelas quais são os únicos responsáveis. Pode-se citar como exemplo o manejo da dor, para o qual interagem com o paciente e conseguem resultados de cuidado que podem ser mensurados. Por sua vez, relacionamentos colaborativos incluem aquelas atividades e responsabilidades que os enfermeiros, em uma relação de complementaridade, dividem com outros membros da equipe de cuidado de saúde, como, por exemplo, o preparo de medicações e aconselhamentos em grupo, que, em última análise, conduzem a resultados de cuidado compartilhados. Considerados em conjunto, relacionamentos independentes e colaborativos constituem encontros profissionais centrados em relacionamentos, correspondendo à maior parte do trabalho da Enfermagem.

O terceiro e último componente é o resultado, que corresponde ao constructo futuro⁽⁵⁾. Observando-se a Figura 1, podem-se distinguir: (i) os resultados intermediários, que se traduzem em uma mudança no comportamento; é o “sentir-se cuidado”, que pode ou não influenciar os resultados finais; e (ii) os resultados finais, que afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento. Os participantes deste terceiro componente são os mesmos do primeiro⁽²⁾.

Um princípio importante do Modelo Qualidade-Cuidado^{©(2)} é a compreensão de que os componentes estrutura, processo e resultados são uma função do tempo e circunstâncias, e não simplesmente uma cadeia linear de acontecimentos. Os três componentes inter-relacionam-se e conduzem a: (i) resultados intermediários, como mudança de comportamento, diminuição da ansiedade, aumento do conhecimento, aderência ao tratamento ou detecção precoce de sintomas pertinentes; e (ii) resultados finais, que afetam o futuro, como aumento da qualidade de vida, diminuição de readmissão hospitalar, satisfação com o cuidado e diminuição de custos. Ademais, o modelo descreve um número ilimitado de fatores inter-relacionados que influenciam os três componentes centrais, em um ciclo dinâmico de possibilidades, consistente com uma busca contínua pela excelência⁽²⁾.

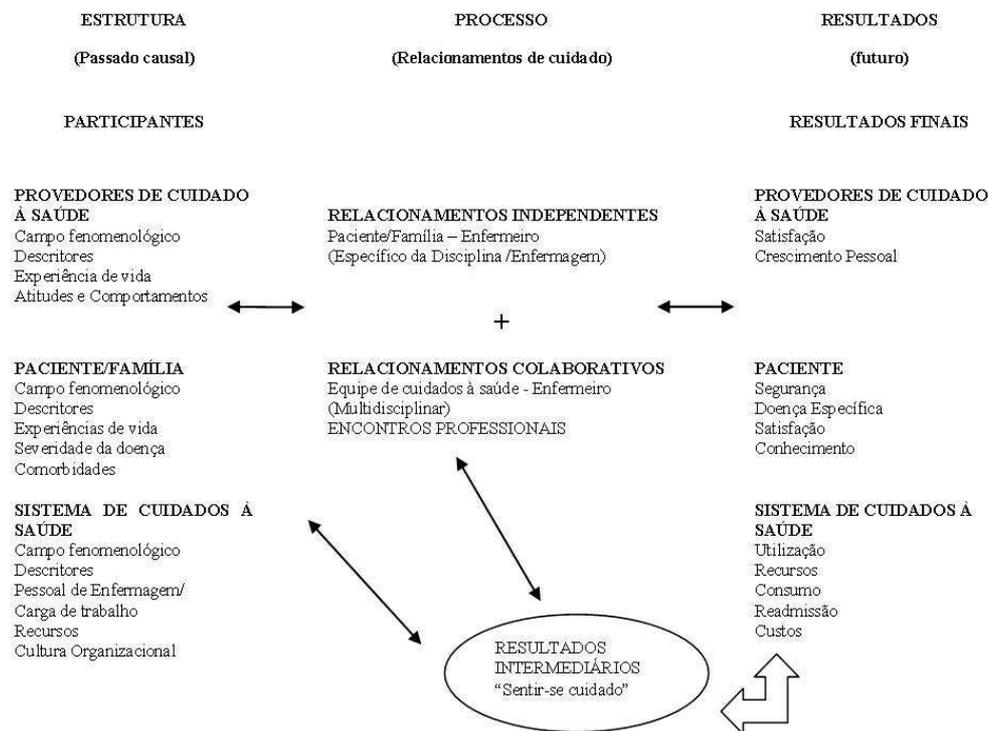


Figura 1. Aplicação do Modelo Qualidade-Cuidado^{®(2)}, Paciente/Família – Enfermagem – Relações Independentes.^(2:81)

Não obstante, embora seja orientado para o futuro, dinâmico por natureza, e inclua antecedentes e consequências do cuidado, o modelo não descreve a sistematização da assistência, mas sugere a utilização das etapas do método científico no processo de cuidar, com ênfase nos relacionamentos pessoais.

O modelo fundamenta-se nos seguintes **pressupostos**: (i) o cuidado precisa ser realizado mediante relacionamento; (ii) o cuidado é inerente à prática cotidiana da Enfermagem; (iii) os relacionamentos de cuidado são conceitos tangíveis e podem ser mensurados; (iv) o conhecimento dos relacionamentos de cuidado é uma questão significativa para o cuidado de enfermagem e de saúde; e (v) o incremento da prática e do estudo do cuidado de enfermagem determinará a contribuição da Enfermagem para o cuidado à saúde⁽²⁾.

O principal **propósito** do Modelo Qualidade-Cuidado^{®(2)} é avaliar e analisar a prática profissional de enfermagem. Seus demais propósitos são: (i) orientar a prática profissional; (ii) reafirmar e expor o trabalho invisível da enfermagem; (iii) descrever as conexões conceitual-teórico-empíricas entre a qualidade

do cuidado e o cuidado humano; e (iii) propor uma agenda de pesquisa para evidenciar o valor da profissão⁽²⁾.

“A **principal proposição** do modelo é que relacionamentos caracterizados por cuidado contribuem para resultados positivos para pacientes e famílias, provedores de cuidados de saúde e sistemas de cuidado à saúde”^(2:6). A prática fundamentada em pesquisas é que poderá desvelar a realidade do trabalho da Enfermagem e seus valores, contribuindo assim para o desenvolvimento da ciência do cuidado⁽²⁾. Ademais, pesquisas que investigam a relação entre resultados de cuidado de enfermagem e variáveis estruturais – como níveis de recursos humanos e condições de trabalho - podem ter um impacto na política de saúde e institucional⁽¹⁰⁾.

Destacam-se também, neste caso, os estudos que tratam: da carga de trabalho de enfermagem e a sua relação com a qualidade do cuidado; de auditorias de cuidado e de custo; da relação entre indicadores de qualidade e segurança, eventos adversos ao cuidado, riscos para o paciente, e o aumento de custos para o paciente, não só em termos financeiros, mas também em perdas pessoais; e outros estudos para avaliar a

qualidade do cuidado em diferentes dimensões, como as perspectivas do profissional de saúde, do paciente/família e do gestor.

Há vários trabalhos publicados pelas autoras do Modelo Qualidade-Cuidado[©](²) que exemplificam a sua aplicação(¹¹) e que tratam, entre diversos temas: relacionamentos de cuidado e prática baseada em evidências(¹²); cuidado a idosos com problemas cardíacos(¹³); implementação do modelo para o cuidado a pacientes críticos(¹⁵⁻¹⁶); organização do cuidado ao paciente(¹⁵); cuidado domiciliar à parada cardiopulmonar, por telefone(¹⁶); e avaliação da qualidade(^{10,15, 17-18}).

Diante das rápidas transformações contemporâneas, é fundamental que a Enfermagem vislumbre a qualidade do produto de seus serviços(¹⁹), sendo este entendido como aquele produzido em um ambiente de cuidado(²⁰).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo Qualidade-Cuidado[©] associa dois paradigmas: o do cuidado humano e o da qualidade, e se mostra como uma possibilidade de avaliação e análise do processo de cuidar com foco nos resultados positivos de todos os envolvidos.

Classificado como uma *Mid-range theory*, oferece uma orientação prática para o cuidado de excelência, para o qual são indispensáveis pesquisas que evidenciem a contribuição da Enfermagem como a ciência e a arte de cuidar. Focaliza os resultados do cuidado de enfermagem centrado em relacionamentos que ocorrem de forma independente e colaborativamente, os quais devem ser descritos, mensurados e avaliados, de modo a gerar evidências científicas.

O modelo não descreve a sistematização da assistência (SAE), o que traz desta prejuízo na sua incorporação como método científico para o cuidado de enfermagem. A SAE é um instrumento de trabalho privativo do enfermeiro que confere valorização e autonomia em sua prática; além disso, proporciona qualidade ao cuidado, visto ser uma metodologia que permite organizar e sistematizar o cuidado com base nos princípios do método científico.

A SAE permite ao enfermeiro instrumentalização técnica e exige habilidades cognitivas e interpessoais direcionadas à satisfação das necessidades do cliente e da família, e como consequência, evidencia o trabalho invisível da Enfermagem e promove para o cliente um cuidar humanizado, contínuo, mais justo e de qualidade. Neste contexto, percebe-se que a descrição da SAE pelo modelo o colocaria em consonância com as atuais discussões da enfermagem e a sua utilização na prática seria de mais fácil compreensão e aplicabilidade.

O Modelo Qualidade-Cuidado[©] pode ser utilizado em diversos estudos e na prática profissional, tendo como objetivo evidenciar os relacionamentos de cuidado existentes. Pode ser utilizado como teoria que embasa estudos que tratem da qualidade do cuidado em relação a recursos humanos de enfermagem, indicadores de qualidade e relação entre quantitativo e qualitativo da assistência de enfermagem, bem como estudos de satisfação da clientela, dos provedores de saúde e institucional.

O escopo do modelo é amplo e muitos subconceitos estão definidos operacionalmente, de maneira que viabilizam a sua utilização pela comunidade científica. Consequentemente, pode ser usado como um guia para a prática e pesquisa e como base para intervenções de enfermagem.

QUALITY-CARING MODEL[©]: A NURSING MID-RANGE THEORY BASED ON WATSON AND DONABEDIAN

ABSTRACT

In this study the authors discuss the Quality of Care Model[©]. Research on the topic was conducted using bibliographic sources combined with critical analysis of them. This model is classified as a mid-range theory of nursing, and it was proposed to assess, analyze and guide the professional practice of nursing, based on theoretical-conceptual-empirical links between the quality of care and human care. Its main elements are the structure, process and results. The structure includes: providers of care, patient / family and health care system, and their causal past. Cases are the interpersonal relationships between nurses, patients and multidisciplinary team. And the results represent the future, and include intermediate results and final service. The independent practice and the collaborative practices of nursing, should be described, measured and assessed in order to generate scientific

evidence, and the improvement of care. The model offers practical guidance for the care with excellence, and suggests that research is essential to show the contribution of Nursing as a science and the art of caring.

Key words: Models. Nursing. Nursing Theory. Professional Practice.

MODELO CALIDAD-CUIDADO[®]: UNA MID-RANGE THEORY DE ENFERMERÍA CON BASE EN WATSON Y DONABEDIAN

RESUMEN

Este estudio reflexivo tuvo por objetivo describir sobre el Modelo Calidad-Cuidado[®], una *Mid-range theory* de Enfermería. Fueron realizadas consultas en fuentes bibliográficas referentes a la temática conjugadas al análisis crítico de las mismas. Este modelo es clasificado como una *mid-range theory*. Fue propuesto para evaluar, analizar y orientar la práctica profesional de Enfermería, a partir de conexiones conceptuales, teóricas y empíricas entre la calidad de la atención y cuidado humano. Sus principales componentes son: la estructura, proceso y resultados. La estructura incluye proveedores de atención, pacientes/familia y el sistema de atención, y sus respectivos pasados causales. Los procesos son las relaciones interpersonales entre los enfermeros, pacientes y equipo multidisciplinario. Y los resultados representan el futuro, e incluyen resultados de la atención, intermedios y finales. Tanto la práctica independiente de Enfermería como la colaborativa, deben ser descritas, medidas y evaluadas, a fin de generar evidencias científicas, y direccional el perfeccionamiento de la atención. El modelo sugiere una orientación práctica para la atención con excelencia, para la cual son indispensables investigaciones que evidencian la contribución de la Enfermería como la ciencia y el arte de cuidar.

Palabras clave: Modelos de Enfermería. Teoría de Enfermería. Práctica Profesional.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Q Rev Bull.* 1992 Nov 2(1):356-60.
2. Duffy JR, Hoskins L. The Quality-Caring Model[®]: blending dual paradigms. *Adv Nurs Science.* 2003;26(1):77-88.
3. Meleis AI. *Theoretical Nursing: development and progress.* 3^a ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.
4. McKenna HP. *Nursing models and theories.* London: Routledge; 1997.
5. Watson J. *Nursing: human science and human care.* Connecticut: Appleton-Century-Crofts; 1985.
6. Gaut D. *The presence of caring in Nursing.* New York: NLN Press; 1992.
7. King IM. *A theory for nursing: system, concepts, process.* New York: Wiley; 1981.
8. Mitchell P, Ferketich S, Jennings B. Quality health outcomes model. *Image J Nurs Science.* 1998;30(1):43-6.
9. Irvine D, Sidani S, McGillis Hall L. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ.* 1998;16(2):58-64
10. Duffy JR, Korniewicz D. Outcomes measurement using the ANA safety and quality indicators: independent study module. Washington: American Nurses Association; 2000.
11. Duffy JR. *Quality Caring in Nursing: applying a middle range theory to clinical practice, Education, and Leadership.* New York: Springer Publishing Company; 2008.
12. Duffy JR. Caring relationships and evidence based practice: can they co-exist? *Int J Hum Caring.* 2003;7(3):45-49.
13. Duffy JR, Hoskins LM, Dudley-Brown S. Development and testing of a caring-based intervention for older adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2005 Sep/Oct; 20(5):325-33.
14. Duffy JR. Implementing the Quality-Caring Model(C) in acute care. *J Nurs Adm.* 2005 Jan;35(1):4-6.
15. Duffy JR, Baldwin J, Mastorovich MJ. Using the Quality-Caring Model to organize patient care delivery. *J Nurs Adm.* 2007 Dec;37(12):546-51.
16. Duffy JR, Hoskins L. Research challenges and lessons learned from a heart failure telehomecare study: focus on research e education. *Home Health Nurse.* 2008 Jan;26(1):58-65.
17. Duffy JR, Hoskins L, Seifert R. Dimensions of Caring: psychometric evaluation of the caring assessment tool. *Adv Nurs Science.* 2007 Jul/Set;30(3):235-45.
18. Hoskins L, Duffy JR. Improvement in the outcome indicator of readmission of patients with heart failure: a case analysis. *Home Health Nurse.* 2005 Dec;23(12):787-91.
19. Backes DS, Schwartz E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Ciênc Cuid e Saúde.* 2005 Maio/Ago;4(2):182-8.
20. Erdmann AL, Silva MA, Erdmann RH, Ribeiro JA. O reconhecimento do produto do sistema organizacional de cuidados de enfermagem. *Ciênc Cuid e Saúde.* 2005 Maio/Ago;4(1):37-46.

Endereço para correspondência: Kriscie Kriscianne Venturi. Rua General Potiguara, 487, bloco 33, apto 21, Novo Mundo, CEP 81050-500, Curitiba, Paraná. E-mail: krisciev@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 13/01/2009

Data de aprovação: 24/06/2009