

## **Reconceituando o metaparadigma da enfermagem: articulando a ontologia filosófica da disciplina de enfermagem que orienta a investigação e a prática**

O metaparadigma de enfermagem de Jacqueline Fawcett - os domínios da pessoa, saúde, meio ambiente e enfermagem - continua popular nos currículos de enfermagem, apesar de ter sido repetidamente questionado como uma filosofia lógica de enfermagem.

Fawcett se apropriou da palavra "metaparadigma" (indiretamente) de Margaret Masterman e Thomas Kuhn como uma invenção que lhe permitiu organizar as áreas atuais de interesse da enfermagem em um aspecto filosófico

"Hierarquia de conhecimento" e, portanto, reivindicar a investigação e prática de enfermagem como rigorosamente "científica".

Os estudiosos rejeitaram consistentemente a lógica do metaparadigma de Fawcett, mas ainda não propuseram um acordo substancialmente alternativo.

Por meio de uma análise de artigos que apresentam e criticam o metaparadigma de Fawcett, defendo um metaparadigma reconceituado que articula a ontologia da enfermagem.

O que existe para a disciplina de enfermagem não são domínios metaparadigmáticos já demarcados, mas sim relações interdependentes e dinâmicas que constituem as pessoas, incluindo o enfermeiro, em sua circunstância saúde / ambiente.

A disciplina de enfermagem visa acessar habilmente essa relacionalidade dinâmica como base para ação e reflexão para produzir trajetórias de saúde positivas e conhecimentos que facilitem a ação e reflexão futuras.

Uma investigação mais aprofundada na onto-epistemologia da enfermagem produzirá uma compreensão mais robusta da prática, ciência e filosofia de enfermagem e esclarecerá sua contribuição única para a saúde e os cuidados de saúde.

## 1 | INTRODUÇÃO

O termo “metaparadigma” foi introduzido na profissão de enfermagem no final dos anos 1970.

A primeira aparição foi de dois artigos de Margaret Hardy em 1978.

Hardy definiu um metaparadigma, com base na análise de Margaret Masterman (1970) da conceituação de Kuhn em *The Structure of Scientific Revolutions* (1962/2012), como “uma gestalt ou visão de mundo total ... que serve como uma forma de organizar percepções” (Hardy, 1978a, pp. 38–39).

A justificativa de Hardy para trazer o conceito de metaparadigma de Masterman / Kuhn para a enfermagem foi enquadrar o processo de desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e mostrar "onde" a disciplina de enfermagem estava na trajetória paradigmática kuhniana.

Segundo Hardy, a enfermagem estava naquela época no “pré-paradigma” estágio, com múltiplas “perspectivas mal definidas” (1978a, p. 39), resultando em desenvolvimento de conhecimento lento e “aleatório”.

O paradigma de Kuhn e o conceito de metaparadigma proporcionaram a Hardy uma estrutura para assegurar à disciplina de enfermagem que a confusão e o acaso do estado da disciplina de enfermagem naquela época não eram porque os acadêmicos de enfermagem não tinham a capacidade necessária para desenvolver conhecimento com base empírica, mas porque era realmente um estágio paradigmático normal e necessário, “tudo parte do processo evolutivo que outras disciplinas já experimentaram ou ainda terão que enfrentar” (1978a, p. 40).

Uma articulação diferente do metaparadigma foi introduzida por Jacqueline Fawcett em seu influente artigo *O Metaparadigma de*

*Enfermagem: Estado Presente e Refinamentos Futuros* (Fawcett, 1984).

Fawcett argumentou que a disciplina de enfermagem tinha de fato um foco estabelecido, “centrado em apenas alguns conceitos globais e sempre tratou de certos temas gerais” (Fawcett, 1984, p. 84).

Para Fawcett, a disciplina de enfermagem não estava enfaticamente em um estado confuso e aleatório, mas, ao contrário, havia alcançado um estágio de clareza estrutural, com um metaparadigma unificador no topo, e múltiplos paradigmas fluindo desse metaparadigma que estavam fazendo o trabalho de geração de teorias e conhecimentos de enfermagem.

O que unificou a disciplina de enfermagem, de acordo com Fawcett, foram quatro conceitos centrais - pessoa, ambiente, saúde e enfermagem - e três relações específicas entre os conceitos: pessoa–

saúde, pessoa-saúde-ambiente e pessoa-saúde-enfermagem

(Fawcett, 1984).

A definição de metaparadigma de Fawcett, não de Hardy, tornou-se dominante na disciplina de enfermagem (Risjord, 2010).

A maioria dos livros didáticos de enfermagem geral descreve os quatro domínios do metaparadigma, conforme definido por Fawcett, de uma maneira quase sempre acrítica (por exemplo, Alligood, 2013; Black, 2016; Reed & Shearer, 2011).

A versão de Fawcett se tornou uma base padronizada para avaliar modelos e teorias de enfermagem (por exemplo, Fawcett & Desanto-Madeya,

2012; Lee, Vincent, & Finnegan, 2017) e continua a ser citado sem crítica em algumas pesquisas de enfermagem (por exemplo, Alimohammadi, Taleghani, Mohammadi, & Akbarian, 2013; Lee & Calamaro, 2012).

Ele ainda serve como uma estrutura para pesquisas financiadas pelo National Institute of Nursing Research sobre a ciência dos sintomas (Humphreys et al., 2014).

No entanto, esse estado de coisas é paradoxal, pois o metaparadigma de Fawcett foi recebido com ceticismo e desafio total dos filósofos da enfermagem desde sua publicação inicial, incluindo numerosas e robustas críticas articulando as lacunas em sua estrutura lógica e função (mais sobre isso mais tarde) .

O fato de o metaparadigma de Fawcett permanecer uma heurística popular até hoje, apesar de repetidos desafios filosóficos, garante mais investigação.

Neste artigo, analiso as origens do metaparadigma na literatura de enfermagem para elucidar as fontes desse paradoxo.

Em seguida, analiso as críticas ao metaparadigma e as conceituações alternativas na literatura.

Com base nesta análise, defendo um metaparadigma de enfermagem reconceituado que reativa a compreensão de Hardy, e de vários outros acadêmicos de enfermagem, do metaparadigma como uma ontologia ou visão de mundo.

O metaparadigma reconceituado articula o pressuposto primário de como a disciplina de enfermagem se orienta no mundo:

O que existe para a enfermagem não são domínios independentes de pessoa, saúde e ambiente, mas sim relações interdependentes que dinamicamente constituem as pessoas em suas circunstâncias de saúde / ambiente, que constituem o ponto de acesso fundamental e único da enfermagem no mundo.

A disciplina de enfermagem visa acessar habilmente essa relacionalidade como base para ação e reflexão para produzir trajetórias de saúde positivas e conhecimentos que facilitem a ação e reflexão futuras.

Essa orientação torna a enfermagem única nas disciplinas da saúde.

As seções a seguir articulam o argumento com mais detalhes.

## 2 | AS ORIGENS DO METAPARADIGMA DA ENFERMAGEM

Margaret Hardy introduziu o termo “metaparadigma” na enfermagem em 1978 em uma série de artigos / capítulos de livros escritos entre 1978 e 1983 (Hardy, 1978a, 1978b, 1983).

Hardy resumiu o estado então atual do conhecimento de enfermagem e concluiu que era “caótico” e “requer um pensamento mais sistemático do que está recebendo” (Hardy, 1983, p. 428).

O que ela sentiu que precisava ser elucidado era o foco e o domínio da enfermagem: sua perspectiva comum e orientação quanto à natureza do conhecimento da enfermagem.

Hardy argumentou que isso era necessário porque uma perspectiva comum seria o que canalizaria apropriadamente o trabalho dos acadêmicos de enfermagem, estruturando suas teorias e pesquisas subsequentes.

Hardy trouxe o conceito de metaparadigma e paradigma de Thomas Kuhn para enquadrar seu argumento.

Hardy citou especificamente a análise de Masterman (1970) do uso de Kuhn da palavra paradigma em *The Structure of Scientific Revolutions* (1962 / Kuhn, 2012) para definir o metaparadigma.

Masterman (1970) fez o trabalho de analisar e explicar o que Kuhn admitiu em *Second Thoughts on Paradigms* (Kuhn, 1977); que havia (pelo menos) três conceituações de paradigma em *The Structure of Scientific Revolutions*.

O primeiro era como mito, ou especulação metafísica, ou visão de mundo, que Masterman rotulou de metaparadigma.

O segundo tinha um sentido sociológico, um conjunto de hábitos científicos de uma disciplina, que Masterman rotulou de paradigma sociológico.

O terceiro compreendia um significado mais concreto em termos de ferramentas, textos reais, instrumentação, ilustração, etc., que Masterman rotulou de paradigma concreto.

Com base na análise de Masterman, Hardy definiu metaparadigma como "uma gestalt, uma perspectiva global, uma visão de mundo total ou orientação cognitiva que é mantida pela maioria dos membros de uma disciplina" (Hardy, 1983, p. 431).

Hardy deixou claro, junto com Masterman (1970) e Kuhn (1977), que um metaparadigma era uma orientação ontológica, não uma reivindicação de conhecimento; era o caminho de uma disciplina voltada para o mundo, que "afeta profundamente a natureza do conhecimento desenvolvido por uma comunidade" (Hardy, 1983, p. 432).

Hardy argumentou que a disciplina de enfermagem no final da década de 1970 e início da década de 1980 era caracterizada por crenças divergentes, ou metaparadigmas, "que, embora abordem a mesma gama de fenômenos, geralmente descrevem e interpretam esses fenômenos de maneiras diferentes" (Hardy, 1978b, p. 38).

Ela equiparou isso a um estado de "pré-paradigma" na trajetória da disciplina de enfermagem, um estágio "com perspectivas diferentes e mal definidas que são acaloradamente discutidas e defendidas" (Hardy, 1978b, p. 39).

Hardy sentiu que este estado de coisas era importante reconhecer, pois era o primeiro passo para se erguer acima do "campo de batalha e concentrar esforços e habilidades no desenvolvimento de conhecimentos sólidos de enfermagem", o que foi alcançado por "estar bem informado em uma área substantiva e participar ativamente tanto na construção da teoria quanto na pesquisa" (1978b, p. 40).

Hardy sugeriu que a construção e teste de teoria, ou mesmo simplesmente "noções teóricas vagamente construídas", era o caminho difícil, mas construtivo, para desenvolver "um paradigma predominante na enfermagem" (1978b, p. 40).

Isso significava que, para passar de uma disciplina pré-paradigmática a paradigmática, os enfermeiros acadêmicos precisavam fazer o difícil trabalho de construir teoria em uma paisagem "mal focada e assistemática", ou seja, sem um metaparadigma para orientá-los.

A implicação parece ter sido que esforços contínuos para desenvolver e testar teorias fariam lentamente o trabalho de criar conhecimento sistemático, do qual, concomitantemente, um metaparadigma emergiria, estágio em que a disciplina de enfermagem estaria no estágio kuhniano, totalmente paradigmático - um disciplina com "uma coerência especial que os separa dos grupos vizinhos - e este vínculo especial significa que eles têm um conjunto compartilhado de valores e um compromisso comum que opera enquanto trabalham juntos para alcançar um objetivo comum" (Hardy, 1983, p. 430) .

Para ser claro, Hardy sentiu em 1983 que a disciplina de enfermagem não tinha um metaparadigma de enfermagem unificado.

## 2,1 | Metaparadigma de Fawcett

Jacqueline Fawcett tinha outras idéias sobre o estado da enfermagem.

Fawcett citou especificamente Hardy como um autor que “apontou que a maior parte do trabalho [do conhecimento de enfermagem] parece desfocado e descoordenado” (1984, p. 84).

Ela então argumentou vigorosamente contra essa visão, afirmando que a enfermagem "sempre se centrou em apenas alguns conceitos globais e sempre tratou de certos temas gerais", e então foi além, alegando "esses conceitos e temas centrais [são] ... o metaparadigma da enfermagem" (Fawcett, 1984, p. 84).

Fawcett refutou Hardy afirmando que a disciplina de enfermagem já tinha um metaparadigma de enfermagem unificado, que fornecia direção para o desenvolvimento da teoria e significava “um passo importante na evolução de uma tradição acadêmica para a enfermagem” (1984, p. 85).

Fawcett não citou Kuhn nem Masterman em seu artigo de 1984.

Em vez disso, ela qualificou o uso do termo metaparadigma através da referência a Eckberg & Hill, artigo de 1979 *The Paradigm Concept and Sociology: A Critical Review*, que estava preocupado com a interpretação da sociologia dos paradigmas de Kuhn.

Eckberg e Hill utilizaram a análise de Masterman de 1970 para concluir: “Podemos concordar com Masterman que o paradigma se refere a crenças em três níveis diferentes.

No nível mais amplo de generalidade (correspondendo ao que Masterman chama de 'paradigmas metafísicos', ou 'metaparadigmas') são pressuposições inquestionáveis ... [que] não direcionam a pesquisa diária em andamento ”(1979, p. 926, parênteses em original).

Fawcett interpretou a frase de Eckberg e Hill "nível mais amplo de generalidade" como "maneira mais global" (Fawcett, 1984, p. 84).

Mas, em vez de interpretar essas maneiras mais globais como suposições inquestionáveis, como Eckberg e Hill as definiram, Fawcett inexplicavelmente as equiparou, em oposição direta a Kuhn (1977), Masterman (1970) e Eckberg e Hill (1979), com uma empiricamente identificada e um conjunto abstraído de conceitos e proposições explícitas que direcionariam ativamente os estudos de enfermagem em andamento, ou seja, uma teoria altamente estruturada e abstrata, em vez de um conjunto de suposições não questionadas.

Para construir esta versão de um metaparadigma, Fawcett se apropriou dos quatro conceitos elucidados nos esforços de Yura e Torres (1975) mapeando temas curriculares em programas de enfermagem credenciados nos Estados Unidos no que eles chamaram de “conceitos globais” de enfermagem: pessoa, meio ambiente, saúde e enfermagem.

Fawcett citou o trabalho de Yura e Torres diretamente em seu artigo *The What of Theory Development* (1978), mas o fez apenas indiretamente no artigo do metaparadigma de 1984 por meio de uma referência a Flaskerud e Halloran (1980).

O que Yura e Torres fizeram foi comparar “semelhanças, semelhanças e subgrupos [s]” (1975, p. 183) que estavam presentes em 50 relatórios de autoavaliação do programa de educação em enfermagem que analisaram.

Eles chamaram as semelhanças abrangentes de "conceitos", definindo o conceito como "uma noção geral ou um símbolo" (1975, p. 182), mesmo admitindo um "estado de confusão" (1975, p. 163) em relação a uma definição clara de "conceito."

Yura e Torres (1975) também descreveram a ambigüidade e a variabilidade que encontraram na articulação de cada programa educacional de seus próprios temas centrais, juntamente com diferenças substanciais nas formas como os programas definiram ou descreveram os "conceitos" que Yura e Torres criaram.

Em resumo, os quatro “conceitos” criados por Yura e Torres eram reconhecidamente não científicos, nem mesmo conceitos precisos, mas sim um amplo conjunto de “noções” que tinham algum nível de “popularidade... com

base nas crenças sobre a prática profissional de enfermagem em neste momento” (1975, p. 185).

Para seu metaparadigma, Fawcett também utilizou o trabalho de Donaldson e Crowley em seu artigo seminal *The Discipline of Nursing* (1978).

Donaldson e Crowley fizeram uma abordagem filosófica para responder à questão das “conceitualizações e sintaxe centrais da disciplina [de enfermagem]” (1978, p. 114).

Os autores argumentaram que a singularidade de uma disciplina como a enfermagem “deriva de sua perspectiva e não de seu objeto de investigação ou metodologia” (Donaldson & Crowley, 1978, p. 115).

Bolsa de estudos em enfermagem foi aquela que emanou da perspectiva única da enfermagem, que eles definiram (mais como o produto desejado da enfermagem do que a enfermagem em si) como o “funcionamento saudável dos indivíduos em interação com seu ambiente” (Donaldson & Crowley, 1978, p. 116).

Em seguida, listaram três “conceituações” que envolvem essa perspectiva: funcionamento ótimo dos seres humanos; padrões do ambiente humano;

e processos pelos quais o estado de saúde é afetado.

De forma crítica, eles não igualaram essas conceituações a conceitos.

Em vez disso, as conceituações afirmaram “o que é de interesse” para a enfermagem (Donaldson & Crowley, 1978, p. 119), o que influenciou o que foi estudado e cujos produtos eram conceitos, teorias e fatos de enfermagem.

Em resumo, Fawcett se apropriou de um conjunto de “noções” que eram populares

nos currículos de formação de enfermeiros na década de 1970 e interpretou-os como “os conceitos centrais da disciplina” (1984, p. 84).

Fawcett então reinterpretou as conceituações de Donaldson e Crowley da disciplina de enfermagem como “três temas recorrentes” (Fawcett, 1984, p. 85).

Ela, então, vinculou esses “conceitos” e “temas” por meio de uma análise das formas como eles foram articulados nos modelos conceituais então atuais

de enfermagem, como a teoria da saúde de Newman (1979), a teoria de Orem

do autocuidado (1980), a teoria da pessoa como sistema adaptativo de Roy e Robert (1981) e a teoria de realização de metas de King (1981).



Fawcett gerou três grandes vínculos conceito-tema por meio dessa análise: pessoa-saúde; pessoa-saúde-ambiente; e pessoa – saúde– enfermagem.

Em contraste com Hardy, Donaldson e Crowley, Fawcett (1996) foi explícito ao afirmar que seu metaparadigma não refletia uma perspectiva de enfermagem, nem as crenças e valores da enfermagem.

Em vez disso, ela concluiu que os quatro conceitos, três temas e três relações identificadas entre conceitos e temas constituídos em seu metaparadigma eram o “componente mais abstrato na hierarquia estrutural do conhecimento de qualquer disciplina” (Fawcett, 1996, p. 94).

### 3 | CONCEPTUALIZAÇÕES DE METAPARADIGMA CONTRASTANTES

Enquanto Hardy destacou uma conceitualização ontológica e metafísica de metaparadigma em seus artigos, Fawcett destacou uma "hierarquia estrutural do conhecimento" epistemológica (Fawcett, 1996, p. 94), com o metaparadigma situado no mais alto "nível" de conhecimento.

Fawcett escolheu explicitamente não definir o metaparadigma como um conjunto de suposições ou crenças ou visão de mundo, mas sim defini-lo como um conjunto de conceitos e proposições já empiricamente identificados e abstratos que direcionaram ativamente os estudos de enfermagem em andamento.

A questão é por que a conceitualização de metaparadigma de Fawcett se tornou dominante sobre a de Hardy?

Existe a lógica fácil de que se alguém precisasse escolher entre uma definição de sua disciplina como: (a) “caótica” e apenas em um estágio embrionário de progressão, sem visão de mundo unificada; ou (b) com uma hierarquia substancial de conhecimento, incluindo um metaparadigma do topo da pirâmide como as declarações fundamentalmente reduzidas que expressam o pináculo do conhecimento de enfermagem; o dinheiro está na escolha b.

Em uma nota mais séria, Risjord (2010) conduziu uma extensa análise da história da metateoria de enfermagem e apresentou um argumento muito convincente de que as normas de filosofia da ciência na academia nas décadas de 1960 e 1970 tiveram uma influência profunda no primeiro acadêmicos de enfermagem, cujo número era pequeno, e que precisavam continuamente defender sua disciplina para seus colegas em campos acadêmicos maduros.

Um pequeno mas evocativo exemplo da natureza árdua da tarefa pode ser sentido no artigo de Gortner, de 1975, *Research for a Practice Profession*, onde ela

descreveu uma conversa com um administrador científico do Heart and Lung Institute sobre "o que ele pensava que a pesquisa em enfermagem era ... além ... como fazer uma cama de aspecto impecável "(p. 196).

A filosofia da ciência padrão naquela época era a "visão aceita" da ciência, que era um conjunto de suposições e definições sobre os produtos da investigação científica, que eram equiparadas a conhecimento robusto.

O conhecimento científico na visão recebida estava alojado na teoria (Suppe, 1972).

As teorias envolviam as contas explicativas dos sistemas físicos.

Além disso, o objetivo de uma explicação teórica do mundo era um movimento em direção a contas mais universais do mundo, com o ápice sendo "uma grande teoria científica na qual todos os fenômenos inteligíveis da natureza podem ser encaixados, um único, completo e dedutivamente fechado conjunto de afirmações precisas "(Cartwright, 1999, p. 16).

Risjord (2010) mostrou, em longa análise que não será detalhada aqui, como o metaparadigma de Fawcett foi produto da crença filosófica de que o conhecimento em enfermagem deve estar alojado em uma visão aceita de compreensão da teoria, na qual havia níveis de teoria e apenas as teorias mais abstratas determinavam os limites de uma disciplina.

Risjord mostrou que o trabalho de Fawcett delineando o conhecimento de enfermagem equiparou o conhecimento disciplinar ao conhecimento científico, com base nos pressupostos da visão recebida do conhecimento científico.

Ele (2010) argumentou de forma convincente que Fawcett orientou-se para a visão recebida em seu trabalho desenvolvendo o metaparadigma, razão pela qual ela o enquadrou como uma conquista de conhecimento hierárquico, um conjunto "único" de afirmações que compunham a estrutura do conhecimento de enfermagem, sempre delimitando seu domínios e distinguindo-o de outras disciplinas acadêmicas.

Portanto, parece razoável afirmar que o metaparadigma epistemologicamente orientado de Fawcett foi adotado por acadêmicos de enfermagem além do metaparadigma ontologicamente orientado de Hardy porque a versão de Fawcett "se encaixa" melhor com as normas disciplinares acadêmicas da época.

Mas, como as críticas ao metaparadigma de Fawcett deixam claro, o "encaixe" foi apenas superficial; múltiplas análises do metaparadigma de Fawcett ao longo do tempo revelaram suas inúmeras falhas lógicas como uma filosofia de enfermagem.

#### 4 CRÍTICA DO METAPARADIGMA DE FAWCETT

As críticas ao metaparadigma de Fawcett foram fortes e abundantes.

William Cody (Fawcett, 1996) foi enfático em achar o metaparadigma “irracional” e definiu os conceitos do metaparadigma como um “mantra” ao invés de uma base filosófica sólida para a disciplina de enfermagem.

Marilyn Rawnsley (Fawcett, 1996) forneceu uma perspectiva histórica em sua crítica.

Ela espelhou Hardy ao atribuir o desejo por algo como o metaparadigma como uma busca por uma base substantiva para uma disciplina que ainda lutava para se defender em uma época em que não havia um consenso entre os acadêmicos de enfermagem sobre qual era a base da disciplina.

Rawnsley, ecoando Yura e Torres, destacou a utilidade dos domínios do metaparadigma como um guia global para currículos de enfermagem, na medida em que "transmitiu uma ilusão de coerência educacional entre programas com estruturas organizacionais e missões díspares" (Fawcett, 1996, p. 103).

Mas Rawnsley observou criticamente que o metaparadigma era gravemente falho como uma meta-estrutura disciplinar do conhecimento.

Rawnsley concordou com a definição de Masterman e Hardy de metaparadigma como um conjunto metafísico de crenças que organiza a percepção, e não uma noção científica.

Devido à natureza metafísica e não científica do metaparadigma, Rawnsley concluiu que a conceitualização de Fawcett dos domínios do metaparadigma como os blocos de construção derivados empiricamente do conhecimento de enfermagem não era "viável" e, ainda mais devastador, em

uma análise ecoada por outros estudiosos também (por exemplo, Basford & Slevin,

2003), concluiu que mesmo que fossem reinterpretados como científicos

construtos teóricos, eles não haviam feito o trabalho de contribuir para a geração de conhecimento sistemático de enfermagem: “qualquer relevância das agendas de pesquisa produtivas em enfermagem para o metaparadigma de pessoa, saúde, enfermagem e meio ambiente é retrospectiva, não prospectiva” (Fawcett, 1996, p. 103).

Sally Thorne e colegas, em seu artigo *Nursing's Metaparadigm Concepts: Disimpacting The Debates* (1998), trabalharam os "conceitos" do metaparadigma para mostrar como eles realmente eram instáveis, tendo sido conceitualizados de maneira variável por acadêmicos de enfermagem, muitas vezes de maneiras muito conflitantes.

Eles também analisaram conceitos que não estavam incluídos no metaparadigma de Fawcett, mas eram considerados essenciais para a disciplina de enfermagem, como cuidar.

A tese geral de Thorne e colegas era que o metaparadigma de Fawcett era uma tentativa de forçar a unidade no terreno disciplinar da enfermagem, mas não havia alcançado esse propósito, resultando em "divisão dentro da enfermagem teórica, em vez de definir claramente nossa missão e facilitar a comunicação eficaz entre as enfermeiras" (Thorne et al., 1998, p. 1265).

John Paley, em uma resenha de livro de 2006 de um livro didático que continuou a assumir sem problemas o metaparadigma como o bloco de construção do conhecimento de enfermagem, sarcasticamente resumiu o metaparadigma de Fawcett como "quatro palavras - pessoa, ambiente, saúde e enfermagem - que simplesmente ficam lá, inertes, como quatro gnomos de jardim.

Eles não dizem nada, eles não fazem nada.

Eles não fazem reivindicações, não expressam pensamentos, não representam crenças ou suposições" (Paley, 2006, p. 277).

Mary Conway (1985) também admitiu que o metaparadigma de Fawcett não fornecia nenhuma visão de mundo que possibilitasse uma direção para o desenvolvimento posterior da disciplina de enfermagem; que não forneceu um "roteiro".

Janice Morse chegou ao ponto de questionar o "dano" que o metaparadigma de Fawcett poderia ter causado para "retardar" o crescimento do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, em vez de promover o crescimento da disciplina, já que insistia que todos os quatro "conceitos" deveriam ser abordados em bolsa de enfermagem para que o produto fosse considerado conhecimento de "enfermagem", e esperava-se que "a enfermagem já ultrapassou esta fase" (Morse, 2016, p. 26).

Suzie Hesook Kim, em seu livro *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*, foi franca ao afirmar que "uma das principais razões para a aparente falta de uma visão sistemática do conhecimento em enfermagem, eu acredito, é o uso contínuo dos chamados quatro conceitos de metaparadigma ...

Eles são vazios como construções que especificam limites e são úteis apenas para solicitar que acadêmicos de enfermagem formulem orientações conceituais específicas para um pensamento teórico posterior ”(Kim, 2010, p. 14).

Kim, como Paley, Thorne e outros, consideraram os domínios do metaparadigma de Fawcett um guia inútil que aborda como o conhecimento de enfermagem deve ser gerado e como cada parte do conhecimento contribui para o sistema total de conhecimento de enfermagem.

A crítica de Chick e Meleis aos conceitos de metaparadigma de Fawcett começou primeiro afirmando, corretamente, que eles eram "a preocupação de estudiosos e pesquisadores de muitas disciplinas" (1986, p. 239) e, portanto, não eram exclusivos da enfermagem.

Os autores concluíram então que os conceitos de metaparadigma de Fawcett não "ajudaram os enfermeiros a decidir o que é um problema de saúde e quais são as prioridades de saúde a partir de uma perspectiva de enfermagem" (Chick & Meleis, 1986, p. 256, *itálico meu*).

## 5 | REDEFININDO O QUE É METAPARADIGMA

O que Fawcett queria delinear para a disciplina eram seus limites únicos de uma perspectiva científica, isto é, equacionar a perspectiva da enfermagem com os conceitos científicos, que constituíam a base para todo o conhecimento de enfermagem, em virtude de sua origem em conceitos de enfermagem derivados empiricamente, único e demarcado de outras disciplinas.

O metaparadigma de Fawcett era inovador, embora falho, porque foi construído usando pressupostos filosóficos do que era a ciência, não usando pressupostos filosóficos do que era a enfermagem.

Hardy inicialmente se apropriou do metaparadigma de Masterman / Kuhn porque ele fez o trabalho conceitual de "colocar" a disciplina de enfermagem em uma trajetória "paradigmática" bem definida e, portanto, fácil de seguir rumo à coesão, embora ela tenha concluído que a meta da trajetória de coesão (ou um metaparadigma) ainda escapava à disciplina de enfermagem.

Fawcett rejeitou esse argumento e criou uma definição inteiramente nova de metaparadigma, distinta de Kuhn e Masterman (e Hardy, e Eckberg & Hill), que se alinhava com as suposições científicas de conhecimento disciplinar recebidas,

para situar a disciplina de enfermagem então atual em uma igualdade convivendo com outras disciplinas acadêmicas como uma ciência.

Hardy apresentou o conceito de metaparadigma de Masterman / Kuhn para explicar o que estava faltando na enfermagem; uma conta filosófica de sua coerência disciplinar única, descrevendo o que motiva toda a prática de enfermagem e investigação.

Fawcett retrabalhou o conceito de metaparadigma para que se tornasse uma estrutura capaz de abrigar uma série de áreas existentes de investigação de enfermagem (por exemplo, focos educacionais, modelos de prática de enfermagem, teorias de saúde) e, ao fazê-lo, deveria gerar disciplinas coesão.

A crítica consistentemente válida contra o metaparadigma de Fawcett é que a estrutura inventada, embora capaz de abrigar superficialmente múltiplos domínios da enfermagem "sob o mesmo teto", nada fez para abordar a questão original sobre qual seria a "racionalização da prática" mais fundamental (Donaldson & Crowley, p. 115) foi: O que motivou exclusivamente toda a prática e investigação de enfermagem?

É importante ficar claro que as diferentes áreas de investigação que estavam "alojadas" no metaparadigma de Fawcett nunca foram questionadas, razão pela qual permanecem aceitas sem crítica.

O que os estudiosos tornaram explícito é que a estrutura do metaparadigma de Fawcett não atingiu o objetivo de articular uma filosofia de enfermagem coerente que descreva a perspectiva única da enfermagem; a "gestalt ou visão de mundo total ... que serve como uma maneira de organizar as percepções" (Hardy, 1978a, pp. 38-39).

## 6 RECONCEITUALIZANDO O METAPARADIGMA DA ENFERMAGEM

Um metaparadigma de enfermagem que articula a perspectiva única e coerente da disciplina de enfermagem deve ir além do que é de interesse da enfermagem, porque a questão fundamental é por que essas preocupações e não outras?

O que motiva a enfermagem a se preocupar com o que se preocupa?

Por que Parse (1992) considera pessoa, meio ambiente e saúde como preocupação da enfermagem?

Por que Newman e Sime (1991) consideram o cuidar e a experiência da saúde humana como preocupação da enfermagem?

Por que os educadores de enfermagem consideram enfermagem, saúde, meio ambiente e pessoa os principais focos de seus currículos de enfermagem (Yura & Torres, 1975)?

Uma resposta a esta pergunta pode ser encontrada em uma síntese (muito) breve dos fios subjacentes que unem a bolsa de estudos implicada no trabalho de Fawcett e outros.

Flaskerud e Halloran (1980) afirmam que “os enfermeiros gerenciam a interação entre o paciente e o ambiente para promover saúde ou cura” (p. 4).

Donaldson e Crowley (1978) foram claros ao afirmar que a perspectiva da enfermagem envolvia a conceitualização do funcionamento, padronização e processos da saúde.

Yura e Torres (1975) em sua análise deixaram claro que seus conceitos não estavam precisamente delineados nos currículos que analisaram, observando sobreposições significativas e limites ambíguos.

Fawcett também estava determinada a criar vínculos interdependentes entre seus domínios de enfermagem e o fez usando as conceituações de processo e padrão de Donaldson e Crowley para descrever as inter-relações entre pessoa-saúde, pessoa-saúde-ambiente e pessoa-saúde-enfermagem.

Fawcett não criou um vínculo entre a enfermagem e o ambiente, mas Bender e Feldman (2015) conseguiram fazê-lo em sua análise do metaparadigma da enfermagem, argumentando sobre a necessidade de tornar visíveis as relações interdependentes entre todos os domínios do metaparadigma como ponto de partida crítico para compreender a dinâmica da enfermagem.

Meleis e Trangenstein (1994), trabalhando para estabelecer uma estrutura apropriada para a enfermagem que superasse as falhas do metaparadigma de Fawcett, desenvolveram o conceito de transições, que eram sobre processos e padrões com o objetivo de uma sensação de bem-estar paciente.

Eles argumentaram que “nenhuma outra disciplina tem essa orientação de processo” (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256).

Davina Allen contribuiu com uma riqueza de insights sobre o trabalho das enfermeiras, mostrando como as enfermeiras “mantêm uma consciência dos diferentes entendimentos do paciente” e “mudam a atenção do indivíduo para a

organização e combinam este conhecimento clínico e organizacional em um olhar profissional distinto”(2018, p. 40).

Allen tornou visível, por meio de sua bolsa de estudos, como as enfermeiras, por meio de sua prática, adjudicam relações, funcionam como um "sistema de memória distribuída" e "trazem cristalização retrospectiva e tradução prospectiva da identidade do paciente" (2014, p. 135), entre outras práticas.

## 7 A PERSPECTIVA PRIMÁRIA DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

O traço comum, de forma implícita, mas inequívoca, por meio deste reconhecidamente breve levantamento da bolsa de estudos em enfermagem, é que a enfermagem não surge por meio de uma preocupação com domínios ou conceitos distintos, mas sim por meio de uma compreensão única das relações dinâmicas entre todos eles.

O que existe para a disciplina de enfermagem não são domínios já demarcados da enfermagem, pessoa, saúde e meio ambiente, mas sim relações interdependentes que constituem as pessoas, incluindo os enfermeiros, em sua circunstância saúde / ambiente, que constitui o ponto de acesso fundamental e único da enfermagem em o mundo.

Os domínios do metaparadigma de Fawcett não são suficientes como a perspectiva fundamental da enfermagem porque foram considerados independentes de seu desempenho.

John Paley colocou desta forma em seu artigo analisando Heidegger; as relações são constitutivas do mundo, que compreende um realismo de práticas, ao invés de um realismo de objetos (Paley, 2006).

Isso significa que o que existe é prática, e “as práticas são constitutivas tanto do self quanto das estruturas sociais” (Paley, 1998, p. 822).

Basicamente, os enfermeiros não existem sem pacientes e a prática de enfermagem não existe sem que as pessoas tenham experiências de saúde / ambiente.

O que existe para a enfermagem é um desempenho de sensoriamento de relação que traz continuamente os conceitos de enfermagem, pessoa, ambiente e saúde (entre outros).



Outra forma de colocar é que uma perspectiva da enfermagem que toma a interdependência e a relacionalidade como seu ponto de acesso fundamental no mundo significa que o que existe para o enfermeiro não é determinista.

Não existe uma estrutura determinística da enfermagem, nenhuma teoria definitiva da enfermagem que possa ser reduzida a uma tecnologia algorítmica da enfermagem.

Como Holmes e Gastaldo (2004) colocam, a perspectiva da enfermagem “exige uma rejeição de uma essência de enfermagem 'pura', que simplesmente não existe ... a definição da essência da enfermagem não pode ser fixa ou estática porque as manifestações cotidianas da enfermagem são amplamente determinados pelos contextos nos quais são exercidos ”(p. 264).

Por “contexto”, podemos substituir as práticas que são constitutivas tanto do self, incluindo enfermeiras, quanto das estruturas sociais, incluindo pacientes com problemas de saúde que precisam de assistência.

O que existe para o enfermeiro é a relacionalidade, por meio da qual emerge o mundo do enfermeiro que cuida do paciente em sua circunstância saúde / ambiente.

Em seu artigo *Accounting for Knowledgeable Practice*, Purkis e Ceci a descrevem, como enfermeiras “fazendo leituras ... profundamente interpenetradas pelo social” que então “se tornam recursos por meio dos quais as enfermeiras realizam seu cuidado” (2016, p. 19).

O que uma enfermeira faz é “levar o social a sério ... [uma enfermeira] está [interessada] em estruturas de relevância” (Purkis & Ceci, 2016, p. 20).

Isso significa que uma enfermeira escolhe um quadro de referência como forma de dar sentido ao que é apresentado, mas sempre sabe que outro quadro de referência poderia ser usado em seu lugar, que poderia mostrar a circunstância sob uma luz muito diferente (Purkis & Ceci, 2016 )

Purkis e Ceci argumentam que essa prática, esse processo de sentir o que existe, reconhecer a natureza indeterminada de "o que é apresentado" e gerar uma "estrutura de relevância", é a forma única como os enfermeiros se orientam no mundo - ou, mais precisamente, geram o mundo —Por meio do qual emerge a atuação da enfermagem.

Não é que o enfermeiro “saiba coisas” sobre o paciente e sua saúde e se ponha a fazer algo a respeito, integrando esse conhecimento em suas avaliações e intervenções.

Mais fundamentalmente, os enfermeiros geram um mundo, escolhendo e escolhendo de padrões relacionais emergentes para instanciar continuamente pacientes com circunstâncias de saúde que precisam de formas específicas de cuidado de enfermagem - isto é, enfermagem como uma produção, não uma construção predefinida.

Um exemplo empírico perfeito disso é um clichê da enfermagem: conhecer um paciente está se deteriorando sem ser capaz de articular por que ou como.

Tradicionalmente, isso tem sido explicado como uma enfermeira especialista que usa conhecimento intuitivo e incorporado para tomar decisões em situações críticas, em contraste com um processo de tomada de decisão objetivo, racional e linear (Benner, 1984).

Os “dados” usados para este trabalho de conhecimento intuitivo são uma “compreensão da situação total” (Minick, 1995).

O que fica claro agora é que essa “apreensão” da situação é obra do enfermeiro gerando uma realidade onde a deterioração é a experiência fundamental, realidade muitas vezes não percebida pelos demais da equipe clínica.

Uma enfermeira astutamente descreveu como “você tem ... de ser capaz de ver os sinais, a fim de perceber as coisas que você precisa perceber” (Minnick, 1995, p. 309, *itálico meu*).

Relacionando essa citação a Purkis e Ceci (2016), a enfermeira reconheceu a necessidade de "fazer leituras" para criar uma "estrutura relevante", neste caso um paciente em deterioração, como base para a ação de enfermagem - por exemplo, convencer outros na equipe que um paciente com deterioração existe a fim de criar um ambiente de ação concertada e iniciar intervenções para melhorar o funcionamento da saúde.

## 8 IMPLICAÇÕES DO METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM RECONCEPTUALIZADA

A reorientação para o metaparadigma como perspectiva única, ou ontologia, permite a compreensão de que o que a disciplina de enfermagem tradicionalmente descreve como suas preocupações centrais, ou conceitos centrais - enfermagem / cuidado, pessoa, ambiente, saúde - são na verdade os produtos alcançados por meio da perspectiva única ou do mundo da enfermeira visão que serve como forma de organizar percepções.

Isso significa que a enfermagem não leva em conta o meio ambiente, por exemplo, por ser um importante determinante da saúde.

Em vez disso, o ambiente (em suas inúmeras manifestações) emerge como uma entidade acionável para a enfermagem por causa de sua relacionalidade interdependente na experiência de saúde de um paciente; do contrário, não surgiria de forma tão consistente e a enfermagem não se concentraria nisso.

O metaparadigma / perspectiva / ontologia da enfermagem reengajada faz explícita um desempenho de detecção de relação que traz enfermagem, pessoa, ambiente e saúde.

Esse desempenho de detecção de relação não assume o que está presente como dado, mas, ao contrário, é uma performance de sentir quais relações apresentar e o que deixar de fora, pelo menos por enquanto.

Os enfermeiros progridem como enfermeiros ao se tornarem mais hábeis nesse desempenho, por meio do que Benner, Tanner e Chesla (2009) descreveram como a trajetória do iniciante ao especialista.

Orientar-se para o metaparadigma como a ontologia da enfermagem supera o complicado paradoxo de "conhecer" os domínios do metaparadigma são fundamentais para a enfermagem, ao mesmo tempo que "saber" que a forma como foram tradicionalmente conceituados não articula a lógica necessária do porquê e como eles são tão críticos.

Como Karen Barad coloca, examinei os fundamentos de certos conceitos e ideias para ver “como a contingência opera para garantir os“ fundamentos ”de conceitos sem os quais não podemos viver” (Juelskjær & Schwennesen, 2012, p. 14).

Os domínios do metaparadigma se tornaram "fundamentais" para a disciplina de enfermagem porque, por meio da orientação ontológica dos enfermeiros no mundo, os "domínios" emergem continuamente como algo a ser engajado.

## 8,1 | Implicações para a prática de enfermagem

Compreender o metaparadigma da enfermagem como relacionalidade abre novas possibilidades para a compreensão da prática e da investigação da enfermagem.

Em primeiro lugar, descreve, como diz Thorne, qual é o "ângulo de visão" distinto com que a enfermagem sempre contribuiu para a saúde e os cuidados de saúde

... que, apesar de nossa diversidade de funções e contextos de prática, uma orientação conceitual unificadora [de fato] existe, e que ela desempenha um papel vital na formação de nossas ações, valores e especialidades distintas ”(Thorne, 2015, p. 283 )

O metaparadigma-como-ontologia de enfermagem fornece uma lógica de prática, um roteiro, que fundamenta e ajuda a compreender a incrível diversidade vista na prática e na investigação da enfermagem.

O reconhecimento explícito da perspectiva única da enfermagem ajudará a compreender melhor o quê e como a prática de enfermagem, o que pode servir de base para novas ferramentas que ajudem os enfermeiros clínicos e acadêmicos a acessar habilmente essa relacionalidade como base para a ação e reflexão que produz ambos trajetórias de saúde positivas e conhecimentos que facilitam a ação e reflexão futuras.

## 8,2 | Implicações para a ciência da enfermagem

A questão central é como se dá a geração do conhecimento, pois o metaparadigma reconceituado da enfermagem obscurece a distinção entre ontologia e epistemologia na enfermagem.

Ou talvez mais concretamente, torna visíveis as dificuldades de definir a enfermagem como uma ciência, um tema de debate permanente na literatura de enfermagem.

Este debate ainda não produziu uma filosofia da ciência da enfermagem aceita.

Como Risjord disse, ainda estamos "abordando uma questão que incomoda os acadêmicos de enfermagem há décadas: o que é ciência da enfermagem?" (Risjord, 2010, p. 220).

Se os enfermeiros estão constituindo mundos - que o que existe para a enfermagem é um “processo de se tornar, de adquirir sua definitividade” (Sehgal, 2014, p. 195) - onde está a linha divisória entre saber o que existe e as regras sobre como adquirir conhecimento sobre o que existe?

Se a enfermagem é uma disciplina onto-epistêmica, como se deve examinar o desempenho do sensor de relação ontológico da enfermagem e o que o produto de conhecimento deve compreender?

Uma teoria, um conjunto de dados, uma narrativa?

Se o que existe para a enfermagem não é determinístico, ou seja, o que existe não são entidades duradouras, então como precisamente se examina isso e os resultados podem ser considerados generalizáveis?

Existem algumas dicas na literatura existente.

Bender e Elias (2017) mostraram como conceitos de enfermagem tradicionalmente descritos "inefáveis", como o conhecimento estético, podem ser sistematicamente examinados - não como um objeto científico distinto, mas sim como um sujeito agente que pode ser relacionado por meio de um processo de investigação, descrevendo padrões e relatos que são reveladores e acionáveis, se não "conhecidos para sempre".

Bender (2018) defendeu recentemente uma virada para os modelos como uma estrutura apropriada para o conhecimento de enfermagem, em contraste com a teoria.

Isso ocorre porque, enquanto as teorias tradicionalmente articulam afirmações universais e estáticas sobre o mundo, a enfermagem envolve a dinâmica contínua e "confusa" do paciente / cuidado da saúde.

Bender argumenta que os modelos têm a capacidade de descrever essas dinâmicas e como podem ser produzidos, sem presumir que são produzidos da mesma maneira, independentemente das condições; ou seja, eles não são determinísticos ou redutivos (Bender, 2018).

Pesquisas adicionais sobre a ontoepistemologia da enfermagem são necessárias para produzir uma compreensão mais robusta do conhecimento, prática, ciência e filosofia da enfermagem.

## 9 CONCLUSÃO

Há uma implicação imediata de reconceituar o metaparadigma da enfermagem como a ontologia da disciplina - entender que para a enfermagem o que existe é um desempenho de percepção de relação que traz continuamente as inter-relações de enfermagem, pessoa, ambiente e saúde, através das quais o emerge a atuação da prática de enfermagem qualificada.

Ajuda a conceber "discursos de elevação" que possam iniciar o trabalho de articulação do porquê a enfermagem, mesmo que não se defina deterministicamente, ainda é tão valorizada pela sociedade, por exemplo, sendo

considerada a profissão de maior confiança nos Estados Unidos durante 16 anos em uma fileira (Brenan, 2017).

Simplificando, as enfermeiras criam mundos onde podem fazer a diferença - onde podem melhorar as coisas.

Os enfermeiros podem nem sempre atingir esse objetivo, e a questão de "melhor para quem" é pertinente, mas o próprio processo traz situações em que o que é importante em qualquer momento - para o enfermeiro, o paciente, o membro da família, o interprofissional equipe clínica, comunidade, a arena política - torna-se visível e, portanto, acionável.