

# Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem

Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession

Autocuidado: la contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería

Paulo Joaquim Pina Queirós\*; Telma Sofia dos Santos Vidinha\*\*; António José de Almeida Filho\*\*\*

## Resumo

**Enquadramento:** A enfermagem, enquanto ciência humana prática, cria e utiliza um corpo de conhecimento exclusivo, afirmando-se como uma disciplina científica com características próprias. O pensamento teórico tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual, gerando teorias e conceitos com valor interpretativo daquilo que os enfermeiros fazem. Uma das teorias mais citadas é a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma.

**Objetivo:** Abordar criticamente a TDAE através de um estudo de natureza teórica, que para a sua execução exigiu a leitura, análise e reflexão de diferentes materiais bibliográficos.

**Principais tópicos em análise:** A TDAE e os termos conceptuais que lhe estão associados.

**Conclusão:** A TDAE, sendo uma combinação particular de propriedades conceptuais comuns a todas as circunstâncias de enfermagem, revela-se pertinente na orientação do conhecimento e na prática clínica, ensino e gestão de enfermagem, assim como na criação de estruturas a partir das quais se desenvolvem outras teorias e conceito

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem; autocuidado; ciência de enfermagem.

## Abstract

**Background:** As a practical human science, Nursing creates and uses an exclusive body of knowledge, affirming itself as a scientific discipline with its own characteristics. Theoretical thinking has evolved in a journey of major conceptual richness, thus generating theories and concepts with interpretative value of nurses' performance. One of the most often cited theories is the Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDNT) of Dorothea Orem, which was developed between 1959 and 1985 and incorporated the nursing model proposed by the author.

**Objective:** To critically address the SCDNT through a theoretical study, which implied the reading, analysis and discussion of different bibliographic materials.

**Main topics under analysis:** The SCDNT and associated conceptual terms.

**Conclusion:** As a particular combination of conceptual properties common to all nursing circumstances, the SCDNT is relevant to guide nursing knowledge, clinical practice, education and management, as well as create structures from which other theories and concepts are developed.

**Keywords:** Nursing Theory; self-care; nursing science.

\* Pós doutorando ICBAS-UP. Doutoramento em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica. Mestre em Saúde Ocupacional. Licenciatura em História e em Enfermagem de Reabilitação. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Departamento de Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [pauloqueiros@esenfc.pt]. Morada para correspondência: Rua do Açude, n.º 150, Quinta da Mainça, 3000-435 Coimbra, Portugal.

\*\*RN. Investigadora, UICISA: E. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [telmavidinha@esenfc.pt].

\*\*\* Ph.D., Professor/Investigador, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 21941-901, Rio de Janeiro, Brasil [ajafilhos@gmail.com].

## Resumen

**Contexto:** La enfermería, como ciencia humana práctica, crea y utiliza un cuerpo de conocimiento exclusivo, afirmándose como una disciplina científica con características propias. El pensamiento teórico ha evolucionado en un trayecto de gran riqueza conceptual, generando teorías y conceptos con valor interpretativo de aquello que los enfermeros realizan. Una de las teorías más citadas es la Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería de Dorothea de Orem (TDAE), desarrollada entre 1959 y 1985, que incorpora el modelo de enfermería propuesto por la misma.

**Objetivo:** Abordar críticamente la TDAE a través de un estudio de naturaleza teórica, que para su ejecución exigió la lectura, el análisis y la reflexión de diferentes materiales bibliográficos.

**Principales temas en análisis:** La TDAE y los términos conceptuales que se le asocian.

**Conclusión:** La TDAE, al ser una combinación particular de propiedades conceptuales comunes a todas las circunstancias de enfermería, resulta pertinente en la orientación del conocimiento y en la práctica clínica, enseñanza y gestión de enfermería, así como en la creación de estructuras a partir de las cuales se desarrollan otras teorías y conceptos.

**Palabras clave:** Teoría de Enfermería; autocuidado; ciencia de enfermería.

Recebido para publicação em: 18.02.14

Aceite para publicação em: 03.10.14

## Introdução

A teoria de enfermagem tem sido um tema dominante na literatura de enfermagem nos últimos 40 anos, contribuindo para o seu desenvolvimento enquanto profissão. A era da teoria, em conjunto com a consciência da enfermagem enquanto profissão e disciplina académica, emergiu dos debates e discussões dos anos 60. A transição de vocação para profissão nos anos 70 foi decisiva para a enfermagem por questionar qual a disciplina em que esta se deveria basear, sendo que a resposta foi na ciência de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Para Meleis (2011), este progresso na teoria de enfermagem é um aspeto significativo da evolução erudita e a pedra angular da disciplina de enfermagem.

Comparada com outras ciências, a ciência de enfermagem está nos primórdios do seu desenvolvimento. Esta é entendida como um conhecimento próprio da disciplina de enfermagem, que se foca no processo humano-universo-saúde integrado nas estruturas e teorias de enfermagem, cuja meta é representar a natureza da enfermagem e usá-la para benefício da humanidade (Barrett, 2002). Pensar filosoficamente a ciência de enfermagem ajuda a estabelecer o significado da ciência através da análise e compreensão dos conceitos, teorias e metas de enfermagem à medida que estes se relacionam com a prática assistencial (Tomey & Alligood, 2002). Para que se possa abordar o conhecimento e a sua evolução é necessário ter em consideração a sua ontologia, epistemologia e metodologia. A ontologia refere-se ao que existe, à sua própria natureza; a epistemologia às formas do conhecimento; e a metodologia ao meio(s) utilizado(s) para a aquisição de conhecimento (Tomey & Alligood, 2002). Mais concretamente, a epistemologia da enfermagem pode ser definida como o estudo da origem do seu conhecimento, as suas estruturas e os seus métodos, os padrões de conhecimento criados e utilizados pelos seus membros e os critérios utilizados para a validação das afirmações do seu conhecimento (Schultz & Meleis, 1988).

Carper (2006) identificou primeiramente quatro padrões essenciais ao conhecimento de enfermagem, que são: empírico; estético; ético; e pessoal, aos quais acrescentou posteriormente conhecimento reflexivo e conhecimento sociopolítico. Outros autores propuseram novos padrões ou sugeriram

reformulações, nomeadamente: experimental, intuitivo e interpessoal (Moch, 1990); contextual (White, 2006); processual, cultural e tácito (Abreu, 2008); e os padrões clínico e conceptual (Schultz & Meleis, 1998). O conhecimento clínico manifesta-se aquando o cuidar e resulta da combinação do conhecimento empírico com o conhecimento que o enfermeiro extrai da sua prática assistencial; o conceptual é abstrato e generalizado e vai além da experiência pessoal, permitindo explicar os padrões que se manifestam nas diversas experiências de cuidado e articulá-los com os modelos e teorias (Schultz & Meleis, 1998).

No seu conjunto, estes padrões de conhecimento constituem as fundações ontológicas e epistemológicas da disciplina de enfermagem, pelo que Fawcett, Watson, Betty, Walker e Fitzpatrick (2001) defendem que a integração de todos é essencial para a prática da enfermagem profissional e que nenhum pode ser usado de forma independente. Como a maioria das disciplinas, sobretudo as que só existem se ligadas a uma prática profissional, a enfermagem é tanto dotada de conhecimento científico como de conhecimento convencional, isto é, que não foi testado empiricamente (McEwen & Wills, 2009).

Esta noção de que a disciplina de enfermagem se constituiu por padrões de conhecimento que vão para além do empírico, permite-nos repensar a enfermagem como uma ciência e arte (Queirós, 2013). Para Meleis (2011), a arte de enfermagem pode ser utilizada como um sinónimo de cuidar, que para Johnson, citado pela mesma autora, só é possível concretizar quando os enfermeiros são capazes de compreender o significado do encontro com os pacientes e quando obedecem a critérios morais no exercício da sua função. Assim, a enfermagem não pode ser considerada uma ciência exata, mas antes uma ciência que se enquadra no grupo disciplinar das ciências humanas, mais concretamente no das ciências humanas práticas (Queirós, 2013). Enquanto disciplina científica, a enfermagem deve delinear a sua natureza como uma ciência humana prática, distinguindo-se não apenas das ciências naturais e sociais, mas também das ciências humanas (Kim, 2010). O conhecimento em enfermagem é então um conhecimento que se cria, estrutura e reestrutura numa dinâmica dialógica entre a conceção (teoria) e o fazer (cuidar), num constante vaivém em movimento de translação (Queirós, 2013).

As disciplinas científicas têm uma estrutura de comunicação própria expressa por conceitos e termos. Alguns conceitos, pelo seu poder interpretativo, explicativo e simbólico, tornam-se centrais para a definição da natureza de uma disciplina e para a identificação da sua matriz conceptual (Queirós, 2014). Para Fourez (2008), uma disciplina científica é aquilo a que se chama, em filosofia das ciências, uma matriz disciplinar ou um paradigma, ou seja, uma estrutura mental, consciente ou não, que serve para classificar o mundo com o propósito de o poder abordar.

O pensamento teórico em enfermagem evolui e tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual. Esta riqueza deve ser apropriada pelos enfermeiros de forma plural (teórica e metodológica) (Queirós, 2014). Para ser útil, uma teoria deve ser significativa e relevante, mas acima de tudo compreensível. A teoria tem sido definida como uma explicação sistemática de um evento em que os componentes e os conceitos são identificados, os relacionamentos são propostos e as previsões são feitas (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003). Os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos pelos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura moral/ética para orientar as suas ações e favorecem um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática (Chinn & Kramer, 2004). Young, Taylor e Renpenning (2001) afirmam que os modelos conceptuais ou estruturas detalham uma rede de conceitos e descrevem os seus relacionamentos, explicando, dessa forma, os fenómenos amplos da enfermagem. Para além disto, os enfermeiros percebem o que estão a fazer e serão capazes de o explicar aos outros, pelo que a teoria em enfermagem conduz à autonomia profissional, orientando as práticas assistencial, de ensino e a de investigação dentro da profissão (Tomey & Alligood, 2002).

Uma das teorias mais citadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma. Partindo do pressuposto que qualquer teoria tem capacidade para expandir a disciplina e a ciência de enfermagem, pretendemos, com este artigo, abordar criticamente a TDAE.

Trata-se de um estudo de natureza teórica, que para a sua execução exigiu a leitura da TDAE de Orem, em

diferentes fontes bibliográficas, e posterior análise e reflexão crítica dos componentes considerados mais críticos. Dada a riqueza conceptual emergente, colocaremos em diálogo, sempre que possível, conceitos propostos por outros teóricos e autores.

## Desenvolvimento

Orem negou qualquer tipo de contributo filosófico na construção da TDAE e apesar de ter manifestado interesse por várias teorias, referiu-se particularmente à estrutura de ação social de Parson e à teoria do sistema de von Bertalanffy's (McEwen & Wills, 2009). O autocuidado é o conceito central na TDAE. Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Queirós (2010) acrescenta que este autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e às instrumentais.

Orem considera a TDAE uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Para Soderhamn (2000), a capacidade de autocuidado não é em si mesma um meio para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas antes uma potencialidade para a atividade de autocuidado como parte integrante do

ser humano. A Teoria do Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem (Tomey & Alligood, 2002), embora seja fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o indivíduo seja capaz de se autocuidar.

A ideia central da Teoria do Déficit de Autocuidado é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2002), pelo que estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes. Esta noção constitui a essência da teoria geral do déficit de autocuidado, uma vez que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. O déficit de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (Tomey & Alligood, 2002).

Queirós (2010) afirma que a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio perante situações de transição, em que a mesma não se consegue adaptar favoravelmente. Para Soderhamn (2010), a capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou de terceiros, ocorre em três fases dependentes. Na primeira fase, designada por autocuidado estimativo, é determinado o que deve ser feito para recuperar o autocuidado; na segunda fase, denominada por autocuidado transitivo, são reconhecidas as diferentes opções para a recuperação do autocuidado e seleciona-se a mais favorável; na terceira e última fase, intitulada por autocuidado produtivo, verifica-se a capacidade real para o autocuidado em que a pessoa demonstra capacidade para cuidar de si. Para o mesmo autor (2010), a capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar. Este pensamento remete-nos para o conceito de transição proposto por Meleis, citada por Abreu (2008), que é

definido como uma mudança significativa na pessoa, quando exposta a estímulos e novos conhecimentos, o que pode gerar um novo comportamento ou outra definição de si mesma no contexto social. De acordo com Sholssberg, citado por Abreu (2008), durante a vivência de uma transição, a capacidade que a pessoa tem para determinar e gerir as suas necessidades e para construir respostas adaptativas pode estar alterada, pelo que é necessário um período de adaptação ou ajustamento.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Orem identificou na TDAE três tipos de requisitos de autocuidado: universais; de desenvolvimento; e de desvio de saúde. Estes podem ser definidos como os objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros, ou seja, correspondem aos grupos de necessidades identificadas pela teórica (Tomey & Alligood, 2002).

Os requisitos universais têm as suas origens naquilo que é conhecido, está validado ou em processo de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diversos estádios do ciclo vital, ou seja, são comuns a todas as pessoas. Exemplos deste tipo de requisitos são: manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e comida; e a preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso (Tomey & Alligood, 2002).

Os requisitos de desenvolvimento são todos aqueles que promovem os processos de vida e maturação e previnem as condições perniciosas que a possam dificultar (Tomey & Alligood, 2002), ou seja, estão associados a um evento particular como seja o casamento ou um novo trabalho.

Os requisitos de desvio de saúde existem para as pessoas que estão doentes ou lesionadas, que têm formas específicas de situações ou desordens patológicas, incluindo defeitos ou incapacidades, e que estão submetidas a um diagnóstico ou tratamento médico. As características dos desvios de saúde, enquanto situações que se prolongam no tempo, determinam quais as necessidades de cuidado que as pessoas sentem enquanto vivem o processo de doença (Tomey & Alligood, 2002).

Os cuidados para satisfazer as exigências do desvio de autocuidado têm de ser transformados em componentes de ação dos sistemas de autocuidado. A complexidade destes sistemas é aumentada pelo número de exigências do desvio de saúde que devem ser satisfeitos em espaços de tempo específicos (Taylor & Alligood, 2002), com recurso a agentes de autocuidado terapêutico. Para Orem, um agente de autocuidado terapêutico é definido como um adulto em maturação ou um adulto que aceita e cumpre a responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outros que estão dependentes ou que aceita regular o exercício de atuação de autocuidado destas pessoas. Para Queirós (2010), estes agentes podem ser profissionais ou cuidadores informais organizados para o cuidar.

No que diz respeito ao cuidar profissional, Meleis, citada por Abreu (2008), considera que assistir as pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante do exercício de enfermagem por facilitar o processo e ajudar as pessoas a alcançarem o seu bem-estar. Kleinman, citado por Abreu (2008), refere que o cuidador formal possui competências de carácter profissional e é socialmente reconhecido para o exercício da sua função. O cuidado informal é aquele que assume a função de cuidar da pessoa dependente numa relação de proximidade efetiva, geralmente de forma não remunerada, podendo ser um parente ou uma pessoa significativa (Abreu, 2008). Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Tomey & Alligood, 2002). O

apoio-educativo é também pertinente junto dos cuidados informais.

Nesta perspetiva, um método de ajuda é uma série sequencial de ações que irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para empreender ações reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou o dos seus dependentes. Nesta lógica, Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa, que são: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2002). Para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir. O método para conduzir este processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Para Meleis e Trangenstein, citados por Abreu (2008), o enfermeiro cuida da pessoa, integrada num contexto de sociocultural (ambiente), que está em fase de transição (ou antecipando-a), com a intenção (processo de enfermagem) de promover a sua saúde e/ou bem-estar através de um conjunto de ações (intervenções terapêuticas). A crença de que os seres humanos estão em permanente comunicação e intercâmbio entre eles e o ambiente que integram para garantirem a sua sobrevivência é uma crença subjacente à teoria de Orem (McEwen & Wills, 2009). Para ela, o funcionamento humano integrado inclui aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, acreditando que o ser humano se distingue dos outros pelo seu potencial para a aprendizagem e desenvolvimento (Tomey & Alligood, 2002).

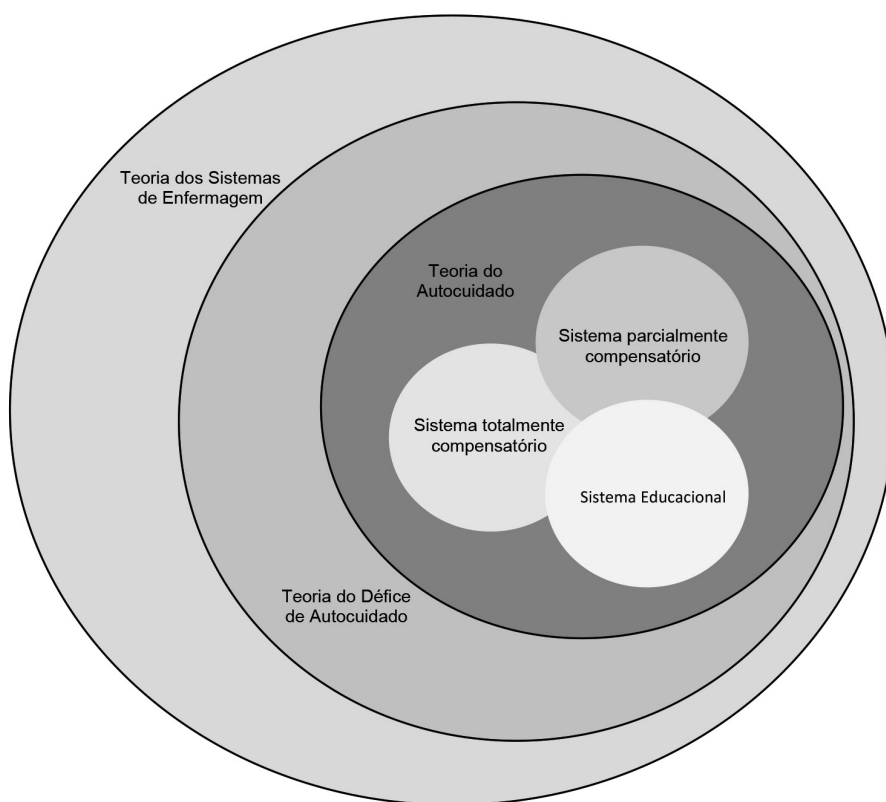


Figura 1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

## Análise crítica

As perspetivas de Orem acerca da ciência de enfermagem enquanto ciência prática são fundamentais para compreender como as provas empíricas são reunidas e interpretadas. Orem identificou dois grupos de ciências de enfermagem: 1) ciências da prática de enfermagem, que incluem as ciências da enfermagem totalmente compensatória, da enfermagem parcialmente compensatória e da enfermagem de apoio-educação; e 2) ciências fundamentais, que incluem as ciências do autocuidado, a atividade de autocuidado e a ajuda humana (Tomey & Alligood, 2002). Apesar do conceito autocuidado poder ter diferentes significados noutras disciplinas, Orem definiu-o e estruturou-o de forma singular (Tomey & Alligood, 2002). A sua teoria está expressa através de um número limitado de termos, que são claros e congruentes entre si. A TDAE compreende três teorias inter-relacionadas: autocuidado; défice de autocuidado; e sistemas de enfermagem. Esta teoria é

uma síntese do conhecimento acerca do autocuidado (e cuidar dependente), das atividades de autocuidado (e de cuidar dependente), das necessidades de autocuidado terapêutico, do défice de autocuidado e da ação de enfermagem (Orem, 2001). Para ela, esta teoria não é uma explicação de uma situação/individualidade específica da prática de enfermagem, mas antes uma combinação particular de propriedades ou características conceptuais comuns a todas as circunstâncias de enfermagem. Enquanto teoria geral, pode ser apropriada pelos enfermeiros que se ocupam da prática clínica, do desenvolvimento e validação do conhecimento e do ensino e aprendizagem de enfermagem (Orem, 2001).

Na investigação, a TDAE tem fundamentado vários estudos (qualitativos e quantitativos), que se podem dividir em dois grupos: 1) estudos para o desenvolvimento de instrumentos para a medição dos elementos conceptuais; e 2) estudos para testar os conceitos em populações específicas. Apesar destes estarem bem definidos e prestarem-se à avaliação,



não foram ainda criados todos os instrumentos necessários para avaliar todas as entidades teóricas, para além de que estas não são constantes nas várias populações (Tomey & Allgood, 2002).

A pertinência da teoria de Orem está no seu âmbito, complexidade e utilidade clínica, na capacidade de gerar hipóteses e por acrescentar conhecimento ao corpo da enfermagem. Tem-se revelado igualmente útil na conceção de currículos para a formação dos enfermeiros em várias faculdades e universidades, assim como na criação de orientações para a gestão/administração em enfermagem (Tomey & Allgood, 2002).

O contributo de Orem para a teoria, conhecimento específico de enfermagem, ciência de enfermagem, situa-se, a nosso ver, na constituição de uma teoria de amplitude suficientemente grande para enquadrar e dar sentido disciplinar à atividade profissional. Esta permite a construção de narrativas explicativas do que é feito pelos enfermeiros, dos padrões de conhecimento de que se socorrem e que ao mesmo tempo criam e enriquecem, quando têm necessidade de encontrar respostas para os problemas de saúde, de doença e de bem-estar das pessoas e populações a que têm de assistir. Por outro lado, Orem, através da sua TDAE, contribuiu para a construção de uma linguagem específica disciplinar, trazendo para a enfermagem conceitos (conceitos migratórios) que neste âmbito são recriados e assumem aspectos particulares, como seja o conceito *major* autocuidado. Este conceito assume centralidade disciplinar pela sua capacidade de clarificar um propósito para a enfermagem (promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas) e pelo poder explicativo de uma acção (aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação). Importa ainda salientar o poder germinativo deste conceito, que permite o desenvolvimento de outros, como sejam o autocuidado estimativo, autocuidado transitivo e o autocuidado produtivo, que adquirem poder operatório e que podem ser utilizados na construção de narrativas do que fazemos e na identificação do estádio em que se situam os beneficiários da nossa acção.

## Conclusão

O valor de qualquer teoria de enfermagem, sobretudo das grandes teorias, é a sua capacidade para expandir

a enfermagem enquanto ciência humana prática. Compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planear a prática clínica e a definir quais as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas. A melhoria do cuidado deve ser o principal objetivo de uma grande teoria de enfermagem.

A TDAE tem sido muito útil na orientação da prática clínica, no ensino e na gestão, assim como na promoção de estruturas a partir das quais derivaram outros conceitos mais precisos e testáveis. Embora tenha pouca parcimónia, por ser complexa, e por ainda ter sido pouco testada, tem-se revelado útil e com valor na expansão da ciência em enfermagem. Esta teoria é uma combinação particular de propriedades conceptuais comuns a todas as circunstâncias de enfermagem, pelo que deve ser apropriada por todos aqueles que se ocupam da disciplina e profissão de enfermagem.

## Referências bibliográficas

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Barrett, E. A. M. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51-60. doi: 10.1177/089431840201500109
- Carper, B. (2006). Fundamental patterns of knowing in nursing. In L. C. Andrist, P. K. Nicholas, & K. A. Wolf (Eds.), *A history of nursing ideas* (pp. 129-137). Sudbury, Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Fawcett, J., Watson, J., Betty, N., Walker, P., & Fitzpatrick, J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x
- Fourez, G. (2008). *A construção das ciências. As lógicas das invenções científicas*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3<sup>rd</sup> ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- McEwen, M., & Wills, E. (2009). *Bases teóricas para enfermagem* (2<sup>a</sup> ed.). São Paulo, Brasil: Artmed.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development & progress* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moch, S. D. (1990). Personal knowing: Evolving research in nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4(2), 155-163.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Queirós, P. J. (2013). O que os enfermeiros pensam da enfermagem? Dados de um grupo de informantes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(5), 57-65.
- Queirós, P. J. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 29-40. doi: 10.12707/RIII13120
- Schutz, P. R., & Meleis, A. (1988). Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 217-221. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00080
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. doi: 10.1080/110381200300008724
- Streubert-Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Técnicas de enfermagem e a sua obra* (5<sup>a</sup> ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- White, J. (2006). Patterns of knowing: Review, critique, and update. In L. C. Andrist, P. K. Nicholas & K. A. Wolf (Eds.), *A history of nursing ideas* (pp. 139-150). Sudbury, Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Young, A., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Connection: Nursing research, theory and practice*. St. Louis, MO: Mosby.