



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Caroline Porcelis Vargas

Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação

Florianópolis - SC
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vargas, Caroline Porcelis
Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação / Caroline
Porcelis Vargas ; orientadora, Soraia Dornelles
Schoeller, coorientador, Luiz Gustavo da Cunha de Souza,
2022.
188 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Reabilitação. 4. Teoria
de Enfermagem. 5. Reconhecimento. I. Schoeller, Soraia
Dornelles . II. Souza, Luiz Gustavo da Cunha de . III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Caroline Porcelis Vargas

Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação

Tese submetida ao Programa de Pós Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem
Orientadora: Soraia Dornelles Schoeller, Dra.
Co-orientador: Luiz Gustavo da Cunha de Souza, Dr.

Florianópolis - SC
2022
Caroline Porcelis Vargas

Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Dra.
Universidade do Porto - Portugal

Profa. Fabiana Faleiros Santana Castro, Dra.
Universidade de São Paulo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Profa. Soraia Dornelles Schoeller, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado a todas as enfermeiras que enfrentaram barreiras físicas e mentais para continuar cuidando durante esses últimos dois anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a diversas pessoas que fizeram parte de uma jornada extenuante e incrível de aprendizado. Em especial agradeço minha orientadora Soraia, minha amiga de tese e vida Milena, meu amigo de momentos filosóficos e de leveza Lucas, meus pais Tânia e Rui, minha tia Fatima, minhas irmãs Camila e Cláudia, meu parceiro Guilherme, a todos do grupo (Re) Habilitar, a todos que me aturam na UPA III - Cis em Itajaí e a vários outros que sabem a diferença que fazem na minha caminhada diária.

“The people will learn to feel the dignity of man. They will not merely demand their rights, which have been trampled in the dust, but themselves will take them – make them their own.”

(HEGEL, 1972)

RESUMO

O objetivo desse projeto de tese foi construir um modelo teórico de enfermagem de reabilitação para o bem-viver da pessoa em sua diversidade. Como método foi escolhida a metodologia clássica para construção de teorias em enfermagem proposta por Walker e Avant, que segue cinco passos para o desenvolvimento de um modelo teórico em enfermagem. O primeiro passo empregado foi a análise conceitual com base em fontes de dados científicos, de áreas da enfermagem, sociologia, filosofia, antropologia, e educação, embasando teoricamente a escolha e definição dos conceitos necessários a construção do modelo, sendo que esse passo foi executado durante grupos focais de imersão sobre a temática, onde experts e pesquisadoras debateram e selecionaram conceitos e definições a serem sintetizadas. Neste momento apareceram os grupos conceituais pertencentes ao modelo teórico, sendo eles, a enfermagem, o ambiente, a pessoa e o tempo, e também foi construída a ideia de níveis de intersubjetividade das pessoas em busca do reconhecimento, sendo que a Teoria do reconhecimento de Axel Honneth orientou a síntese conceitual. O segundo passo desse desenvolvimento teórico, foi a síntese dos conceitos, onde a partir de exaustiva leitura e discussões, as definições conceituais relativas ao nosso objeto da relação intersubjetiva entre as pessoas, enfermeira e pessoa em reabilitação, apresentou-se de forma simplificada, e passível de indutivamente suscitar hipóteses e afirmações. Assim, o terceiro e quarto passos foram a análise e síntese de afirmações onde, a partir dos conceitos e definições são construídas afirmações sobre a relação entre a enfermeira de reabilitação e a pessoa cuidada, sendo que tais afirmações são hipóteses para o desenvolvimento final do modelo, sendo esse o quinto e último passo metodológico. Foram levantados ao final de análise e síntese conceitual um total de 48 conceitos definidos, sendo estes divididos em 5 grupos: pessoa, enfermagem, ambiente, saúde e tempo. Também, 45 afirmações foram pensadas com o foco central na relação intersubjetiva entre as duas pessoas, enfermeira de reabilitação e pessoa cuidada, sendo as relações de cuidado de reabilitação e reconhecimento. Os conceitos sobre o ambiente, saúde, tempo e pessoa, relacionam-se com as pessoas centrais ao modelo proposto de forma a influenciar negativamente ou positivamente as relações entre as duas pessoas, possibilitando perceber que a relação de reabilitação é de via única pois o cuidado especializado parte da enfermeira para a pessoa, sofrendo influência de uma gama de fatores ambientais e pessoais durante um processo de cuidado que é também pautado em um tempo que o influencia. Já a relação de reconhecimento é de via dupla, sendo que o reconhecimento é construído intersubjetivamente pelas duas pessoas durante o processo da reabilitação, e sendo influenciado principalmente por fatores presentes na subjetividade e intersubjetividade prévia das pessoas na relação. Conclui-se com a ideia de que a relação do cuidado de enfermagem de reabilitação pautado no reconhecimento intersubjetivo, aumenta a possibilidade de autorrealização, participação autônoma e igualitária da pessoa cuidada pela enfermeira de reabilitação, sendo que assim, há a possibilidade dessa pessoa atingir seu bem-viver social.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Teoria de Enfermagem; Reconhecimento.

ABSTRACT

The objective of this thesis project was to build a theoretical model of rehabilitation nursing for the well-being of the person in its diversity. As a method, the classic methodology for the construction of nursing theories proposed by Walker and Avant was chosen, which follows five steps for the development of a theoretical model in nursing. The first step used was the conceptual analysis based on scientific data sources, from areas of nursing, sociology, philosophy, anthropology, and education, theoretically basing the choice and definition of the concepts necessary for the construction of the model, and this step was performed during immersion focus groups on the subject, where experts and researchers debated and selected concepts and definitions to be synthesized. At this moment, the conceptual groups belonging to the theoretical model appeared, namely, nursing, the environment, the person and time, and the idea of levels of intersubjectivity of people in search of recognition was also built, and the Theory of recognition of Axel Honneth guided the conceptual synthesis. The second step of this theoretical development was the synthesis of concepts, where from exhaustive reading and discussions, the conceptual definitions related to our object of the intersubjective relationship between people, nurse and person in rehabilitation, presented in a simplified way, and capable of inductively raising hypotheses and assertions. Thus, the third and fourth steps were the analysis and synthesis of statements where, from the concepts and definitions, statements about the relationship between the rehabilitation nurse and the person cared for are constructed, and such statements are hypotheses for the final development of the model, this is the fifth and final methodological step. A total of 48 defined concepts were raised at the end of analysis and conceptual synthesis, which were divided into 5 groups: person, nursing, environment, health and time. Also, 45 statements were taught with the central focus on the intersubjective relationship between the two people, rehabilitation nurse and person cared for, being the relationships of rehabilitation care and recognition. The concepts about the environment, health, time and person are related to the people central to the proposed model in order to negatively or positively influence the relationships between the two people, making it possible to perceive that the rehabilitation relationship is one-way because the care from the nurse to the person, being influenced by a range of environmental and personal factors during a care process that is also guided by a time that influences it. On the other hand, the recognition relationship is two-way, with the recognition being built intersubjectively by the two people during the rehabilitation process, and being mainly influenced by factors present in the subjectivity and previous intersubjectivity of the people in the relationship. It concludes with the idea that the relationship of rehabilitation nursing care based on intersubjective recognition increases the possibility of self-fulfillment, autonomous and equal participation of the person cared for by the rehabilitation nurse, and thus, there is a possibility for this person to reach their social well-being.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Nursing Theory; Recognition.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Algumas diferenças entre o modelo biomédico de saúde e o modelo social de saúde.....	40
Quadro 2 - Estratégias da construção de teoria a partir da classificação cruzada entre elementos e abordagens da construção de teoria.....	65
Quadro 3 - Guidelines for analysing nursing models.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo matemático.....	60
Figura 2 - Modelo esquemático.....	60
Figura 3 - Esquema das fases de desenvolvimento do modelo teórico.....	66
Figura 4 - Exemplo das conexões complexas nas afirmações e nas teorias.....	68
Figura 5 - Mapa Conceitual apresentando os 11 (onze) grupos conceituais propostos inicialmente (2019).....	76
Figura 6 - Segunda etapa do Mapa Conceitual apresentando 4 (quatro) grupos conceituais propostos (2019).....	77
Figura 7 - Terceira etapa do Mapa Conceitual apresentando os Níveis de Reconhecimento no Processo de Reabilitação (2019).....	79
Figura 8 - Mapa Conceitual: Conceitos para o Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação (2021).....	80
Figura 9 - Diagrama que representa uma rede de relações entre conceitos.....	122
Figura 10 - Diagrama das relações simplificadas para entendimento das afirmações.....	122
Figura 11 - Diagrama que representa o Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação.....	151

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	OBJETIVO DA PESQUISA.....	19
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1	ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: HISTÓRIA, COMPETÊNCIAS E DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO.....	21
2.2	AS PESSOAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO: A DIVERSIDADE CUIDADA POR ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO.....	28
2.3	MODERNIDADE, PÓS-MODERNIDADE E SAÚDE.....	35
2.4	MODELOS TEÓRICOS E TEORIAS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PROCESSO DE VIDA, RELAÇÕES INTERPESSOAIS, BEM-VIVER E RECONHECIMENTO.....	42
2.5	O BEM VIVER DAS PESSOAS DA DIVERSIDADE.....	54
3	METODOLOGIA.....	60
4	RESULTADOS.....	71
4.1	MANUSCRITO I - MAPA CONCEITUAL PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	73
4.2	MANUSCRITO II - MODELO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ANÁLISE E SÍNTESE CONCEITUAL.....	82
4.3	MANUSCRITO III - CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ANÁLISE E SÍNTESE DAS AFIRMAÇÕES.....	119
4.4	MANUSCRITO IV - MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	146
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
	REFERÊNCIAS.....	157
	APÊNDICES.....	176

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem de reabilitação vem se transformando enquanto na sociedade contemporânea se transformam as visões essencialmente positivistas, e biomédicas, do cuidado em saúde, em visões mais construtivistas, integrativas e holísticas desse cuidado. Os pressupostos epistemológicos da enfermagem, em busca de seu objeto de estudo evoluíram e foram necessárias ideias das ciências sociais para auxiliar a tendência “biologicista” que a enfermagem aplicava em seus cuidados às pessoas. Tal evolução contou com a influência de várias correntes filosóficas que contribuíram com olhar mais complexo sobre as necessidades de saúde da diversidade humana. A Teoria Crítica, na defesa do pensamento crítico e reflexivo sobre a sociedade em que as enfermeiras também estão inclusas, é exemplo claro dessa ampliação da visão do cuidado, buscando a emancipação das pessoas envolvidas no cuidado, e assim, um cuidado emancipado. (SCHOELLER *et al.*, 2018; CEOLIN *et al.*, 2017).

A emancipação, na teoria crítica, é colocada como conceito primordial para a análise de realidades sociais, sendo considerada essencial para a compreensão da sociedade contemporânea ocidental, e se tornando assim, imprescindível o entendimento dos potenciais emancipatórios e dos obstáculos para alcance dessa emancipação. Tentando simplificar a compreensão da emancipação podemos dizê-la como o processo de passagem de uma pessoa alienada, submissa e instrumentalizada pelo sistema, para o estado de uma pessoa participante das práxis. Podemos tentar ilustrar esse entendimento de emancipação com o exemplo de Chauí (2003) do “o mito da caverna” de Platão, onde uma das diversas pessoas que se encontravam reclusas no interior da caverna escura consegue romper as grades que a prendia lá, e ao sair experimenta uma nova realidade, iluminada pela luz da verdade. (CHAUI, 2003; ADORNO, 1995).

Na mentalidade capitalista, ao trabalhador, incluso as enfermeiras, se possibilita maior envolvimento, participação e iniciativa, mas por outro lado se inibe a espontaneidade, sendo assim Marx designa um significado para emancipação como crítica ao “trabalho abstrato” e a lógica de reprodução do capital. A partir dessa ideia de Marx, os potenciais emancipatórios são desvelados na análise da realidade social, sendo que a emancipação passa a servir como critério normativo da práxis social, surgindo novas formas de “ser” em sociedade. (ADORNO, 1995; TERRA; REPA, 2011).

Um pensador que também parece discutir a emancipação é Kant que se utiliza do termo esclarecimento para designar um processo emancipatório da pessoa frente a ignorância, ou seja, a possibilidade das pessoas de se tornarem livres, emancipadas, e quando fazem o uso

público da razão, atingem a maioria intelectual frente ao obscurantismo reinante. Assim, pensar na teoria crítica é pensar nos pressupostos da construção desse esclarecimento, construção essa que parte das pessoas que vivem tuteladas para as quais a liberdade é apenas uma promessa ilusória. (ADORNO, 1985).

Honneth (2003) coloca que a emancipação é a possibilidade de uma pessoa poder elaborar um plano de vida e conseguir realizá-lo. Essa emancipação de Honneth tem duas dimensões definidas, a primeira determina que se amplia a emancipação quando novas esferas da vida passam a ser determinadas livremente, como o caso da esfera da sexualidade quando se aceita que cada pessoa pode escolher com quem quer se relacionar livremente. Na segunda, a emancipação se amplia na medida em que novas pessoas ou grupos sociais conquistam o direito de determinar por seus próprios planos de vida. (HONNETH, 2003).

A ideia de emancipação é conhecida quanto a sua contribuição para a educação, sendo que a educação, como instância formativa da pessoa, deve possibilitar a essa a condição de sujeito na e da práxis, o que pode ser distorcido pela prática capitalista vigente, onde nem todos os recursos são disponíveis para a formação de pessoas em busca de sua emancipação, e sim apenas de sua instrumentalização. Nos estudos de Adorno a ideia de emancipação aparece atrelada à dialética, sendo necessária reflexão para realizar uma prática educacional geradora de emancipação nas pessoas, isso considerando ainda duas vertentes, a pressão das ideologias dominantes na sociedade e a adaptação. Para tanto considera a emancipação a conscientização de uma realidade continuamente em movimento. (ADORNO, 1995; TERRA; REPA, 2011).

O pensamento de Paulo Freire, assim como da Teoria Crítica, também é muito utilizado como base teórica e pedagógica na enfermagem, utilizando-se seu pensamento crítico e usar ideias de emancipação em defesa de uma educação como prática de liberdade, considerando a mesma como um exercício democrático, crítico, reflexivo e dialógico, alimentado pela interação social. A transformação da realizada através de uma reflexão contínua em busca de sua práxis, tem como consequência a autonomia, que é o amadurecimento do ser para si e o instrumento de luta por um mundo mais humanizado. (FREIRE, 2005).

A enfermagem de reabilitação utiliza-se de várias dessas ideias para a construção de seu corpo teórico na busca da integralidade do cuidado à saúde, e valoriza o contexto e que as pessoas vivem, bem como suas interações sociais significativas, em busca de entender os recursos necessários à emancipação e autonomia das pessoas a quem cuida, tentando romper com a ideia de saúde centrada na doença. Logo, das enfermeiras de reabilitação se espera um desenvolvimento empreendedor que permita o uso de novas abordagens para a promoção da saúde, a proteção da saúde e o apoio a iniciativas que visam a transformação social, a emanci-

pação das pessoas, das famílias e da sociedade. (RIBEIRO *et al.*, 2019; WERNET; MELLO, 2017).

É necessário que as enfermeiras reconheçam que apenas possuem parte do conhecimento e reconheçam que existe, como Morin (2015) afirma, a necessidade de diálogo com o mundo e as suas organizações para que seja possível partilharem de seus próprios saberes. Também, nesse processo de desconstrução e construção de saberes e práticas sociais, é preciso ponderar sobre as intervenções de saúde e da educação, mantendo sempre o diálogo com o ambiente circundante. Para atuar como profissional enfermeira voltada ao empreendedorismo e protagonismo social, é necessária a articulação dos conhecimentos de saúde com as exigências sociais emergentes, sendo uma profissional com competências interativas e associativas, maximizando o conhecimento sobre a realidade concreta das pessoas. Assim, a prática de enfermagem será amparada na emancipação das pessoas, trabalhando de forma crítica para fomentar pessoas éticas, solidárias e emancipadas. (SILVA; MOREIRA, 2015; MORIN, 2015).

Na tentativa de fomentar o processo emancipatório das pessoas a quem cuida-se, surge o referencial do Bem Viver, que é uma ideia que deve permear todas as atividades, incluso o cuidado de enfermagem, para viabilizar a identidade da pessoa como ser responsável pela vida de todos e também pela sua vida, como parte permanente do processo de construção e reconstrução em busca de uma vida emancipada. Nesse processo para o Bem Viver é fundamental a construção da individualidade para possibilitar a construção de uma identidade coletiva, para que não se perca o foco em sua natureza de pessoa vocacionada para a libertação, a autonomia e a emancipação. (KEIM, 2017; BACKES *et al.*, 2016; SAMPAIO *et al.*, 2017).

O Bem Viver se pauta na rejeição dos elementos centrais do sistema capitalista, o individualismo, racionalismo, liberalismo, antropocentrismo e consumismo, e é a concepção, das populações indígenas dos Andes, de crítica e enfrentamento da realidade apresentada na sociedade contemporânea. Entendido majoritariamente como sinônimo de vida saudável, o Bem Viver mantém sua característica de garantia de qualidade de vida as pessoas que mais necessitam (inicialmente os indígenas), sendo que essas pessoas tem uma maneira própria de conviver e conservar a natureza, considerando a natureza não apenas como recurso para servir aos humanos. (KEIM, 2017; BACKES *et al.*, 2016; SAMPAIO *et al.*, 2017).

Como o Bem Viver se relaciona com a dinâmica social, sendo essa os condicionantes éticos e a emancipação das pessoas, e enfermagem deve atuar como agente de educação num processo que implica na mudança da relação das pessoas com os conhecimentos e saberes, com postura ética e questionadora, a procura de esforços no sentido de superar a opressão, a marginalização e a barbárie. Assim, o Bem Viver pode ser foco da enfermagem de reabilita-

ção no incentivo ao processo emancipatório das pessoas da diversidade humana em busca de dignidade e contra a opressão. (KEIM, 2017; BACKES *et al.*, 2016; SAMPAIO *et al.*, 2017).

A enfermagem de reabilitação tem então, o papel de incentivar a pessoa, dentro de sua possibilidade, cultura e contexto social, a iniciar seu processo emancipatório, pautado no Bem Viver, na autonomia, na emancipação e em outros pressupostos que lhe sejam úteis a esse trabalho. Mas como a enfermagem, vista como mera realizadora de tarefas, pode atuar de tal maneira? É importante para ocorra a transformação da visão da enfermagem para uma ideia de profissão de conhecimento próprio, com uma base teórica ampla pautada nas ciências sociais, humanas, e biomédicas, com foco na emancipação profissional e social. E para tal deve-se aceitar que existe a necessidade de uma melhor estruturação e desenvolvimento de conhecimentos próprios da disciplina de enfermagem como área que contribui para a saúde e bem Viver das populações, através de sua dimensão prática.

Nesse contexto definimos a enfermagem de reabilitação a partir de definições colocadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER) nº 125/2011:

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (PORTUGAL, 2011, p. 8658).

É verdade que tal definição da enfermagem de reabilitação é contemplada em parte por esse estudo, pois tem-se a ideia mais ampla sobre a quem o enfermeiro de reabilitação deve cuidar, ou seja as pessoas em reabilitação não são apenas aquelas “doentes”, e sim todas as pessoas da diversidade humana, sendo entendidas como todas as pessoas em seus diversos ciclos de vida, culturas, modos de vida, estruturas e classes sociais, estando ou não “doentes”. Logo, a enfermeira de reabilitação deve intervir com cuidados de saúde as mais diversas pessoas com objetivo de maximizar sua autonomia, na tentativa de evitar que se tornem dependentes de outras pessoas ou do sistema de cuidados de saúde. (PORTUGAL, 2011).

A enfermagem de reabilitação pode ser entendida como ciência integradora no processo de reabilitação da pessoa, reabilitação essa que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais, morais, profissionais, materiais e de direito. A reabilitação enquanto processo, tem um conjunto de etapas que abrange os profissionais de saúde, as pessoas cuidadas, familiares, cuidadores, e para atingir seus objetivos é necessária uma abordagem sistêmica de ação continuada, que se mantém com certa regularidade. Pensada dessa maneira, a reabilitação permite o

desenvolvimento de capacidades perdidas possibilitando uma restituição das dimensões psicológicas, físicas e sociais relacionadas aos potenciais anteriores. Ou seja, partindo do passado da pessoa, inclui-se uma promoção e prevenção de saúde como forma de possibilitar um retorno ao seu cotidiano de vida com qualidade e maior propensão a emancipação. (PORTUGAL, 2011; CARRETAS, 2018; SANTOS, 2017).

O cuidado de enfermagem de reabilitação tem, assim, como objetivos centrais, o desenvolvimento de capacidades potenciais da pessoa, o que a leva a maior independência em todas as dimensões humanas e a emancipação através da autonomia e Bem Viver. Esse cuidado de enfermagem de reabilitação voltado as pessoas com um vasto conjunto de necessidades específicas, engloba o cuidado em todos os contextos, objetivando a reinserção social e o exercício da cidadania, sendo essencial ao processo, a adesão e aceitação da pessoa quanto a sua reabilitação, para que assim tome iniciativa e assuma seu papel no desenvolvimento próprio. (PORTUGAL, 2011; CARRETAS, 2018; SANTOS, 2017).

Nesse processo de reabilitação a pessoa cuidada deve atuar para o desenvolvimento de sua independência no autocuidado, e para tal diversos fatores podem contribuir ou agir como barreiras nessa reconstrução da autonomia, sejam esses fatores sociais, culturais ou sistêmicos. A adesão das pessoas aos cuidados de reabilitação também leva em conta sua identidade enquanto pessoa social, e o reconhecimento enquanto pessoa provida de respeito, logo a teoria do reconhecimento social de Honneth (2003) nos ajuda a entender a ideia de auto realização saudável das pessoas em sociedade. (PORTUGAL, 2011; HONNETH, 2003).

Axel Honneth é autor de ideias na área da filosofia e ciências sociais com foco na compreensão das relações de poder, reconhecimento e respeito nas sociedades capitalistas modernas, priorizando o estudo das lutas sociais que se originam em experiências de desrespeito social e ataques à identidade pessoal ou coletiva. O processo de auto realização, em constante transformação, movimenta a autonomia, autoestima e a igualdade, visando a democracia num contexto social de desigualdade, remete assim, ao esforço que faz o sujeito lutar por reconhecimento, elemento esse da dimensão individual e social. As pesquisas de Honneth trazem preocupações com a questão da injustiça social e intencionam mudanças sociais que podem ser aplicadas nas intervenções clínicas e nas abordagens de cuidado, visando a humanização e a integralidade das práticas em saúde. (HONNETH, 2003; WERNET; MELLO, 2017).

Em serviços de saúde que se organizam em especialidades, fragmentando os cuidados, e não focando na integralidade do cuidado e na emancipação das pessoas, remetemos então a Canguilhem (2006) o qual descrevia a saúde como uma norma de autonomia das pessoas

e grupos sociais com relação ao seu meio de vida, sendo que quem tem saúde pode viver e agir no meio social em que evolui, e a doença consiste então numa “anormalidade” da vida que impõe a pessoa outra vida, que obriga a natureza a esforçar-se para obter equilíbrio. Nesse contexto o reconhecimento social e a autonomia nos permitem entender sua necessidade e importância. O reconhecimento de Honneth (2003) fundamentado em suas três esferas, afeto-amor, respeito e estima passa a ser uma experimentação da instituição normativa como forma de enfrentamento da fragilização das pessoas, esforçando-se para desconstruir a vulnerabilidade social que a justifica. (HONNETH, 2003; CANGUILHEM, 2006).

A teoria do reconhecimento de Honneth, centraliza a intersubjetividade e o processo reflexivo para transformar as relações sociais, entre elas o cuidado de enfermagem, que deixam de ser a aplicação prática de cuidados a pessoa, e passam a ser interações intersubjetivas, dinâmicas e necessárias ao cuidado integral. Focando esse cuidado na capacidade de reconhecer as pessoas a quem se cuida como pessoas com possibilidade de serem sujeitos autônomos e emancipados. (HONNETH, 2003; WERNET; MELLO, 2017).

A partir de todos os pressupostos que nos fazem focar em um cuidado de enfermagem de reabilitação propondo a emancipação da pessoa cuidada com vistas no reconhecimento, no Bem Viver e na integralidade do cuidado de enfermagem, procurou-se um modelo teórico de enfermagem que, direcionado ao cuidado de reabilitação, fosse útil ao processo emancipatório. Encontrou-se que a enfermagem de reabilitação, formalmente, tem força de conhecimento nos países do Canadá e Portugal, e por isso foram usados como parâmetro para o que procurasse realizar no nossa país, também foram achados numerosos modelos de enfermagem e teorias de enfermagem e das ciências sociais que servem como fundamento para as enfermeiras de reabilitação no cuidado as pessoas. Os modelos conceituais de incapacidade, tanto o individual, o social e o integrado (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF), são em muito utilizados pela enfermagem de reabilitação no mundo, auxiliados por teorias como do Autocuidado de Orem (1979), da Adaptação de Roy (1991) ou da Consecução de objetivos de King (1981) eles formam uma base teórica que fundamenta o cuidado de reabilitação. Porém, nenhum desses modelos e teorias é focado especificamente no cuidado de enfermagem de reabilitação, e apesar de utilizarem definições da autonomia, autocuidado e bem-estar, nenhum deles foca especificamente na emancipação da pessoa como foco do cuidado de enfermagem. (SCHOELLER *et al.*, 2018; PORTUGAL, 2011; OREM, 2001; KING, 1981; ROY, 2001).

Com objetivo de realizar, de forma teórica, um modelo de cuidado de enfermagem de reabilitação que seja voltado à emancipação da pessoa cuidada, utilizou-se de preceitos apre-

sentados pelos pensadores como a autonomia, esclarecimento, reconhecimento, autocuidado, mas também, definições de quais seriam os cuidados de enfermagem de reabilitação necessários ao cuidado integral de todas as pessoas da diversidade humana na contemporaneidade. E como podemos construir um modelo teórico para o cuidado de enfermagem de reabilitação para emancipação das pessoas? Para responder ao questionamento buscou-se realizar um aprofundamento no conhecimento teórico sobre as bases teóricas de enfermagem, os cuidados de enfermagem de reabilitação e as possibilidades de cuidado para emancipação da pessoa.

1.1 OBJETIVO DA PESQUISA

Construir um modelo teórico de enfermagem de reabilitação para o bem-viver da pessoa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente é importante ressaltar que se escolheu, para a realização nessa revisão de literatura, uma revisão narrativa de literatura, sendo que para tal não se estipulou um período fixo de tempo, nem do tipo de obras ou suas origens. Sendo que para ser possível o desenvolvimento de tal revisão usou-se de textos de enfermagem e áreas da saúde, mas também, e talvez em maior quantidade e aprofundamento, obras de autores da sociologia, história e filosofia, que são importantes para a tentativa de entendimento das temáticas aqui expostas.

A revisão aqui retratada tenta ser mais fiel possível à um fluxo de pensamento que facilite a construção do modelo teórico que é objetivo da tese à que pertence, para tal é orientada pelo guideline elaborado por Fitzpatrick (1983) que objetiva analisar modelos conceituais de enfermagem. Então inicia-se a revisão com atenção especial aos conceitos considerados básicos para a construção de uma teoria de enfermagem, sendo esses conceitos: pessoa; ambiente; saúde, enfermagem; e também, uma análise de componentes internos e externos do modelo proposto. Tendo tais conceitos como base para iniciar uma pesquisa em base de dados da enfermagem e também em toda a extensa literatura ofertada na biblioteca universitária, bem como acervos pessoais de professoras e alunas de enfermagem, foi possível começar uma revisão que compreende tais conceitos de maneira a validar o modelo teórico posteriormente. (FITZPATRICK, 1983).

A revisão de literatura aqui proposta é dividida em partes de igual importância para o alcance do objetivo da tese, sendo que primeiramente se iniciará uma revisão sobre a enfermagem de reabilitação e mais especificamente o trabalho do enfermeiro de reabilitação no cuidado às pessoas, e partindo daí se definirá quem são essas pessoas que para o presente trabalho serão denominadas diversidade, uma proposta advinda de estudiosos da enfermagem de reabilitação no Brasil, e de sociólogos do mundo. Nessa mesma parte inicial se dará também a discussão sobre o ambiente e saúde em que estão integrados os enfermeiros de reabilitação e a diversidade em suas relações, sendo esse caracterizado por ser uma sociedade capitalista contemporânea ocidental, podendo ser caracterizada como sociedade pós-moderna, onde a saúde é parte dessa sociedade atuando como forma de mercado dentro de sistemas classificatórios que são os modelos de saúde, sendo que o modelo de saúde biomédico ainda permanece hegemônico, tendo o modelo social de saúde como uma proposta de mudança de olhar às pessoas dessa diversidade.

Num segundo momento será proposto uma análise sobre os modelos teóricos e as teorias que podem auxiliar no cuidado de enfermagem de reabilitação, e nesse momento, ainda

que superficialmente, far-se-á uma discussão de como a Teoria do Reconhecimento elaborada pelo sociólogo Axel Honneth, pode ser pautada para a realização de práticas de enfermagem de reabilitação. Tal teoria sociológica tem como foco inicial seus pressupostos para o reconhecimento interpessoal pautado em conflitos existentes em todas as relações humanas, para tal uma discussão sobre alguns temas dentro dessa teoria e suas relações com a enfermagem de reabilitação e a saúde serão necessárias, principalmente voltadas as relações de amor, direito e solidariedade elencadas como centrais na teoria. Importante nesse momento foi a relação entre as teorias de enfermagem já existentes e a teoria do reconhecimento, fazendo da mesma uma parte pertencente ao mundo prático de enfermagem de reabilitação, passando de teoria hipotética a uma possível prática aplicada no cuidado de reabilitação da diversidade que necessita de tais cuidados.

O bem-viver vem ser elaborado como conceito num terceiro momento, sendo que para tal foram buscadas ideias de estudos de Honneth, Marx e outros sociólogos, sendo insuficientes as discussões sobre a temática entre estudiosos da saúde e enfermagem, portanto o conceito será um protótipo de conceito que deverá ser melhor explorado ao longo dos anos e por vários outros estudiosos de enfermagem de reabilitação. Também é interessante explorar o desenvolvimento do processo emancipatório como parte integrante dessas relações que norteiam o modelo que será construído, sendo que o processo não é o fim, mas o continuo das relações existentes entre enfermeiros de reabilitação e a diversidade, e que como processo é alimentado pelo reconhecimento entre os atores desse processo, sendo que como resultado há o aumento de emancipação, bem-viver, autonomia, autocuidado.

2.1 ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: HISTÓRIA, COMPETÊNCIAS E DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO

A enfermagem é profissão que tem sua ciência de difícil definição, tida pela história moderna como um saber biomédico e apresentada, desde os tempos de Florence Nightingale, de forma poética como a arte do cuidado, como citado em suas Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é (1859) “ A arte de enfermagem é a mais bela das artes [...] cuidar de doentes é tarefa que sempre coube a mulher e sempre lhe deve caber”. Aprofundando a reflexão sobre o parágrafo acima citado, escrito por Florence nos anos em que o movimento feminista começava a ter repercussão na Europa, e em especial na Inglaterra onde atuava como enfermeira, entende-se a necessidade dela em colocar esse papel estritamente feminino, tendo em vista de a maioria das mulheres não tinham profissões reconhecidas, sendo a enfermagem um

refúgio a muitas delas que podiam cuidar dos “doentes” de forma profissional e não apenas caridosa como o trabalho realizado pelas religiosas da época. (HORTA, 1968; ESPÍRITO SANTO, PORTO, 2006; ANGERAMI; ASSIS CORREIA, 1989).

Ressalta-se também a utilização de termos como “doentes”, termo esse proveniente desse histórico biomédico da enfermagem, que já nos tempos de seu surgimento como profissão com Florence aparece timidamente, já que em sua Teoria Ambientalista ela colocava como objetivo o fornecimento de um ambiente promovedor da saúde envolvendo as questões fisiológicas, sociais e psicológicas, estas relacionadas para estimular uma prática de enfermagem do cuidado para a vida. (ANGERAMI; ASSIS CORREIA, 1989; VAZ, 2007; KIRCHHOF, 2003; HADDAD; SANTOS, 2011).

A ideia da enfermagem como ciência, sendo desenvolvida num campo teórico da saúde, surge no século XX, com a propositiva de manter as pessoas saudáveis, proporcionando assim, conforto, cuidado e proteção dos “doentes” sendo mais importante o “como fazer?” Sendo a execução da técnica mais importante do que o próprio cuidado com o paciente. Nessa época a enfermagem ainda era tida apenas como a profissão que “assistia” os médicos em hospitais, sendo que seu papel era desempenhar os cuidados prescritos por esses profissionais, sem que o trabalho fosse realmente integrado. (OLIVEIRA GOMES *et al.*, 2007; KIRCHHOF, 2003; HADDAD; SANTOS, 2011; ANGELO; FORCELLA; FUKUDA, 1995).

Em sua progressão histórica, e em busca de identificação, a enfermagem passou então desse período onde “assistia” apenas em ambientes hospitalares para um período de construção da profissão de enfermagem através de teorias que tentam fundamentar cientificamente qual o saber próprio da enfermagem. Essa procura por sistematizar os conceitos e saberes da enfermagem vem de uma busca mais profunda pela autonomia profissional da classe da enfermagem, que no Brasil começa a se desenrolar quando Wanda de Aguiar Horta (1974), com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, fundamenta a utilização do processo de enfermagem como instrumento de trabalho, visando o atendimento das necessidades humanas básicas, em busca de equilíbrio. Considera-se que a solidificação da enfermagem enquanto ciência perpassa esse momento de “entender o que se faz” e passa a ser a busca pelo “se entender no que se faz”, sendo a identidade enquanto enfermeiro uma consequência desse processo de construção de teorias para o trabalho de enfermagem. (ANGERAMI; ASSIS CORREIA, 1989; VAZ, 2007; KIRCHHOF, 2003).

A enfermagem como profissão da saúde que busca sempre o cuidado integral e equânime para todas as pessoas, começa a ver a necessidade de cuidar cada vez mais usualmente, e especializada, de pessoas com deficiência. Isso devido as mudanças que ocorrem no mundo,

onde existem cada vez mais pessoas com deficiência, estimando-se mais de um bilhão de pessoas mundialmente, o que também acontece no Brasil, aonde uns números de mais de 45 milhões de pessoas são considerados com alguma deficiência de acordo com o último censo de 2010, o que acaba por corresponder à 23,9% do total da população brasileira. (UNITED NATIONS, 2006; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Decorrente do crescimento exponencial do número de pessoas com deficiência, a enfermagem começa a assistir essas pessoas com intuito de que elas possam retornar ao mercado de trabalho, tornando-se pessoas “úteis” ao sistema capitalista, esse trabalho de habilitação para atuar mesmo com as diferenças inerentes da deficiência é a reabilitação. E esta reabilitação vai além da recuperação física ou psicológica da pessoa com deficiência, é um processo de conquista de autonomia individual, onde cada pessoa conquista pequenas independências para realização de atividades da vida diária. Esse processo é facilitado com auxílio de profissionais da saúde, entre eles a enfermagem, que atua interdisciplinarmente em busca de promover a autonomia da pessoa com deficiência, de sua família e sociedade em que convive. (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2007; MANTOAN, 2017; SANTOS, 2016).

A enfermagem começa a atuar na reabilitação de pessoas com deficiência durante as duas guerras mundiais, onde assistia os soldados feridos, que muitas vezes voltavam para o convívio em suas sociedades com alguma deficiência decorrente desses ferimentos, sendo que o trabalho dessa enfermagem era focado na deficiência física. Desde então a enfermagem de reabilitação é compreendida como a enfermagem que busca “maximizar as habilidades funcionais, a ótima saúde e a adaptação às alterações no estilo de vida”, sendo “um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem o foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida [...] maximizando capacidades”. Tais definições sobre o que vem a ser a enfermagem de reabilitação não são exclusividade de nenhuma área específica de cuidado, sendo que a reabilitação perpassa todos os ciclos vitais e todos os processos de saúde e de doença aos quais as pessoas estão sujeitas, tornando-se uma promotora de mudanças no estilo de vida para melhor interação social da pessoa, da família, do ambiente e das coletividades. (SCHOELLER *et al.*, 2015; VIDAL; PADUA, 2018; KODAMA; SPURAS; PADULA, 2018).

A enfermagem de reabilitação existe enquanto especialização apenas treze países, sendo eles: Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, França, Guatemala, Inglaterra, México, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Rússia, Seychelles e Suíça. Com mais desenvolvimento acadêmico e profissional na área de enfermagem de reabilitação podemos nos ater a dois países que hoje são considerados referências mundiais para a formação de profissionais

especializados no mundo, Portugal e Canadá. Logo, se apresentará como parâmetro para a formulação de uma definição do trabalho de enfermagem de reabilitação, as competências exigidas na formação e atuação de tais profissionais nos dois países citados previamente, pautando a realização de um exemplo mais positivo possível para a formação de profissionais de enfermagem de reabilitação no Brasil. (SCHOELLER *et al.*, 2018).

Em 18 de fevereiro de 2011 o Diário da Republica de Portugal publicou o regulamento nº 125/2011 que tem como finalidade o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, expondo para a reabilitação das pessoas com doenças agudas, crônicas ou com sequelas ser efetiva na melhoria da função, promoção da independência e máxima satisfação pessoal é papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a concepção, implementação e monitorização dos planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (PORTUGAL, 2011, p. 8658).

Apresenta-se, por conseguinte o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em Portugal que deve integrar, junto ao perfil das competências comuns dos enfermeiros, um conjunto de habilidades clínicas visando prover a certificação de tais competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar. Das competências comuns podemos colocá-las como sendo: responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Já as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (PORTUGAL, 2011, p. 8658).

As competências aqui citadas são reforçadas pelo regulamento nº 392/2019, publicado em maio de 2019 no Diário da República de Portugal que novamente regula a especialidade de enfermagem de reabilitação para enfermeiros que devem em seu cuidado às pessoas partir de tais parâmetros estipulados. Na competência “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, apresenta-se a necessidade do enfermeiro identificar as necessidades de intervenção específicas do domínio da enfermagem de reabilitação na diversidade de pessoas que estão impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente, isso devido uma condição de saúde, deficiência, limitação ou restrição de participação, de caráter

permanente ou temporário, visando ao atingir como objetivo a qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade. (PORTUGAL, 2019, p. 13565).

A segunda competência colocada para os enfermeiros de reabilitação “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania” é descrita como a competência de analisar a problemática da deficiência, limitação de atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista a implementação de ações autônomas e interdisciplinares pautadas na realidade social, política e econômica, visando assim, uma consciência social inclusiva. (PORTUGAL, 2019, p. 13565).

E por fim, a terceira competência “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, propõe a interação com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que maximizem as suas capacidades funcionais, permitindo assim, um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, que possibilita a potencialização do rendimento e também, o desenvolvimento pessoal. (PORTUGAL, 2019, p. 13565).

Todas essas competências que se esperam de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem como foco todas as pessoas, em todo o ciclo vital e em suas diferenças, sendo um corpo de conhecimentos e procedimentos que assiste à pessoa, doente ou saudável, na manutenção e promoção da qualidade de vida, auxiliando na restauração da funcionalidade, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades. (SCHOELLER *et al.*, 2018).

É direcionada à pessoa, sua família, ambiente e coletividades, com os objetivos de promover mudanças no estilo de vida, a fim de tornar as pessoas com déficits de funcionalidade e suas famílias, cidadãos com capacidade de contribuir socialmente, interagir e bem viver. (SCHOELLER *et al.*, 2018, p. 07).

Para garantir a atuação de excelência de profissionais enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Portugal, garantindo o cumprimento das competências por essas esperadas, em 2015 o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação em reunião da Ordem de Enfermeiros de Portugal aprovou os parâmetros mínimos para a formação de novos enfermeiros especialista. Nesse documento são detalhadas as capacidades e habilidades necessárias aos enfermeiros que buscam a especialização em enfermagem de reabilitação, deixando claro que para o desenvolvimento das competências necessário o desenvolvimento de conhecimentos, afirmando que a enfermagem de reabilitação apenas se fortalecerá enquanto especialidade, se houver uma boa prática da enfermagem baseada em investigação e evidência. (PORTUGAL, 2015).

A enfermagem de reabilitação no Canadá começa a se fortalecer a partir de 2011 quando a Canadian Nurses Association reúne diversas enfermeiras com experiência em reabilitação, de todo o território do Canadá, e aprova um documento desenvolvido por elas com as competências para a certificação de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação através de um exame conferido e avaliado pelo Rehabilitation Nursing Certification Exam Committee. (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2011).

Para a inscrição em curso preparatório e realização do exame para tornar-se enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, o enfermeiro canadense deve apresentar um histórico de atuação que seja pautado nas competências estabelecidas como mínimas para atuação na enfermagem do Canadá, tais competências são estipuladas pelo Canadian Nurses Association no seu guia de 2015 para prática dos enfermeiros registrados do Canada (Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada), e são: Responsabilidade profissional e prestação de contas; Prática baseada em evidências e conhecimentos; Prática ética; Serviço ao público; e Auto-regulação. (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2015).

A Canadian Nurses Association assume 123 competências para os enfermeiros de reabilitação que são divididas em dezenove categorias que organizam esquematicamente o esperado desses profissionais em sua atuação às pessoas. Essas dezenove categorias são divididas em dois grupos, o primeiro grupo “Padrões funcionais saudáveis, onde entram competências que se relacionam com: Mobilidade; sexualidade; padrões de sono e descanso; percepção sensorial; dor; comunicação; impedimento cognitivo; deglutição e nutrição; eliminação; e integridade da pele. No segundo grupo definido como “Gerenciamento de enfermagem em populações selecionadas de reabilitação” estão as categorias: O cuidado ao cliente com acidente vascular encefálico (ataque cerebral); o cuidado ao cliente com lesão cerebral traumática ou adquirida; o cuidado ao cliente com impedimento musculoesquelético ou ortopédico; o cuidado ao cliente com queimaduras; o cuidado ao cliente com lesão medular; o cuidado ao cliente com câncer; o cuidado ao cliente com outras condições neuromusculares; o cuidado ao cliente com doenças cardiovasculares ou pulmonares; e o cuidado ao cliente com “descondicionamento”. (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2011).

Ainda que se faça necessário posteriormente a discussão aprofundada de todas as competências exigidas aos enfermeiros de reabilitação no Canadá, por hora é importante apenas afirmar que tais competências são derivadas do estudo de algumas premissas visto que definições de cliente, enfermeiro de reabilitação, ambiente e saúde se fazem necessários para assumir competências no cuidado às pessoas. Nesse momento parece relevante apontar que para a Canadian Nurses Association o enfermeiro de reabilitação: trabalha com clientes de qual-

quer idade, em todo o continuum de seus cuidados; estabelece um relacionamento terapêutico com o cliente; colabora com o cliente e a equipe interprofissional para identificar objetivos centrados no cliente; fornece liderança e educação ao cliente e outros membros da equipe interprofissional; defende clientes com o objetivo de resultados efetivos e uso adequado dos recursos disponíveis; trabalha em parceria com o cliente para facilitar o planejamento de descarga / transição apropriado, oportuno e eficaz, começando no momento da admissão; baseia a prática em um código de ética e respeita os padrões de prática provinciais ou territoriais e nacionais; pratica cuidados culturalmente competentes; entende seu papel multidimensional na equipe interprofissional; aplica e divulga um corpo especializado de conhecimento enraizado nas melhores práticas baseadas em evidências; usa medições de resultados e participa de iniciativas de melhoria da qualidade e segurança; busca o crescimento e desenvolvimento profissional, mantendo a competência por meio da educação continuada; incorpora informações sobre os efeitos e resultados de condições de saúde; defende cuidados de saúde econômicos, acessíveis e equitativos. (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2011).

No Brasil, o trabalho de reabilitação da pessoa portadora de limitação física começou a ganhar espaço a partir de 1977 através do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, porém o papel do enfermeiro como agente da reabilitação não aparece na Lei nº 7.498 de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Até o ano de 2019 a especialização de enfermagem de reabilitação inexistia no Brasil, e não existem, atuando no território nacional, enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação. (SCHOELLER *et al.*, 2018; BRASIL, 1986).

Este fato torna-se ainda mais significativo quando pensamos que para formação de enfermeiros no Brasil seguem-se as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCNs), onde aponta-se que o perfil do enfermeiro bacharel de formação generalista crítico e reflexivo como um profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Também nas DCNs (2001) e na Resolução nº 573 de 2018, coloca-se claramente que um dos princípios da formação dos enfermeiros é a “promoção da saúde, da qualidade de vida, do bem-estar, da prevenção, da recuperação, da redução de danos e a reabilitação como estratégia de atenção e cuidado em saúde”, dado que a reabilitação aparece claramente como um dos focos de atuação dos futuros enfermeiros. (BRASIL, 2018, p. 38; BRASIL, 2001, p. 37).

§1º - O cuidado profissional em enfermagem é uma das dimensões do cuidado humano, que se realiza em ato no processo de trabalho em enfermagem, no qual os trabalhadores operam saberes e múltiplos instrumentos com a finalidade de promover a saúde, prevenir e diagnosticar doenças, promover saúde, reabilitar, reduzir agravos, recuperar e/ou manter a saúde de pessoas, grupos sociais (famílias, outros) ou coletividades. (BRASIL, 2018, p. 38).

Ainda que, em 2012, o Ministério da Saúde do Brasil tenha por meio da Portaria nº835 instituído incentivos à Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, e tenha acrescido o profissional enfermeiro como parte integrante da equipe mínima de cuidado, não houve surgimento de propostas para que a enfermagem de reabilitação enquanto especialidade da enfermagem no Brasil passe a ser reconhecida. A atuação dos enfermeiros brasileiros na reabilitação de todas as pessoas que necessitam é ainda norteada pela assistência direta que gera dados importantes sobre a relevância desses cuidados, esse enfermeiro apresenta competência técnica e atitudinal oriundos de sua prática e de conhecimentos acadêmicos, sendo que, mesmo sem especialidade em enfermagem de reabilitação, implementa assistência de qualidade às pessoas mais diversas em todo seu ciclo de vida, e que apresentam incapacidades para a vida cotidiana, sejam elas internadas em hospitais, atendidas em unidades básicas de saúde ou em cuidados domiciliares. (MANCUSSI *et al.*, 2006; BRASIL, 2012).

2.2 AS PESSOAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO: A DIVERSIDADE CUIDADA POR ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

A possibilidade de analisar, e talvez discutir, quais os atores envolvidos no processo de cuidado do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação passa do estágio da elaboração de um enfermeiro de reabilitação “ideal” para a construção de uma ideia de quem seriam as pessoas sujeitas ao cuidado de tais enfermeiros. E para isso é necessário recorrer a estudos antropológicos que nos ajudam a entender quem são essas pessoas em sua diversidade.

A diversidade cultural, ou diversidade humana, é produto de estudos que surgiram através de análises realizadas nas populações ao redor do mundo, e são mais claramente estudadas por Darwin, quando esse publica em 1871 seu livro *A descendência do homem e a seleção sexual*, abre espaço para a etnologia ou antropologia cultural como ciência do homem. Porém as convicções que surgiram dessa e outras publicações ao longo do século XIX tem como ideia central que a civilização ocidental seria o ápice da história universal e todos os outros povos do mundo seriam destroços de fases anteriores, dado que, para tais pensadores o

evolucionismo cultural teria três períodos distintos, a selvageria, a barbárie e a civilização. (DARWIN,1974; PICQ, 2016).

Pode-se então perceber a arrogância nos homens ocidentais ao se afirmarem como superiores, ocorrendo que apenas o que diferem os homens em suas diferentes populações no mundo são alguns genes e as línguas que falam. Essa concepção malévola ocidental de que os “outros” povos são “primitivos” não os permitiu adentrar em tais culturas, criando barreiras para o entendimento dessas sociedades humanas em sua diversidade. Diversidade essa que, enquanto diversidade cultural, provêm “dos meios nos quais essas populações viveram ou para onde migraram”. (FOSSIER, 2006; PICQ, 2016).

Tais concepções “evolucionistas” que surgiram com Darwin, orientaram a ideia de que o homem europeu, branco, triunfou sobre enquanto civilização, os colocando hierarquicamente no topo da sociedade humana, sendo esse homem o “centro de tudo” e no alto da evolução. A ideia da supremacia do homem ocidental fez-se útil a todas as formas de exclusão em relação a outras espécies de mulheres e homens do mundo, gerando o racismo e o fundamentalismo, que nos tornou incapazes de compreender a diversidade humana. Darwin tenta então mudar tais convicções quando coloca que quaisquer diferenças, variações de características genéticas e capacidades cognitivas, sejam fisiológicas, morfológicas, comportamentais, sexuais ou sociais, são decorrências de mudanças do meio ambiente, e são origens de novas adaptações ou de uma possível extinção. Isso porquê o mundo muda a todo momento, nos forçando a inserção social das diversidades, em suas culturas e experiências humanas, facilitando assim, a compreensão de que todas as populações humanas participam da mesma humanidade. (DARWIN,1974; PICQ, 2016).

E não devemos encarar tais percepções de superioridade do homem ocidental como algo não plausível no mundo moderno, em 1945 a UNESCO em uma carta, expressou a vontade de desenvolver uma educação universal que era concebida em ideais do humanismo europeu e de sua noção de progresso, o que mostrava claramente a sua não preocupação com as diferenças culturais. Apenas em 1952 na publicação intitulada Raça e História, que Claude Lévi-Strauss tenta entender a complexidade das culturas segundo seus valores próprios, afirmando que a diversidade “é um fato universal e faz parte da especificidade do homem”. Isso culminou em uma transformação paradigmática a partir dos anos 1970, onde novas cartas e convenções buscaram preservar os direitos de todos os povos, possibilitando assim, o acondicionamento do patrimônio cultural não material. Assim, os povos que num primeiro momento eram considerados inferiores, e deveriam por isso se adaptar a sociedade “moderna”, começam a ser assimilados, e mais, podem agora decidir sobre seu próprio futuro. (LÉVI-

STRAUSS, 1952; PICQ, 2016).

Condicionando o termo diversidade com o tempo histórico, e mais, com o sistema social e econômico dominantes nos períodos históricos, podemos colocar que a primeira revolução industrial, marcada pelo desenvolvimento de máquinas movidas por forças naturais (como moinhos movidos pela água ou por animais) e pela exploração de novos recursos de energia (como vapor e carvão), foi muito forte dos países do Norte até o século XVII, período em que Darwin defendeu a ideia central da adaptação. Essa adaptação é a ideia de que os indivíduos enquanto espécies se adaptam, e não se transformam, sendo que a adaptação é consequência da seleção de indivíduos preexistentes de uma diversidade, onde alguns parecem mais adaptados que outros às circunstâncias anteriores. (DARWIN, 1974; PICQ, 2016).

Já com a chegada de uma segunda revolução industrial, onde agora o petróleo e a eletricidade parecem centrais para a distribuição de pessoas diversas por locais onde antes elas não tinham acesso, houve ainda maior crescimento demográfico e também a poluição do mundo acontecendo em escala muito maior. Podemos também dizer que essa segunda revolução é baseada num modelo onde o consumo é foco central da nova e mais diversa “humanidade”, sendo que o único critério medidor do sucesso é a concentração de bens de consumo. E podemos pensar então numa terceira revolução industrial, essa a qual estamos lentamente entrando, uma revolução apoiada nas novas tecnologias da informação e comunicação, na qual há uma mudança do olhar ecológico e o crescimento de energias renováveis, onde espera-se um maior entendimento sobre as diversidades humanas que agora coexistem em todos os ambientes do planeta. (PICQ, 2016; BAUMAN, 1998).

E se nos encaminhamos, enquanto sociedade, para uma sociedade mais inclusiva e menos excludente, porquê o discurso da normatividade ainda parece tão presente nas políticas de saúde, educação, economia, gênero, deficiência, sexualidade e ações afirmativas? Talvez a mudança de olhar seja realmente lenta e ainda sofra muita resistência das lideranças conservadoras mundiais, sendo que apenas nos anos 90 surge o discurso difundido, e defendido pelas populações, da diversidade humana. Sendo que nesse período a diversidade ainda é definida genericamente como “tudo que enfatiza raça, etnia e gênero”, aparecendo apenas mais próximos aos anos 2000 a ideia de diversidade mais ampla, e com maior complexidade, incluindo a todos os diversos indivíduos, estendendo-se as diferenças e unicidades de raça, gênero, idade, sexualidade, religião, cultura, origem geográfica, nível de formação educacional, classe social, deficiência, entre outras. (CANGUILHEM, 2006; GALEÃO-SILVA; ALVES, 2002).

A identidade da pessoa é formada por diversos fatores que criam a noção de “quem somos” e a nossa relação com os outros indivíduos da diversidade social a qual estamos inse-

ridos. Essas relações entre as pessoas e com a sociedade são dialéticas e possuem dois aspectos distintos, sendo o primeiro aspecto o das características pessoais as quais temos mais controle, e o segundo as características sociais que incluem classe, gênero, sexualidade e etnia, e sobre estas temos menos controle. Tais características sociais podem ser discutidas enquanto “construções sociais”, entendidas como algo que a nós parece “normal” ou natural, mas que na realidade são resultados de processos sociais, históricos e culturais. A estigmatização e o preconceito das pessoas por circunstâncias identitárias, sejam essas controláveis ou não, como no caso de doenças e deficiências, desconsidera que todos somos diferentes e que não vivemos isolados em sociedade, forçando pessoas diversas a adaptarem-se no que acreditam ser o “normal”, para assim, serem aceitos. (JENKINS, 1994; GOFFMAN, 1982).

A diversidade aparece como foco do trabalho de enfermagem e principalmente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação quando é colocado como definição desse profissional como sendo responsável por conhecimentos e procedimentos que assiste à pessoa em todos os ciclos de vida, seja essa considerada doente ou saudável, para manutenção e promoção da qualidade de vida. (SCHOELLER *et al.*, 2018). Dessa maneira podemos considerar que as mais diversas pessoas, com as mais diversas etnias, gêneros, sexualidades, idades, classes sociais, famílias, entre outros, estão inclusas no processo de reabilitação, sendo o enfermeiro também parte da mesma diversidade. Mas como surgiu a discussão de diversidade na enfermagem de reabilitação? Isso provavelmente ocorreu devido a história de reabilitação ter sido construída entorno da história das pessoas com deficiência, e da exclusão social que as mesmas sofreram e ainda sofrem, tentemos então analisar a história da deficiência como história da enfermagem de reabilitação.

A deficiência surgiu como tema de estudos na sociedade ocidental, não só da enfermagem, mas de toda área médica, apenas na modernidade, tendo em vista de os deficientes inexistiam antes do modelo biomédico os defini-los como tal. Na antiguidade (XII - VII a.C.), a Grécia tinha um sistema de valorização da beleza e capacidade física que era atrelada às necessidades de sobrevivência da população. Logo, a deficiência era compreendida como uma “invalidade”, sendo “os inválidos” tidos como sujeitos socialmente inúteis, um fardo para família e sociedade, e sem valor profissional para contribuir na agricultura ou na guerra, legitimando a perseguição, abandono e eliminação dessas pessoas do convívio social. (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2007; GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013; MIRANDA, 2004; GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Com a chegada da Idade Média (séculos IV – XIV d.C.) o cristianismo teve seu período de maior influência na sociedade, sendo a igreja católica a maior responsável pela educa-

ção e normativas socialmente impostas. Durante esse momento da história apesar de todos serem considerados igualmente possuidores de alma, e diferentes apenas quanto à classe social, a superstição era imposta às pessoas para as classificar, sendo que pessoas com deficiência eram consideradas passíveis de “possessão demoníaca”, ou reconhecidos como uma “encarnação do mal”, os colocando como sujeitos, insignificantes no contexto social, considerados por algumas vezes como suscetíveis à caridade da igreja, e outras vezes sendo torturados e mortos pela inquisição. Nesse mesmo período de tempo as pessoas com deficiência que passaram a ser acolhidas caritativamente pelas igrejas, eram abrigadas em conventos e trabalhavam nas instituições em troca de itens como moradia e alimentação, o que depois, no século XII, fez surgir as primeiras instituições que serviam exclusivamente para abrigar as pessoas com deficiência, que nesse momento eram considerados os “desprotegidos, infelizes e doentes de toda espécie”. (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013; MIRANDA, 2004; GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

A partir do século XIV, quando ocorre a transição do feudalismo para o capitalismo, e são alteradas percepções econômicas, filosóficas e científicas, havendo agora uma nova divisão social do trabalho entre os donos dos meios de produção e os operários. Ocorre também nesse período, o desenvolvimento da medicina sucedendo uma mudança da concepção de deficiência do espectro espiritual e religioso para o seu entendimento como manifestação da doença, ficando a cargo dos médicos o seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. O corpo humano passa a ser visto de forma mecânica, como uma “máquina”, e nessa noção a deficiência passa a ser a “disfunção das peças”, infortúnio esse que é produto da natureza e atributo do indivíduo “acometido”. As pessoas com deficiência viraram, do ponto de vista econômico e político da época, improdutivas, ocorrendo a sua privação do convívio social, com a institucionalização em asilos e conventos que funcionavam como um depósito de pessoas que não se adaptavam socialmente, e com o decorrer do tempo evoluíram para locais onde os “doentes” eram internados para a realização de tratamento, como os hospitais. (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013; MIRANDA, 2004; GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Na passagem do século XIX para o século XX, as discussões sobre eugenia florescem na Europa, impulsionada por pensadores positivistas e darwinistas que afirmavam que a deficiência era fruto de uma incapacidade de “espíritos e corpos inferiores”. Em uma sociedade moderna que busca a “normatização” dos seus indivíduos, vê-se o monopólio médico na determinação de quem é “incapacitado”, devido herança genética ou fatalismo biológico, e quando classificados os “incapacitados”, permitiam-se ideias extremas como a possibilidade de eliminação desses indivíduos. Então já não se vê a pessoa com deficiência como vítima de

poderes sobrenaturais ou ira divina, mas sim os categoriza em patologias médicas, sendo agora “doentes”, ou seja, “outlinners” do “normal” imposto pela medicina. (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013; MIRANDA, 2004; GAUDENZI; ORTEGA, 2016; CANGUILHEM, 2006).

Ainda nesse período surgem no mundo inteiro instituições especializadas no atendimento de pessoas com deficiência, que a princípio são destinadas a reabilitação física desses indivíduos os capacitando para o trabalho, por um lado pela responsabilidade pública perante as necessidades dessas pessoas, por outro lado pela necessidade cada vez maior de mão de obra para suprir a produção do sistema capitalista vigente. Designados nesse período como “deficientes”, as pessoas com deficiência, física, mental e sensorial eram compreendidos em sua diferença na execução de funções básicas de vida, o que passou a ser bem compreendido socialmente. A partir das décadas de 1960 e 1970 acontecem modificações importantes no conceito de deficiência, bem como transformações nas relações com essas pessoas em sociedade, isso deve-se aos movimentos de luta pela defesa dos direitos humanos e civis das pessoas com deficiência que se fortalecem, e estabelecem, nesse período, esses movimentos visavam a integração dessas pessoas com deficiência na sociedade, garantindo seus direitos e buscando incentivar sua autonomia. Tais movimentos foram de extrema importância no contexto mundial quando se entende que as próprias pessoas com deficiência atuaram em sua organização, realizando reivindicações que condiziam com o que experienciavam como exclusão. (MANTOAN, 2017, CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2007; GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2013; MIRANDA, 2004; GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Nesse mesmo período, no Brasil, a deficiência ainda era interpretada majoritariamente como um “desvio” da norma imposta pela sociedade, e começavam a precipitar ações para minimização dos “desvios” e a integração dos indivíduos nas atividades sociais, do trabalho e da educação, sendo o foco ainda na “normalidade” do indivíduo. (SANTOS, 2016; COSTA *et al.*, 2016).

Desde o começo dos anos 1980 até atualmente, os movimentos mundiais de pessoas com deficiência, incluindo os do Brasil, o termo utilizado é o que parece mais apropriado, pessoa com deficiência, sendo que a Organização das Nações Unidas (ONU), em sua Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência (2004), promove o discurso de que a deficiência não deve ser camuflada e deve ser mostrada sempre com dignidade, e que as diferenças decorrentes da deficiência devem ser valorizadas, sendo promovida a igualdade entre todas as pessoas em suas diferenças. (SANTOS, 2016; COSTA *et al.*, 2016).

Podemos apresentar historicamente, como posto anteriormente, a evolução da ideia de pessoa com deficiência em três fases denominadas revoluções industriais, aonde a primeira revolução industrial, aquela marcada pela utilização do movimento da natureza, é marcada pela não exclusão sistemática da pessoa com deficiência. Nesse período a população era em sua maioria de origem rural e artesanal e as pessoas com deficiência tinham mais controle de suas vidas, pois trabalhavam em atividades domésticas ou de menor complexidade, sendo considerados contribuintes do processo de produção da riqueza social. Não se pode desconsiderar que a vida dessas pessoas era difícil, mas não mais difícil que a de todos, e suas diferenças físicas ou biológicas não traziam uma desigualdade maior. Porém com o início da segunda revolução industrial, marcada pela burguesia e evolução das máquinas, houve grande migração do campo para a cidade e a imposição da produção material, então nesse momento os laços comunais se esfacelaram e houve uma “desfiliação” social das pessoas com deficiência, sendo que em sua maioria os ditos aleijados passaram a ser tutelados pela igreja e a praticarem a mendicância como meio de subsistência. Elevou-se então a importância do físico “padrão” e a ideia de um trabalhador médio que passou a ser critério fundamental para a obtenção de emprego e renda. A partir do surgimento da ideia de passividade, ou a vitimização, dessas pessoas ocorreu o surgimento dos asilos, manicômios e abrigos, sendo a deficiência relacionada a dependência. (PICCOLO, 2015; FINKELSTEIN, 2001; FINKELSTEIN, 2007).

No momento histórico atual, a terceira revolução industrial ou tecnológica, ainda restam resquícios da ideia de dependência relacionada às pessoas com deficiência, porém agora entende-se, ou se busca entender, que a sociedade desabilita as pessoas, A aceleração do desenvolvimento tecnológico consegue agora acomodar as diferenças, dado que as limitações físicas ou dificuldade de atingir certos espaços já não fazem tanta diferença, sendo possível o trabalho mediante redes conectadas por sistemas informatizados, o que permite as pessoas diversas a trabalhar de suas próprias casas. Assim, o processo de exclusão passa a ser entendido como uma falta de sintonia entre a sociedade e o desenvolvimento histórico. Hoje caminha-se para a compreensão de que todas as pessoas são portadores de alguma restrição, mas que tal restrição não deve ser vista como limitação ou incapacidade, sendo que a “normalidade” é que deve ser questionada quando pensamos em nossos processos emancipatórios. (PICCOLO, 2015; FINKELSTEIN, 2001; FINKELSTEIN, 2007).

O cuidado de enfermagem, apesar de imerso no modelo biomédico de saúde, sempre buscou maneiras de incluir as pessoas, em suas diversidades, no processo de saúde, a exemplo da implementação de diversas políticas públicas de saúde que tiveram origem de trabalhos de enfermagem com mulheres, pessoas em situação de rua, povos indígenas, e com pessoas defi-

cientes. Também podemos citar a imensa quantidade de estudos, pesquisas e aplicações de novas tecnologias no trabalho de enfermagem, e no trabalho de enfermagem de reabilitação, o que cada vez mais busca a inclusão de pessoas com deficiência, ou das mais diversas pessoas, no seu próprio processo emancipatório, considerando que a qualidade de vida e o bem viver podem ser elaborados a partir de uma ideia mais autônoma do que é saúde. (SILVA *et al.*, 2019; COUTO; CALDAS; CASTRO, 2018).

2.3 MODERNIDADE, PÓS-MODERNIDADE E SAÚDE

A pessoa que vive em nossa sociedade moderna (ou pós-moderna, dependendo da vertente sociológica e filosófica) tem uma experiência de vida acelerada e cheia de incertezas, que está em constante transformação. Essa rapidez, e quantidade imensa de estímulos, é entendida de duas maneiras mais evidentes, como uma fluidez que nos permite experimentar todo mundo em transformação, ou, como algo avassalador que não possibilita a vivência de tudo gerando assim ansiedade. (BAUMAN, 1998; BAUMAN, 2007).

A experiência humana na sociedade capitalista, moderna, foi descrita por Bauman (tempos líquidos) como se estivéssemos vivendo em tempos “líquidos”, sendo isso relacionado a globalização da sociedade que não tem mais forma definida, onde pessoas, produtos e crenças culturais transitam livremente, originando novas ideias e experiências. Essa “liquidez” do mundo parece ser, à nova geração de jovens, algo comum ou a vida “normal”, sendo cotidiana esse fluxo de pessoas e conhecimentos globais, porém, há trinta anos os estilos de vida eram muito mais fixos, e a vida social mais previsível e ordenada. Nesse período a identidade das pessoas era atrelada a seus trabalhos, sua classe social e as comunidades as quais pertencia, chamamos esse momento de “modernidade pesada”. (BAUMAN, 1998; BAUMAN, 2007).

A transição da “modernidade pesada” para a “liquida” é identificada por Bauman (1998) pela ascensão da internet e redes sociais digitais, pelo poder econômico e político de corporações transnacionais, e pelas viagens aéreas mais acessíveis e com baixo custo. Assim, tudo fixo e sólido passa a ser mutável e fluido, onde pode-se facilmente comprar a identidade que quiser, onde relacionamentos humanos são mais fáceis de se realizar, porém mais fugazes, onde vivemos em constante incerteza e com níveis crescentes de risco. (BAUMAN, 1998).

A ascensão da internet realmente mudou o mundo, entramos em uma era de informação em escala mundial. A informação digital tornou-se o foco principal das “sociedades em

rede”, não sendo mais apenas os bens de consumo definidores da identidade social. A internet e suas novas tecnologias estão gerando cada vez mais mudanças sociais e culturais, dado que se aumenta a conectividade entre as pessoas e lugares do mundo todo, oferecendo na internet um espaço virtual para que possam ser quem quiserem e se conectar com quem quiserem. (CASTELLS, 2002).

A ideia de que vivemos em uma sociedade pós-moderna vem da ideia de Bauman (1998) que vivemos em uma era de tribos e tribalismo, sendo que o tribalismo faz ressurgir a ideia de comunidade e no sentimento de “pertencer”. A internet contribuiu e muito, para a solidariedade social e a identidade coletiva, sendo que com o surgimento das comunidades virtuais as pessoas sentem-se mais livres para expressar o que antes parecia impossível, principalmente para quem era marginalizado por sua identidade. A identidade virtual escolhida para mostrar, com um conjunto de detalhes, “quem e o que você é”, nem sempre condiz com a “vida real”, mas pode ser um estágio inicial para a pessoa interagir socialmente. (BAUMAN, 1998; LUPTON, 2015).

Quanto a identidade que construímos enquanto indivíduos em sociedade, é importante pensar que é a forma como nos vemos e também como os outros nos vem, e no passado tal identidade era definida por fatores familiares ou pelo lugar na sociedade que a pessoa ocupava, sendo influenciada por vezes pela religião, com seus valores morais, ideais e atitudes, que de certa forma auxiliavam na formação da autoimagem. Isso começou a mudar no século XX, já na sociedade moderna, com a ascensão do consumismo, onde as pessoas têm um papel cada vez mais ativo na construção de sua auto identidade, dado que o individualismo é constitutivo do ser humano moderno. Já no século XXI passamos cada vez mais tempo consumindo e comprando coisas que nos diferenciam enquanto indivíduo, e a construção da nossa autoimagem passa a ser muito útil na maneira como somos compreendidos pela sociedade. (JENKINS, 1994; MILLER, 2009; CAMPBELL, 2001).

Nessa sociedade moderna as pessoas definem sua cultura por influência direta de sua “tribo”, ou comunidade, e dos padrões sociais da sociedade em que se insere. A ideia é que o “habitus” molda nossa maneira de pensar e agir, sem repararmos, fazendo parecer “natural” que gostemos de certas atividades, estilos e não gostemos de outros. Podemos pensar também que tais “gostos” culturais são influenciados por outros fatores como por exemplo a classe social, assim pessoas de determinada classe tem preferencias culturais que parecem mais similares do que de pessoas de outras classes. Logo, o desenho que expressa nossa auto identidade não pode ser visto como algo totalmente individual, mas sim calcados em tendências determinadas pela classe social, gênero, sexualidade, etnia, origem, entre outros, que podem afetar as

expressões mais íntimas de nossa natureza, e então, não somos tão conscientes assim de nossas escolhas, importando muito, os padrões sociais e culturais a que estamos imersos. (BAUMAN, 1998; BOURDIEU, 2007).

Uma das influências sociais mais comuns é a incessável busca por pureza, higiene e saúde. Nessa busca os seres humanos da nossa sociedade travam uma luta contra a “sujeira”, e tal luta tem modelos de pureza como padrões sociais a serem conservados, mas que mudam de uma época para outra, e de uma cultura para outra. Nossa identidade enquanto pessoas sociais também segue padrões, sendo que tais padrões são capazes de nos manter em uma busca constante, e esperançosa, de sermos indivíduos “normais”. (BAUMAN, 1998).

Como podemos então falar de saúde em uma sociedade em que todos buscam sua identidade a partir de padrões pré-determinados do que deve ou não ser “normal”? Em 1897 o sociólogo Émile Durkheim, em seu livro “O suicídio”, começa reflexões que nos ajudam a tentar entender os conceitos que definem “anormalidade” como a ideia que algumas pessoas estão “à deriva” em relação ao resto da sociedade, ou alheias à ela. Também, nos é colocado uma ideia de “desvio” como algo dependente do contexto social, sendo que a pessoa “desviante” não está de acordo com a “normalidade” imposta por determinado grupo social. Já quanto a doença, e as pessoas “doentes”, nos é colocado por Parsons (2003), em 1951 como algo que gera quatro expectativas sobre a pessoa, sendo expectativas sociais que definem seu convívio em sociedade e, por vezes, a coloca em posição de isolamento social: “ser isento dos deveres cotidianos; não ser responsável por estar doente; querer melhorar; e, buscar ajuda e cooperar na tentativa de melhorar”. (DURKHEIM, 2004; PARSONS, 2013).

As “anormalidades” e doenças também tem caráter histórico, por exemplo em nossa sociedade moderna temos o fenômeno da “medicalização”, e vemos que com isso, vários problemas cotidianos, antes considerados “normais”, passam a ser assunto da alçada médica, como o caso a timidez, antes traço da personalidade a agora algo que requer medicação. (SCOTT, 2007).

A definição de saúde é mais complexa de se pensar, uma vez que desde os tempos mais antigos ela é exposta como o espectro diametricamente oposto ao da doença, essa por vez com definição mais formal desde a antiguidade. (PALMEIRA; GEWEHR, 2018). O entendimento da saúde como conceito normativo é colocado em 1966 por Canguilhem (2006), como uma estrutura ou comportamento orgânico “ideal”, sendo tido como uma “certa disposição” e reação de um organismo individual às doenças possíveis, considerando então que a pessoa com “boa” saúde pode “cair doente” e se recuperar. (PALMEIRA; GEWEHR, 2018; COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999). Essa caracterização da saúde como “ausência de doen-

ça”, é trazido por Canguilhem para discutir a necessidade de um entendimento mais aprofundado e integral da saúde enquanto processo, isso já aparece mais delineado na definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que coloca saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Esta inclusão do psicológico e social da pessoa ao conceito de saúde desconstrói a ideia de que saúde se conecta apenas ao físico, como um estado em que o indivíduo “não sofre”, exatamente pela inclusão de fatores que podem ser causadores de sofrimento mesmo sem aparente desequilíbrio fisio-anatomo-patológico. (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017; CANGUILHEM, 2006).

Quando Camguilhem (2006) nos apresenta as ideias, principalmente positivistas, sobre o que é doença, ele expõe ideias através de estudos de cientistas da saúde (Comte, Broussais, Bernard) que, a sua época, definiam doença como uma “perturbação” à conservação da saúde, que a doença tem uma correspondente normal, sendo ela sua expressão “perturbada, exagerada, diminuída ou anulada”. (CANGUILHEM, 2006). Fisiologicamente é simples compreender a doença como o excesso ou a falta de excitação, ou incitação, dos tecidos constituintes do corpo humano, fugindo estatisticamente do que seria considerado um corpo “normal”, e para sua cura é necessário terapêutica que tenha o princípio do retorno do corpo às propriedades naturais; mas outro cientista (Leriche) aponta uma fato que, apesar de óbvio, é muitas vezes abstraído quando se estipula o que é doença, o fato de que “não há doença sem um doente”.(COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999; NEVES; PORCARO; CURVO, 2017; CANGUILHEM, 2006).

O indivíduo “doente” é aquele que necessita de tratamento para adaptar-se à norma, porém a doença pode ser considerada também uma norma, segundo Canguilhem, uma norma inferior, um período de privação, regressão e reformulação até alcançar a cura, que seria a adaptação final do indivíduo a vida “normal”. (PALMEIRA; GEWEHR, 2018; CANGUILHEM, 2006).

Nesse contexto o modelo Biomédico ganha grande força e torna-se o modelo de saúde hegemônico no que se trata dos serviços para saúde. Esse modelo de saúde é associado à publicação do Relatório Flexner, em 1910 nos Estados Unidos, e surge como referência devido seus benefícios, como a promoção do alívio da dor e o tratamento medicamentoso de diversas doenças. (ANGERAMI; ASSIS CORREIA, 1989; OLIVEIRA GOMES *et al.*, 2007). Por mais que tenhamos diversas maneiras para interpretar o corpo humano, e a saúde enquanto conceito biológico, é o saber médico ocidental, racional, cartesiano e disciplinador que irá conferir legitimidade a tal corpo, e a tal conceito de saúde. A medicina que “ordena, prescre-

ve, certifica”, ela dá esperanças no sentido da cura, mas também é ameaçadora, e provoca angústia. (PICOLLO, 2015; LAPLANTINE, 2004, p. 237).

Esse modelo biomédico de saúde passa a ser questionado em meados dos anos 1970, quando sociólogos e diversos profissionais da saúde começam a entender que a saúde é afetada por mais variáveis do que as que podemos controlar, como atividade física, alimentação e fumo, sendo que nossa saúde também tem interferência do grupo social ao qual pertencemos. Examinando tendências e padrões de saúde, encontramos diferenças entre as diferentes sociedades, e até mesmo entre os grupos sociais de uma mesma, por exemplo em países com maior desigualdade econômica e social as pessoas tendem a ter “menos saúde” do que em países mais igualitários. Também, dentro de uma mesma sociedade a incidência de doenças a expectativa de vida é determinada pela escala social à qual a pessoa pertence, quando em posição mais inferior na escala social tende-se a pior saúde. Logo, a saúde não depende apenas de escolhas de alimentação e hábitos saudáveis, a questão envolve também o controle para se poder fazer escolhas que nos levem ao bem-viver, já que nem todos tem o acesso aos recursos necessários, dado que isso não se trata apenas de dinheiro, mas de uma sociedade com segurança, educação e saúde mais igualitários a todos. (YUILL; THORPE, 2019; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como tal modelo biomédico enfatiza ações curativas e em tratamentos específicos a doenças catalogadas, primordialmente em ambiente hospitalar e distante de importar-se com os aspectos éticos, sociais, culturais, dos seres humanos envolvidos no processo saúde-doença, sendo todos tratados como parte de uma amostra quantitativa, não como pessoas autônomas, foram necessários grandes movimentos sociais para a mudança desse paradigma, ou tentativa de mudança. (FERTONANI *et al.*, 2015; SILVA BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010; SALVIANO *et al.*, 2016).

Nesse período, dos anos 1970 e 1980, os movimentos sociais começaram a tomar força e forma no Brasil, impulsionado pela Reforma Sanitária e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que fortalecia a busca de um atendimento mais equânime e integral da saúde de todos (FERTONANI *et al.*, 2015; KIRCHHOF, 2003). Surgiram então, novos modelos de saúde mais centrado das individualidades de cada pessoa, aos quais a enfermagem aparece como protagonista de execução, numa tentativa de promover um cuidado e assistência mais humanista, crítica e reflexivo. O modelo de cuidado de saúde biopsicossocial, proposto por Engel em 1978, aparece como uma tentativa de suprir a necessidade de saúde das mais diversas pessoas convivendo socialmente, além dos quesitos biológicos que antes eram os únicos a serem considerados, e incorporando fatores como os psicológicos e os sociais na assis-

tência à saúde. (SILVA BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010; SALVIANO *et al.*, 2016).

Buscando uma alternativa ao modelo de saúde vigente no mundo ocidental, a Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em uma tentativa de implementar um modelo que aborde os fatores biológicos, psicológicos e sociais em um mesmo grau de relevância, e com uma linguagem acessível a todos (SILVA BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010; CASTANELA *et al.*, 2018). A CIF se constitui de uma perspectiva universal sobre o cuidado em saúde, e se relaciona não somente à parte fisiológica, patológica ou psicológica da saúde do indivíduo, considera também a influência de fatores externos que podem agir na saúde, como o ambiente em que convive, atitudes e comportamentos adotados pelo indivíduo e pela sociedade a que está inscrito, a adoção de políticas públicas e sociais pelo governo, o processo de trabalho em que está inserido. Sendo assim, a CIF pode ser considerada uma ferramenta capaz de avaliar aspectos importantes da saúde da pessoa, promovendo uma linguagem unificada que integre os profissionais da saúde, os orientando ao raciocínio clínico centrado na pessoa e não na doença. (CASTANELA *et al.*, 2018).

O modelo biomédico, mesmo com o surgimento de diversas alternativas viáveis, ainda permanece como o modelo de saúde hegemônico, nos países ocidentais, isso principalmente devido a sua efetividade no processo de cura e tratamentos para doenças, sendo que o foco desse modelo não é a saúde do indivíduo, e sim a doença em que o indivíduo está classificado (SILVA BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010; OLIVEIRAS GOMES *et al.*, 2007). No Quadro 1 que segue, apresentam-se algumas das diferenças mais marcantes entre os modelos de saúde biomédico e social, sendo que seria necessária melhor análise de ambos para propor então um que fosse mais efetivo no que se trata de lidar com a pessoa em sua individualidade e diversidade, talvez pegando o que melhor cada um pode nos apresentar.

Quadro 1 - Algumas diferenças entre o modelo biomédico de saúde e o modelo social de saúde.

Modelo Biomédico	Modelo Social
Teoria da tragédia pessoal	Teoria da opressão social
Problema individual	Problema social
Tratamento individual	Ação social
Medicalização	Autoajuda
Domínio profissional	Responsabilidade individual e coletiva
Especialista	Experiência
Identidade individual	Identidade coletiva
Prejuízo/desvantagem	Discriminação
Cuidado	Direito
Controle/colonização	Voz (falar por si próprio)
Política	Mudança social

Fonte: OLIVER, 1995.

Uma questão que faz toda a diferença quando se pensa, pelo menos em assistência da enfermagem, é a orientação sobre “o que se cuida? ”, pois a abordagem é diferente se o foco do cuidado é na pessoa ou da doença da pessoa, logo torna-se importante buscar mais profundamente definições sobre o que é doença, e o que é saúde, de como se relacionam entre si, e de como a enfermagem está relacionada com a saúde e a doença. (SILVA BAMPI; GUI- LHEM; ALVES, 2010; OLIVEIRAS GOMES *et al.*, 2007).

Pensando na pessoa à qual se cuida podemos pontuar que atualmente cada vez mais comportamentos são rotulados como “anormais”, principalmente os relacionadas as dificuldades da vida. Assim, médicos acabam por prescrever mais medicações, uma vez que estão incapacitados para lidar com os problemas de saúde atuais, especialmente os relacionados à saúde mental. Tais diagnósticos de “doenças mentais” são, em muito, influenciados por preconceitos sociais relacionados a diversos fatores, como por exemplo, gênero, sexualidade, etnia e classe social, fazendo os profissionais de saúde receberem as pessoas, suas palavras e expressões de maneira diferente, ou preconceituosa, do eu receberiam uma pessoa no dito “padrão normal” social. (BUSFIELD; CAMPLING, 1996).

É importante entender também, que em sociedades onde a renda é muito desigual, o índice de doenças mentais diagnosticadas é muito maior, isso se deve ao fato de existir uma grande competitividade entre os indivíduos, o que os faz desdenhar das pessoas que estão sofrendo. Nessa sociedade é apresentado às pessoas demandas impossíveis para que exibam a vida perfeita, cheia de bens de consumo, com uma família feliz e uma vida social invejável, gerando muita pressão sobre as pessoas. Além disso outro problema enfrentado por todas as pessoas que saem de linha do “normal” estipulada, é o estigma social, fazendo com que se esforcem cada vez mais para se encaixarem no “padrão” almejado, gerando cada vez mais estresse psicológico em todos os indivíduos. (WILKINSON; PICKETT, 2015; GOFFMAN, 1988).

As pessoas de nossa sociedade moderna, que recebem um diagnóstico médico qualquer, enfrentam além dos problemas reais que tal doença ou “anormalidade” oferecem, como limitações e incapacidades físicas, mentais, psicológicas, também tem que se esforçarem muito para ainda conseguir pertencer ao seu grupo social, ou tentar ao máximo retornar a esse grupo. Isso pois apenas no grupo conseguem ter a autoconfiança necessária para afirmarem sua identidade, o que é nesse momento que estão “doentes” testado, e por vezes são considerados preguiçosos, fracos ou perigosos, os isolando exatamente do grupo, amigos, familiares e

comunidade, que daria mais confiança para “melhorar”, os deixando sem apoio social por serem entendido como “anormais” devido suas doenças. (GOFFMAN, 1988).

2.4 MODELOS TEÓRICOS E TEORIAS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PROCESSO DE VIDA, RELAÇÕES INTERPESSOAIS, BEM-VIVER E RECONHECIMENTO

A definição do que é a enfermagem, impulsiona diversos teóricos na construção de teorias e modelos que possam vir a esclarecer tal questionamento, explicitando, ou tento explicitar, a natureza da enfermagem, sua missão e os objetivos de sua prática de cuidado. O desenvolvimento de enfermagem em busca de seu próprio conhecimento é intensificado nos anos 80, e é hoje aceita pelos cientistas como sendo base para a estruturação e estabelecimento dos conceitos próprios da disciplina da enfermagem, devendo ser incentivada por contribuir para a saúde e o bem-viver das populações, através de sua faceta prática. (PETRONILHO, MACHADO, 2017).

...a ciência da enfermagem tem como proposito o desenvolvimento de teoria para descrever, explicar e compreender a natureza dos fenômenos e antecipar sua ocorrência. (MELEIS, 2011, p. 466).

As teorias de enfermagem são uma conceptualização dos aspectos da realidade, sejam inventados ou descobertos, que pertencem a enfermagem, e sua base de conhecimentos tem sustentação nas ciências sociais, humanas e biomédicas, principalmente a filosofia, psicologia, sociologia e a medicina. O sentido maior na construção de seu conhecimento próprio, vem da justificativa de que a enfermagem deve ser pertinente como ciência, apropriando-se de seu domínio intelectual e, sendo assim, distinta de uma mera realizadora de tarefas. (PETRONILHO; MACHADO, 2017).

Existem diversos modelos e teorias de enfermagem, reabilitação e ciências sociais que oferecem suporte para enfermarias de reabilitação, e outros profissionais, usarem quando fazem investigação, praticam o cuidado e sistematizam o cuidado. Como a reabilitação é um processo complexo ela necessita de uma abordagem multidisciplinar para o cuidado, e de abordagem interdisciplinar para construção de conhecimentos, porém apenas com a introdução do modelo integrado para abordagem interdisciplinar da Organização Mundial da Saúde (OMS), a investigação e prática de reabilitação passou a ter uma orientação mais formal. (LUTZ; DAVIS, 2011).

Inicialmente, antes do modelo integrado proposto de OMS, o cuidado em reabilitação

era pautado principalmente sobre os modelos conceituais de incapacidades que se dividiam em duas grandes matrizes, o modelo individual e o modelo social, sendo que ambos tinham como objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos com incapacidade física. O modelo individual de incapacidade foi introduzido por Nagi (1965) e baseava-se no modelo biomédico, tendo como objetivo principal devolver o doente ao funcionamento normal e aos papéis sociais esperados, nesse modelo associa-se a incapacidade com lesões ou doenças incapacitantes que são individuais. Em 1980, a OMS lança a Classificação Internacional de Compromissos, Incapacidades e Desvantagens, em muito semelhante com o modelo proposto por Nagi, onde ambos são lineares, resultados do modelo biomédico e tem como o funcionamento individual. Apenas nos anos 90 investigadores começaram a revisar ambos os modelos, acrescentando as limitações sociais, os fatores ambientais, individuais e de risco, e a qualidade de vida como fatores que intervêm nas incapacidades, já não somente individuais, porém ainda focados no processo de doença e nas limitações funcionais resultantes. (LUTZ; DAVIS, 2011).

O objetivo dos modelos sociais de incapacidade, assim como dos modelos individuais, era melhorar a qualidade de vida para as pessoas, mas como foco do problema da incapacidade identificam-se as barreiras no ambiente físico e social, isso devido à discriminação da sociedade e do ambiente, ao preconceito e a estigmatização, e à dependência de cuidados de outras pessoas. Nessa construção social a incapacidade é definida como um produto de atitudes sociais mais do que atributos específicos de um indivíduo, não tendo mais como foco principal o ponto de vista médico. (LUTZ; DAVIS, 2011).

O modelo integrado é designado Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), lançado em 2001 pela OMS, na busca de integrar os modelos individuais e sociais de incapacidade para todos, independentemente da idade ou condição de saúde. A definição da CIF para condição de saúde fica como “doença (aguda ou crônica), desordem, lesão, ou traumatismos...podendo incluir outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, o estresse, anomalias congênicas ou predisposições genéticas”. (OMS, 2003).

A CIF usa duas categorias para classificar a saúde e as condições relacionadas à saúde: Funcionalidade e Incapacidade – contem códigos para funções e estruturas corporais, atividades e participação; Fatores Contextuais – foca nos fatores ambientais e pessoais. Assim, a CIF busca evoluir do enfoque na doença para um enfoque multidisciplinar na saúde e na qualidade de vida. Embora a CIF tenha como objetivo integrar os modelos individuais e sociais de incapacidade, os conceitos que a orientam ainda são da condição de saúde e doença do indivíduo, e seu impacto nas estruturas e funções orgânicas, permanecendo assim, agarrado aos

conceitos de funcionalismo e às práticas da medicina ocidental, podendo ser tratado apenas como melhoramento dos modelos anteriores. Kearney & Pryor (2004) descrevem a CIF como:

um quadro conceitual útil com potencial para expandir a prática de enfermagem, reforçando nas enfermeiras a consciência das dimensões social, política e cultural da incapacidade. (KEARNEY; PRYOR, 2004, p. 139).

Diversas são as teorias e os modelos conceituais que podem ser úteis à enfermagem de reabilitação, e elas centram-se, geralmente, no processo de vida, nas relações interpessoais, no bem-estar e no funcionamento ótimo. Permitindo a orientação dos indivíduos na forma em que interagem com o ambiente que os rodeiam e funcionam na saúde e na doença. (PETRONILHO; MACHADO, 2017). Algumas teorias citadas a seguir têm relevância para enfermagem de reabilitação, e são oriundas da enfermagem ou das ciências sociais, voltadas sempre as necessidades humanas ou aos sistemas de enfermagem.

A Teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem (1959) composta por três sub-teorias – teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado, e teoria do sistema de enfermagem – tem como objetivo principal assistir aos pacientes nas suas necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao autocuidado. Propondo assim, intervenções de enfermagem que podem ser completamente compensatórias, parcialmente compensatórias e de suporte educativo. Esta teoria é muito utilizada pela enfermagem de reabilitação, mas falha devido ao fato de não atentar para a não intervenção deliberada, que pode ser uma estratégia efetiva para a reabilitação, sendo que, a perícia das enfermeiras lhes permite saber quando devem intervir e quando não o devem fazer. Como resposta a isso Burks (1999) propõe um modelo de prática de enfermagem voltado a intervenção intencional, onde enfermeiras de reabilitação apoiam a aquisição de competências por parte do paciente, atualizando assim o conceito de autocuidado. (LUTZ; DAVIS, 2011).

O modelo da adaptação de Roy (Roy & Andrews, 1991) considera os seres humanos como sistemas adaptativos, assim como Darwin já esboçava em seus trabalhos, sendo que tal adaptação ocorre dentro de quatro modos, fisiológico, autoconceito, interdependência e papel desempenhado. A enfermeira de reabilitação pode intervir, quando percebe que a necessidade de adaptação do indivíduo para se adaptar, trabalhando nos modos adaptativos para aumentar a adaptação ou mudando os estímulos ambientais com vista de diminuir as exigências, esse modelo é focado no funcionamento individual e já foi utilizado na investigação para explorar a mobilidade e as barreiras ambientais. (LUTZ; DAVIS, 2011).

Um modelo que pode também ser citado, e que considera a diversidade social e cultural que implica na reabilitação, é a Teoria de Cuidar Cultural de Leininger (1976; 1993)

propõe que as experiências de saúde e de doença podem ser plenamente compreendidas apenas no contexto da cultura. O objetivo dessa teoria é providenciar cuidados de enfermagem que sejam congruentes com os valores, crenças de saúde e estilos de vida de diferentes culturas, e em reabilitação, as enfermeiras podem construir uma ponte sobre as barreiras culturais para facilitar o cuidar e melhorar o acesso, enquanto mostram sensibilidade e competência em assuntos culturais. (LUTZ; DAVIS, 2011).

A teoria de Imogene King (1981) do Alcance de Objetivos, é um quadro conceitual de sistema aberto que contém três sistemas em interação, os sistemas individuais ou pessoais, sistemas de grupo ou interpessoais, e sociedade ou sistemas sociais. Nessa teoria os indivíduos estão em constante interação com o seu meio e uns com os outros, o que se mostrará importante quando posteriormente discutirmos as interações entre enfermeiras de reabilitação e pessoas em reabilitação, uma vez que as pessoas trazem a essas interações um conjunto de valores, ideia, atitudes e percepções. King define o objetivo da enfermagem como “ajudar os indivíduos a manter a saúde de forma a que possam desempenhar os seus papéis”, sendo que a medida que a enfermeira e a pessoa sendo cuidada se relacionam “cada um percebe o outro na situação e, através da comunicação, estabelecem objetivos, exploram meios e chegam a acordo quanto aos meios para atingir os fins”. Estabelecer objetivos entre enfermeiras e as pessoas é uma componente chave para a prática da enfermagem de reabilitação o que vai de encontro com a teoria de alcance de objetivos de King. (KING, 1981; LUTZ; DAVIS, 2011).

O primeiro livro de King propôs uma maneira de pensar sobre o mundo real da enfermagem, sugerindo uma abordagem para a seleção de conceitos considerados fundamentais para a prática profissional de enfermagem, e mostrou um processo para o desenvolvimento de conceitos que simbolizam experiências no âmbito físico, psicológico e, ambiente social em enfermagem. Em seu segundo livro, King afirma que, se o objetivo da enfermagem se preocupa com a saúde dos indivíduos e a assistência à saúde de grupos, e se alguém aceita a premissa de que os seres humanos são sistemas abertos interagindo com o meio ambiente, então uma estrutura conceitual para a enfermagem deve ser organizada para incorporar essas ideias. (MARRINER-TOMEY, 1989; LUTZ; DAVIS, 2011).

Uma pesquisa de King (1975) observou que "a maioria dos estudos se concentra nos aspectos técnicos do atendimento ao paciente e dos sistemas de saúde, e não diretamente nos aspectos do paciente", ela afirma que "poucos problemas foram declarados que começam com o que a condição do paciente exige ou o que o paciente deseja". Usando outras teorias e estudos de Peplau, Orlando, Travelbee e Walsh, e sua proibição, King declara que "poucos estudos de enfermagem forneceram dados empíricos sobre os fenômenos do processo de enferma-

gem relacionados à interação humana" e observa que o estudo de Orlando "apoia a ideia de que o processo de enfermagem é recíproco "porque existem identificações de meta para enfermeiros e pacientes. (MARRINER-TOMEY, 1989; LUTZ; DAVIS, 2011).

King descreveu o processo de interação enfermeiro-paciente como "o processo que leva à consecução dos objetivos". E afirma que uma teoria da consecução dos objetivos foi derivada "da estrutura conceitual do sistema interpessoal. A díade, enfermeira e cliente, é um tipo de sistema interpessoal ". Ao observar a natureza complexa da enfermagem, a teórica desenvolveu uma estrutura conceitual que consiste em um sistema aberto que abrange três partes, e que representa uma consciência da dinâmica complexa do comportamento humano em situações de enfermagem em suas relações, considerando "sistemas pessoais, interpessoais e sociais como domínio da enfermagem ". Cada um dos três componentes usa os seres humanos como elemento básico porque, como indivíduos, os seres humanos trocam matéria, energia e informação com outros indivíduos e com o meio ambiente. Existem indivíduos em sistemas pessoais, e um exemplo de "sistema total" pode ser um paciente ou uma enfermeira. King acredita que é necessário entender os conceitos de percepção, auto, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento e tempo e espaço, a fim de compreender os seres humanos como pessoas. (KING, 1981; LUTZ; DAVIS, 2011; MARRINER-TOMEY, 1989).

Na teoria de Joyce Travelbee (1971), o Modelo de Relacionamento humano-humano, afirma que a enfermeira é responsável por ajudar o paciente a evitar e aliviar o sofrimento de necessidades não atendidas, isso entendendo que a enfermeira e o paciente são pessoas que interagem umas com as outras. Logo, nesse modelo o objetivo da enfermagem é ajudar um indivíduo, família ou comunidade a prevenir ou lidar com a experiência de doença e sofrimento. Travelbee baseou os pressupostos de seu modelo nos conceitos de Logoterapia, nos quais um paciente é realmente confrontado e reorientado em relação ao significado de sua vida. Apesar de aparecer em seu modelo o conceito paciente é tratado pela teórica como um estereótipo útil para economia comunicativa, quando na verdade não há pacientes, existem apenas seres humanos que precisam de cuidados, serviços e assistência de outros seres humanos, os quais, acredita-se, podem prestar a assistência necessária, e ainda, definiu ser humano como sendo um indivíduo insubstituível único, um ser único neste mundo, como ainda diferente de qualquer pessoa que já viveu ou já viverá. Seguindo a lógica ela caracteriza a enfermeira como sendo também um ser humano. (MARRINER-TOMEY, 1989; TRAVELBEE, 1971). "O enfermeiro possui um corpo de conhecimentos especializados e a capacidade de usá-lo com o objetivo de auxiliar outros seres humanos na prevenção de doenças ou na manutenção do mais alto grau máximo de saúde". (TRAVELBEE, 1971).

Hildegard Peplau (1952) desenvolveu um modelo que descreve a estrutura dos conceitos do processo interpessoal, que são as fases do relacionamento entre enfermeira e paciente, considerando isso os princípios da enfermagem psicodinâmica. Peplau expôs que a enfermagem psicodinâmica é ser capaz de entender o próprio comportamento para ajudar os outros a identificar dificuldades sentidas e aplicar os princípios das relações humanas ao problema que surge em todos os níveis de experiência, e coloca que os objetivos das relações humanas diferem para paciente e enfermeira, sendo objetivos pessoais para o paciente, e profissionais para a enfermeira. O que Peplau afirma sobre a enfermagem é que é um processo significativo, terapêutico e interpessoal, que funciona cooperativamente com outros processos humanos que possibilitam a saúde de indivíduos nas comunidades. Coloca ainda que, os enfermeiros participam da organização de condições que facilitam as tendências naturais contínuas nos organismos humanos, sendo a enfermagem um instrumento educativo, uma força amadurecida que visa promover o movimento da personalidade na direção da vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. Peplau define pessoa em termos de homem, “o homem é um organismo que vive em um equilíbrio instável”, e aponta que a saúde é uma palavra simbólica que “implica o movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em andamento na direção da criatividade, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”, sendo que ambiente também se torna um termo importante no modelo, definido como as “forças existentes fora do organismo e no contexto da cultura, das quais as morais, costumes e crenças são adquiridos”. (MARRINER-TOMEY, 1989; PEPLAU, 1951; PEPLAU, 1997).

As fases desse relacionamento enfermeira-paciente que Peplau define, podem variar dependendo das pessoas envolvidas, mas Peplau coloca como características do crescimento de envolvimento entre enfermeira e paciente alguns pontos : na primeira fase, objetivos e interesses totalmente separados, ambos são estranhos um ao outro; na segunda fase, preconceitos individuais sobre os significados do problema de saúde, e dos papéis de cada um na situação problemática; na terceira há a compreensão parcialmente mútua e parcialmente individual da natureza do problema de saúde; na quarta fase, entendimento mútuo da natureza do problema, papéis do enfermeiro e paciente e requisitos do enfermeiro e paciente na solução do problema, aqui os objetivos comuns de saúde são compartilhados; na quinta fase há esforços colaborativos direcionados para resolver o problema juntos, produtivamente. (MARRINER-TOMEY, 1989; PEPLAU, 1951; PEPLAU, 1997).

Todas as teorias e modelos teóricos de enfermagem e ciências sociais podem ser de grande valor para o trabalho de enfermagem de reabilitação, isso direcionado às competências

que a enfermeira possui e quer empregar no cuidado de reabilitação de seus pacientes, porém alguns estudos podem ser mais vantajosos quando pensamos num modelo teórico que mais se aproxima da construção de um processo emancipatório da pessoa cuidada. Logo, pensando no processo emancipatório da pessoa em reabilitação pensou-se na abordagem da Teoria do Reconhecimento proposta por Honneth (2003) às ciências sociais, pois tal modelo procura mostrar que a formação da identidade da pessoa é originada tanto de um conflito quanto do estabelecimento de cooperações reflexivas nas esferas sociais, isso dado que os elementos psíquicos e sociais integram um mesmo processo de constituição da personalidade da pessoa e de reconhecimento de sua individualidade. (HONNETH, 2003).

No modelo de reconhecimento de Honneth (2003) as pessoas se relacionam coletivamente uns com os outros e podem ser entendidos como grupos sociais cuja identidade coletiva é um produto do processo de socialização realizado entre os indivíduos. Essas pessoas passam por um processo de socialização onde aprendem a participar das estruturas sociais coletivas, isso enquanto desenvolvem suas identidades, e assim desenvolvem expectativas morais quanto ao reconhecimento dessa identidade por parte das outras pessoas de sua vida social. Assim o modelo do reconhecimento propõe que a interação entre pessoas é indispensável para a formação da identidade, e é com essa interação que a pessoa constrói suas expectativas individuais quanto sua autoimagem, o que pode ser um fator interessante para o processo de relação entre enfermeira de reabilitação e a pessoa em reabilitação. Dessa forma, o reconhecimento pode ser uma das maneiras de promover a integração dos sujeitos como membros plenos da sociedade, espera-se assim, que todos os sujeitos sejam reconhecidos como pessoas ao mesmo tempo autônomas, porém individualizadas com suas particularidades, promovendo assim a inclusão. (HONNETH, 2003, p. 275; HONNETH, 2006).

Tais preceitos de integração entre sujeitos do modelo de reconhecimento de Honneth (2003), podem ser também relacionados aos conceitos das teorias de enfermagem, como exemplo da teoria de King (1981), quando essa define a interação como “um processo de percepção e comunicação entre pessoa e ambiente e entre pessoa e pessoa, representado por comportamentos verbais e não verbais direcionados a objetivos”, afirmando ainda que cada indivíduo em uma interação traz diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências passadas e percepções, que influenciam as interações. King ainda aprofunda mais seus conceitos de interação entre pessoas quando coloca que as transações são “interações intencionais que levam à consecução de objetivos”, ou ainda, “comportamento observável dos seres humanos interagindo com seu ambiente, o componente de valoração das interações humanas” (KING, 1981).

A ideia de que interação entre pessoas é indispensável para a formação da identidade apresentada na teoria do reconhecimento de Honneth (2003) também pode ser explorada nos principais conceitos e definições apontados na teoria de Travelbee (1971) quando define que o termo interação refere-se a qualquer contato durante o qual dois indivíduos tenham influência recíproca sobre o outro e se comuniquem verbalmente ou não verbalmente, sendo a comunicação um processo que pode permitir que o enfermeiro estabeleça uma relação humano-humano e, desse modo, cumpra o propósito da enfermagem, ou seja, ajudar indivíduos e famílias a prevenir e lidar com a experiência de doença e sofrimento e, se necessário, ajude-os a encontrar significado nessas experiências. Como definição de relacionamento, Travelbee coloca que é um processo, um acontecimento, uma experiência ou uma série de experiências, submetidas simultaneamente pela enfermeira e pelo paciente, composto por um conjunto de pensamentos e sentimentos inter-relacionados, sendo esses pensamentos, sentimentos e atitudes transmitidos ou comunicados por um ser humano a outro. (TRAVELBEE, 1971).

Travelbee ainda conceitua o relacionamento humano-humano como a interação enfermeiro-paciente, referindo-se a qualquer contato entre um enfermeiro e uma pessoa doente e é caracterizado pelo fato de que ambos percebem o outro de maneira estereotipada. Nesse relacionamento humano-humano ocorre principalmente uma experiência ou série de experiências entre uma enfermeira e o destinatário de seus cuidados, dado que a principal característica dessa experiência é que as necessidades de enfermagem do indivíduo (ou família) são atendidas. Essa relação homem-a-homem é estabelecida quando a enfermeira e a pessoa atingem um relacionamento depois de terem progredido nos estágios do encontro original, identidades emergentes, empatia e simpatia. (TRAVELBEE, 1971).

A interação entre enfermeira de reabilitação e a pessoa cuidada é parte das experiências cotidianas da formação da personalidade e individualidade, e Honneth utiliza-se do termo “luta” como definidor da busca pela aceitação das diversidades e individualidades, dessa “luta” ocorre o reconhecimento das expectativas da pessoa ou o desrespeito que culmina da destruição de suas expectativas morais. Os conflitos gerados nessa busca por reconhecimento por parte do indivíduo o faz se relacionar de maneira única com cada um dos outros que estão diariamente em contato com ele, tentando encontrar-se a si na relação que firma com esse outro, enquanto busca compreender o outro como ser de direitos passível de reconhecimento. (HONNETH, 2003).

King (1981) quando define percepção entra nesse quesito de individualidade, conceituando como a representação da realidade de cada pessoa, sendo que as percepções estão relacionadas a experiências passadas, conceito de si, grupos socioeconômicos, herança biológica

e formação educacional. King ainda coloca a definição de função como um conjunto de comportamentos esperados de pessoas que ocupam uma posição em um sistema social, regras que definem direitos e obrigações nessa posição, e se as expectativas de um papel diferem, existe conflito e confusão de papéis, o que pode levar à diminuição da eficácia dos cuidados de enfermagem prestados. Isso também é exposto nas afirmações teóricas de Travelbee (1971) quando coloca os estágios da relação enfermeira-paciente, sendo que os cinco estágios são: encontro original, caracterizado pelas primeiras impressões da enfermeira da pessoa doente e pela pessoa doente da enfermeira, onde a enfermeira e a pessoa doente se percebem em papéis estereotipados; identidades emergentes, caracterizada pelo enfermeiro e pela pessoa doente que se percebem como indivíduos únicos, nesse estágio o vínculo de um relacionamento está começando a se formar; empatia, é caracterizada pela capacidade de compartilhar a experiência da outra pessoa. o resultado do processo empático é a capacidade de prever o comportamento do indivíduo com quem se tem empatia; simpatia, que ocorre quando o enfermeiro deseja aliviar a causa da doença ou sofrimento do paciente, sendo que quando alguém simpatiza, está envolvido, mas não incapacitado por isso; e relacionamento, caracterizado por ações de enfermagem que aliviam o sofrimento de uma pessoa doente, nesse estágio a enfermeira e a pessoa doente estão se relacionando de humano para humano, sendo que a pessoa doente exibe confiança em si e confiança na enfermeira. (KING, 1981; TRAVELBEE, 1971).

A relação enfermeiro-paciente definida por Peplau (1952), possui quatro fases que, embora separadas, se sobrepõem e ocorrem ao longo do tempo desse relacionamento: Orientação, o indivíduo tem uma "necessidade sentida" e busca assistência profissional, e a enfermeira ajuda o paciente a reconhecer e entender seu problema e a determinar sua necessidade de ajuda; Identificação, o paciente se identifica com aqueles que podem ajudá-lo, ao enfermeiro a identificação permite a exploração de sentimentos para ajudar o paciente a sofrer uma doença como uma experiência que reorienta sentimentos e fortalece forças positivas na personalidade e fornece a satisfação necessária; Exploração, durante essa fase, o paciente tenta extrair valor total do que lhe é oferecido através do relacionamento, existem aí novas metas a serem alcançadas através do esforço pessoal que podem ser projetadas, e o poder muda da enfermeira para o paciente, à medida que o paciente adia a gratificação para atingir as novas metas; Resolução, antigos objetivos são gradativamente transpostos e novos objetivos são adotados, esse é um processo no qual o paciente se liberta dele mesmo na identificação com a enfermeira. (PEPLAU, 1951; PEPLAU, 1964).

As expectativas morais que a pessoa possui são formadas por esferas sociais que Honneth apresenta em seu modelo como sendo oriundas da participação social nas relações

entre as pessoas, sendo que são colocadas como as relações primárias, ou amorosas, as relações da esfera jurídica, e da esfera da solidariedade. (HONNETH, 2003).

O primeiro tipo de interação entre as pessoas é definido por Honneth (2003) como o amor. Este é caracterizado pelas relações amorosas e objetiva a autoconfiança, sendo que essas relações amorosas já são expressas na Teoria do Reconhecimento de Hegel onde busca-se refletir sobre si mesmo a partir do outro, ou ainda, tenta-se o retorno a si mesmo pelo mundo sensível considerando o desejo de auto reconhecimento, ou de consciência-de si, como nível inicial para a geração dos conflitos relacionais que indicam a busca por reconhecimento que Honneth descreve. (HONNETH, 2003). Sobre a forma de reconhecimento chamada de amor, afirma-se que “na relação afetiva de reconhecimento da família, o indivíduo humano é reconhecido como ser carente concreto”, logo podemos dizer que o amor é proposto como parte de um diagrama entre as três formas de reconhecimento, onde o amor é colocado como a “família”, sendo o objeto do reconhecimento o indivíduo e suas carências concretas, e o modo de reconhecimento a intuição afetiva. (HONNETH, 2003).

Esta forma inicial de reconhecimento é colocada como a primeira, pois Honneth busca estudos da psicanálise para supor que o amor é a forma de reconhecimento encontrada quando existe a relação primordial entre filho e a mãe, entendendo essa relação como fundamental para o desenvolvimento de autoconfiança de ambos os indivíduos, tornando possível a construção das demais relações familiares, de amizade ou amorosas com parceiros sexuais. Sendo que esse reconhecimento que é gerado da relação de amor auxilia no desenvolvimento da própria natureza carencial e afetiva do indivíduo (HONNETH, 2003; MELO; WERLE, 2013). O amor real é o desenvolvimento a partir de uma relação recíproca de “saber-se-no-outro” entre dois indivíduos, tornando-os capazes de conhecer ambas as partes de si intersubjetivamente. Hegel afirma que quando o indivíduo conhece o outro defronte si e se conhece em seu par, ele terá confiança de que o outro sujeito é possível de ser seu par, ou seja, “o outro é para mim”. Nessa relação amorosa, o reconhecimento aparece como o indivíduo em “si não cultivado, natural” que é então reconhecido. (HONNETH, 2003).

O reconhecimento recíproco no amor só será possível quando os sujeitos se confirmam mutuamente na natureza de suas carências, recebendo um “encorajamento afetivo recíproco”, sendo o reconhecimento pelo amor uma relação mútua de liberação e vinculação, onde se reafirma a autonomia dos sujeitos e a autoconfiança individual, os tornando sujeitos passíveis de relações amorosas e efetivas com “outros”. (HONNETH, 2003). O sujeito deve procurar o reconhecimento afetivo de todos seus parceiros em relações amorosas, não se limitando a realizar-se a si mesmo com crescimento de suas capacidades individuais, visto que a relação

amorosa antecipa a ambos envolvidos como “co-sujeitos” carentes. (CHITTY, 2013). É verdade que a carência pode ser entendida, por sujeitos que não obtiveram reconhecimento em relações amorosas que não foram ditas “bem-sucedidas”, como negativa, sendo que as patologias do amor e da vida amorosa são mostradas como distúrbios em relacionamentos, onde não há reciprocidade de reconhecimento, sendo a interação entre os parceiros unilateralizada, ou de certa forma malsucedida. (HONNETH, 2003; CHITTY, 2013). Isso é levantado por Honneth que desconsidera a forma de definir patologia encontrada por Canguilhem que permite a compreensão de que a patologia não leva em consideração as individualidades de cada ser, sendo pura ciência da natureza e não fazendo julgamentos de valor. (CANGUILHEM, 2009). Não ter uma relação de amor, onde se gera uma autoconfiança, faz com que a pessoa seja desrespeitada, mesmo que não sinta o desrespeito como algo que a exclui da vida social, a forma de reconhecimento do amor quando não realizada pode gerar diferentes formas de exclusão e coerção.

A formação da identidade subjetiva e o reconhecimento dos sujeitos ou grupos somente acontecem quando os mesmos são aceitos nas relações de amor com o próximo, nas práticas institucionais da justiça e do direito, e na convivência solidária na comunidade. (FUHRMANN, 2013). Em referência à dimensão do direito, Honneth afirma que o reconhecimento envolve políticas universais e políticas da diferença. Para alcançar a possibilidade de auto realização, as pessoas lutam, simultaneamente, por dignidade e reconhecimento das suas particularidades. (TAYLOR, 1994). Na teoria de Honneth, o reconhecimento é uma luta intersubjetiva, e por isso não pode ser concedido, alcançado ou doado. O reconhecimento não está restrito a objetivos específicos, não busca libertar grupos oprimidos, nem é limitado a conquistas de direitos garantidos pelo Estado. A luta por reconhecimento se manifesta de diversas maneiras, uma vez que se trata de um processo permanente em que a sociedade reflexivamente se transforma e altera padrões de relação social. Ela acontece tanto no cotidiano, com as relações pessoais regidas pela comunicação, interpretação e ações, quanto nas formas mais organizadas, relacionadas às negociações legais, políticas e constitucionais. (TULLY, 2004, p. 89).

Dessa forma fica nítido que a luta por reconhecimento é um produto de relação, e essa relação requer a consideração do outro. Thompson, ao analisar a teoria do reconhecimento, coloca que a razão pela qual o sujeito deve ser respeitado, é uma razão para que todos os sujeitos também sejam respeitados (THOMPSON, 2006, p. 48). Quando o sujeito não se sente reconhecido na sociedade em que se insere, sentimentos de abandono, injustiça e menosprezo se afluam, inicialmente no âmbito individual e subjetivo. Porém, quando tais sentimentos de

vergonha social evoluem e conquistam destaque, num contexto social propício, ações de resistência política podem surgir, na luta pelo reconhecimento e inclusão, daqueles até então marginalizados moralmente. (FUHRMANN, 2013). Sendo assim, a desigualdade e a exclusão social, estão intimamente relacionadas com a ausência de reconhecimento intersubjetivo e social, resultando em experiências de discriminação e desrespeito. (HONNETH, 2003).

Por fim, e com o mesmo grau de importância, Honneth distingue do amor e da relação jurídica uma terceira forma de reconhecimento recíproco, pois os sujeitos humanos precisam, além da experiência da dedicação afetiva e do reconhecimento jurídico, de uma estima social que lhes permita referir-se positivamente a suas propriedades e capacidades. (HONNETH, 2003). Afirma-se, então, que um padrão de reconhecimento dessa espécie, cuja substância seja a estima mútua, logo, que vá além dos afetos e também da rede jurídica dos direitos, só se torna compreensível quando houver um horizonte de valores partilhado entre si pelos sujeitos envolvidos. (HONNETH, 2003). Nesse sentido, a estima social se aplica às qualidades particulares que caracterizam os seres humanos em suas diferenças pessoais, diante disso a forma de reconhecimento por estima requer um meio social que avalie as diferenças de capacidades e qualidades entre sujeitos humanos, fundamentando os vínculos intersubjetivos. (ALBORNOZ, 2011). A solidariedade e a estima social se originam dos valores enraizados na comunidade, e dizem respeito às potenciais contribuições sociais para as realizações dos sujeitos. (THOMPSON, 2006).

Nessa temática da estima social, pode-se exemplificar que King coloca o foco da enfermagem são os seres humanos interagindo com seu ambiente, levando a um estado de saúde dos indivíduos, o que é uma capacidade de atuar em papéis sociais, dado que ela define enfermagem como um comportamento observável encontrado nos sistemas de saúde da sociedade, ou um processo interpessoal de ação, reação, interação e transação, com objetivo de ajudar os indivíduos a manter sua saúde para que eles possam funcionar em seus papéis. King também conceitua essas pessoas sujeitas ao cuidado como indivíduos que têm o direito ao conhecimento sobre si mesmos, o direito de participar de decisões que influenciam sua vida, sua saúde e serviço comunitário e o direito de aceitar ou rejeitar os cuidados de saúde, sendo saúde um estado dinâmico no ciclo de vida, que implica uma adaptação contínua ao estresse no ambiente interno e externo, através do uso otimizado dos recursos de alguém para alcançar o potencial máximo para a vida diária. (KING, 1981).

Esse relacionamento enfermeira-paciente também define alguns papéis da enfermeira que são apontados por Peplau (1952) como papéis que evoluem de acordo com a fase de relacionamento atingido nessa relação. O “papel de estranho” é apresentado por Peplau como

sendo o momento quando a enfermeira e paciente são estranhos entre si, e o paciente é tratado com cortesia, nesse momento a enfermeira não deve pré-julgar o paciente, e sim aceita-lo como ele é; tal período é caracterizado como uma fase “não-pessoal”, onde a enfermeira deve tratar o paciente como esse sendo capaz emocionalmente, a não ser que tenha evidências do contrário. No papel de pessoa de recurso, a enfermeira provê respostas a perguntas específicas, especialmente informações de saúde, e interpreta o tratamento ou plano de cuidados para o paciente, ainda determina que tipo de resposta é apropriada para a construção de aprendizagem, seja dando as respostas de fato ou aconselhando. (PEPLAU, 1951; PEPLAU, 1964).

O papel de professora, consiste em duas fases: instrucional, que consiste em fornecer informações na forma que é explanada na literatura formal; experimental, onde se usa a experiência do aprendiz como base para qual produto de aprendizagem vai ser desenvolvido, tais produtos são generalizações que validam o que o paciente entende sobre suas experiências prévias. O papel de liderança envolve o processo democrático, o enfermeiro ajuda o paciente a cumprir as tarefas e a entregar uma relação de cooperação e participação ativa. Também, o papel substituto, onde as atitudes e comportamentos da enfermeira criam tons de sentimento no paciente que reativam sentimentos gerados em um relacionamento anterior; nesse papel a função do enfermeiro é auxiliar o paciente no reconhecimento de semelhanças entre ela e a pessoa chamada pelo paciente, ela, então, ajuda o paciente a ver as diferenças em seu papel e no da pessoa lembrada, e nesta fase, paciente e enfermeiro definem áreas de dependência, independência e, finalmente, interdependência. Por fim, o papel de aconselhamento, que funciona na maneira como os enfermeiros respondem às demandas dos pacientes, tendo como objetivo de as técnicas interpessoais ajudar os pacientes a lembrar e entender completamente o que está acontecendo com ele na situação atual, para que a experiência possa ser integrada e não dissociada das experiências de outras pessoas na vida. (PEPLAU, 1951; PEPLAU, 1964).

Acredita-se que a auto compreensão cultural de uma sociedade, e de todas as pessoas da diversidade social, predetermina os critérios pelos quais se orienta a estima social das pessoas, já que suas capacidades e realizações são julgadas intersubjetivamente, conforme a medida em que cooperaram na implementação de valores culturalmente definidos. (ALBORNOZ, 2011).

2.5 O BEM VIVER DAS PESSOAS DA DIVERSIDADE

O bem viver é um conceito que parte do princípio do bem-estar coletivo de acordo com concepções culturais do que seria uma vida boa, tal conceito é influenciado por correntes

de pensamento críticas ao modelo social ocidental, e ganha força nas lutas indígenas da América do Sul quando se articularam com as agendas de mudanças sociais de camponeses, afrodescendentes e ambientalistas. Através do bem viver se reconhece a importância das relações entre todos os seres humanos e a natureza, e tal visão favorece uma relação integrativa, e ativa, com o mundo pós-moderno, onde o crescimento e desenvolvimento econômico, científico e tecnológico faz exaurir as pessoas e suas relações entre si e com a natureza. O bem viver transcende a condição material, social e de saúde, é um estado de felicidade onde são vistos padrões culturais diversos, e todas as espécies podem se manter com qualidade de vida, onde os recursos para a vida sejam suficientemente abundantes e promovam o bem-estar. (SAMPAIO; ALCÂNTARA, 2019; GODOY *et al.*, 2017).

O conceito de bem viver ascende em meados da última década do século XX, no que se chamou novo constitucionalismo latino-americano, advinda do mundo indígena tal noção contrasta com o modo de vida ocidental do que é uma “boa vida”, e remete a questões de espiritualidade, natureza, consumo, política, ética e saúde, destacando como primordial e desenvolvimento sustentável e a inclusão de todos os povos como atores sociais em busca de qualidade de vida na comunidade. (DA COSTA MOURA; JULIO, 2018; CEOLIN *et al.*, 2017).

Países como o Equador e Bolívia começaram a procurar novos paradigmas socioeconômicos para construção de um projeto social, daí surge o bem viver, que dá força a movimentos sociais que tem um olhar na centralidade da vida e da diversidade, em defesa de direitos básicos e igualdade social. No Fórum Social Mundial foram sugeridas e discutidas alternativas ao modelo social atual que tem como base esse bem viver, buscando novas formas de relacionar humanos e a natureza com um consumo mais responsável. Para o melhor entendimento desse bem viver é apontado por especialistas presentes nesses fóruns, uma visão mais transdisciplinar, que avalie cientificamente índices como o de Necessidades Básicas Satisfeitas, de Vulnerabilidade, de Desenvolvimento Humano, mas que mais do que isso, resinifiquem a subjetividade da vida humana em comunidade e as relações entre as pessoas, sociedades e a natureza. (GODOY *et al.*, 2017; DA COSTA MOURA; JULIO, 2018; CEOLIN *et al.*, 2017).

O bem viver vai além de uma proposta de seres humanos e natureza se relacionarem harmonicamente, esse conceito é paradigmático e orienta as políticas e ações governamentais, regulando as relações sociais a fim de diminuir as desigualdades sociais e melhorar as condições de vida das pessoas em vulnerabilidade econômica, sugerindo uma nova definição de desenvolvimento a partir das relações culturais. Assim, o bem viver se apresenta como

uma oportunidade de coletivamente se construir novas relações de produção, colaboração e intercâmbio que atinjam a suficiência e a qualidade de vida, repensando o mundo pós-moderno de maneira que se torne sustentável, justo, igualitário e com mais relações humanas. Como a discussão do bem viver adentra a temática dos modos de produção e consumo atuais, uma questão que se torna importante é a organização social para a universalização de acesso de toda e qualquer pessoa e benefícios sociais essenciais, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho e de seu nível de renda, logrando um equilíbrio entre as necessidades humanas básicas e os recursos disponíveis para satisfazê-las. (DA COSTA MOURA; JULIO, 2018; CEOLIN *et al.*, 2017).

A relação do bem viver com a saúde ganha força quando a Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que as políticas de saúde provêm as práticas de qualidade de vida e da medicina preventiva e integral, não somente a cura de enfermidades, sendo que o acesso universal à saúde, educação, trabalho digno, habitação são metas básicas para o bem-estar e a melhora da qualidade de vida. O bem viver “[...] relaciona-se à melhoria da qualidade de vida das pessoas (alimentação, vestimenta e habitação, por exemplo), o que se obtém por meio da educação, relações familiares, trabalho, hábitos e ambiente”. (SAMPAIO; ALCÂNTARA, 2019; p. 234). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por garantir a saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado, e no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) consta: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Porém, além do acesso à saúde de forma pública e gratuita, a qualidade de vida atingida não assegura o bem viver das pessoas, o que se precisa são de políticas públicas que estimulem a prática de atividades físicas e de hábitos saudáveis através de programas que mostrem as pessoas os benefícios do bem viver. Na República do Equador, as políticas do Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) consideram: “[...] a atividade física, o ócio e a recreação como direitos do Bem Viver. A boa condição física e a possibilidade de desfrutar o tempo de ócio de qualidade são parte dos objetivos das políticas de saúde, inclusão social e cultura” (TORTOSA-MARTÍNEZ *et al.*, 2014, p. 150-151).

Dois termos aparecem carregados de significados para o entendimento do bem viver na saúde: a qualidade de vida; e o bem-estar. O bem-estar refere-se aos domínios referentes à vida humana que englobam os aspectos biológicos, de vida em sociedade, da psique e da mente humana, e a percepção desse bem-estar é o que define a qualidade de vida. (BITENCOURT MAGAGNIN *et al.*, 2018).

Para a OMS (1995) a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, isso relacionado as expectativas, objetivos, padrões e preocupações de cada pessoa. (WHOQOL GROUP *et al.*, 1995). Logo, a qualidade de vida tem enfoque muito maior que a saúde clínica da pessoa se relacionando aos fatores ambientais, pessoais e familiares, se associando a conceitos como autoestima e bem-estar e inclui aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estilo de vida, valores culturais, éticos e religiosos, estilos de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive. (BARROS *et al.*, 2017; GODOY *et al.*, 2017).

O bem-estar pode ser pensado como uma avaliação positiva que as pessoas fazem de suas vidas nos aspectos afetivo e cognitivo, sendo sinônimos de felicidade, satisfação, afeto positivo, e se manifesta quando o sujeito está satisfeito com a própria vida. Porém tal definição vem influenciada por variáveis como gênero, idade, nível socioeconômico e cultura, tendo uma relação intrínseca com as dimensões humanas físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais e culturais, correspondendo à realidade do viver das pessoas. Pode-se então elencar três elementos fundamentais para a compreensão do bem-estar, sendo eles: a experiência particular, ou o subjetivo; a avaliação pessoal da vida do sujeito como um todo, abrangendo as diversidades e peculiaridades; e, a análise dos afetos positivos e negativos. Logo, no bem-estar subjetivo, influem tanto as características da própria pessoa como variáveis externas às quais esses indivíduos estão sujeitos, tendo relação direta com a satisfação. (GIUGLIANI *et al.*, 2017; FERNANDES, 2018; MARQUES, 2018; GONDIM, 2017).

O bem viver prioriza a ideia do bem-estar da pessoa, sempre relacionado as necessidades específicas da pessoa e sua qualidade de vida, isso em contraponto a cultura ocidental, hegemônica, onde a saúde é vista como um problema individual, autônomo e desconectado da própria vida. O modelo do bem viver adota a ideia da solidariedade, afirmando a necessidade de uma vida plana e harmônica, o que coloca a pessoa como integrante de uma comunidade, assim, a concepção de saúde passa a ser vista como um problema amplo, um processo complexo e multidimensional que depende do reconhecimento dos processos sociais que geram ou determinam suas condições. (FERNANDES, 2018; MARQUES, 2018; BITENCOURT MAGAGNIN *et al.*, 2018).

Nesse contexto de saúde, que inclui aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, é originado o pensar sobre o cuidado de enfermagem que se apresenta

composto por bases racionais, mas também, como fonte de amorosidade, responsabilidade, solidariedade, cooperação criatividade, sustentabilidade e integração social. O bem viver apresenta o cuidado de enfermagem com suas dimensões ontológica e processual, sendo que a dimensão ontológica compreende o cuidado como pré-ocupação fundamental do existir humano, e a dimensão processual o cuidado é relacional que perpassa o “cuidado de si”, o “cuidado do outro” e o “cuidado do mundo”. O cuidado é bem imaterial que circula socialmente num sistema de reciprocidade interpessoal, promovendo a saúde e o bem-estar, desenvolvendo ações educativas no âmbito da equipe de enfermagem, família, comunidade e a sociedade. Orientados pelo bem-estar, o processo de enfermagem e a assistência de enfermagem adotam uma visão holística contemplando o cuidado para o bem-estar emocional, espiritual, físico e a satisfação com a vida, tentando criar condições que promovam uma ótima saúde, respeitando sempre a diversidade e subjetividade de cada pessoa. (CEOLIN *et al.*, 2017; BITENCOURT MAGAGNIN *et al.*, 2018; GONDIM, 2017).

O cuidado de enfermagem associa-se não somente às práticas técnicas, mas também a um trabalho social, busca criar um vínculo entre enfermeiro e a pessoa diversa para beneficiar a independência da pessoa em relação à enfermeira, corresponsabilizando a pessoa e a fazendo refletir e a questionar seu modo de agir, e nesse processo gerando qualidade de vida e bem-estar. Portanto, ao desempenhar um cuidado voltado para o bem viver, é possível constatar a contribuição que as ações educativas de enfermagem podem exercer na transformação da vida das pessoas cuidadas, conferindo à pessoa uma maior autonomia, no que diz respeito às decisões e ações de saúde, com base no processo reflexivo, contribui para que estes descubram novas possibilidades para vir a ser mais. O cuidado educativo, com orientações detalhadas e individualizadas, respeitando as necessidades de cada pessoa, mostra-se como um caminho eficaz para enfrentar as mudanças causados pela doença, pois, colabora com o processo de fortalecimento da autonomia do sujeito cuidado permitindo que o mesmo se compreenda como agente da sua saúde e tome decisões mais conscientes no processo para o bem viver. (MARQUES, 2018; FERNANDES, 2018; DA COSTA MOURA; JULIO, 2018).

Um cuidado de enfermagem voltado para a emancipação da pessoa cuidada deve ser munido de uma grande carga de conhecimentos e sentidos que fortaleçam a enfermeira que cuida, e o pensamento crítico pode ser um mecanismo de grande auxílio nessa tarefa. Focado no objetivo do bem-estar, da autonomia, da qualidade de vida e do bem viver, esse processo de pensamento crítico faz com que a enfermeira articule a ação e a reflexão, dialeticamente, para que possa assumir condições para a transformação da realidade, tornando-se um

instrumento de luta por um mundo mais humanizado. Para tanto, a enfermeira deve basear seu pensamento em diversos temas como o direito, políticas, história e ética, e nisso buscar evidências para abarcar a comunicação racional-crítica (Habermas) e a emancipação, em um processo contínuo de reflexão sobre o mundo e a sociedade. (BARROS *et al.*, 2017; SAMPAIO; ALCÂNTARA, 2019).

Entende-se que é essencial para o planejamento das ações de enfermagem o pensamento crítico, pois esse pode ser uma habilidade para a prática clínica, como exemplo na construção de diagnósticos de enfermagem, dado que, alguns pensadores críticos defendem que o exercício do pensamento crítico pode ser treinado a fim de aprimorar o raciocínio clínico sobre o processo saúde e doença. Alguns pensadores também defendem que a enfermagem é uma profissão social, e devido a isso, comprometida com a subjetividade das pessoas e de suas necessidades de saúde, e sendo assim, o enfermeiro tem potencial de cuidar no sentido da emancipação da pessoa. Isso significa um cuidado que abrange as experiências, vivências e concepções de cuidado e saúde de todas as pessoas, para então, haver a construção coletiva de um plano de cuidados, sendo esse cuidado para a vida, onde a pessoa possa interpretar suas necessidades e buscar suas próprias soluções, enfrentando as contradições da sociedade e participando ativamente de sua história. (CÂMARA *et al.*, 2016; GODOY *et al.*, 2017; GIUGLIANI *et al.*, 2017).

A enfermeira na busca do bem viver das pessoas diversas a quem cuida, age em seu papel de educadora, buscando a transformação e a emancipação, assim, valoriza o saber social construído pelas pessoas em seu ambiente e acresce a novos conhecimentos que são adquiridos durante esse processo educativo da consulta de enfermagem. Logo, uma prática crítica, reflexiva, associada ao entendimento da diversidade, como objetivo de uma aprendizagem transformadora e emancipatória, gera mudanças de comportamento em todas as pessoas que passam a ser mais autônomas, tornando-as mais aptas ao bem-estar e a qualidade de vida, e por consequência ao bem viver.

3 METODOLOGIA

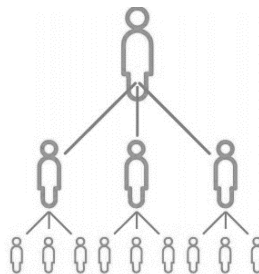
O método utilizado para a realização dessa tese será um método de construção de teorias, para ter como produto final um modelo teórico de enfermagem de reabilitação. Quando há a construção de uma teoria a maneira como tal teoria é representada graficamente é expressa como um modelo. Um modelo é uma ideia que explica usando a visualização simbólica e física, podendo ser desenhado matematicamente, como uma equação, por exemplo, ou pode ser desenhado esquematicamente usando símbolos e setas. Um modelo matemático parece com o que é apresentado na figura 1. Modelos simbólicos podem ser verbais, esquemáticos ou quantitativos. Modelos verbais são declarações redigidas, enquanto os modelos esquemáticos podem ser diagramas, desenhos, gráficos ou figuras, e os modelos quantitativos podem parecer com o que deveriam representar, por exemplo, órgãos do corpo, ou podem se tornar mais abstratos enquanto ainda mantêm algumas das propriedades físicas, como o eletrocardiograma. Exemplo de modelo esquemático na figura 2. Modelos podem ser usados para facilitar o pensamento sobre conceitos e relacionamentos entre eles ou para mapear o processo de pesquisa. (WALKER; AVANT, 1983; MARRINER-TOMEY, 1989).

Figura 1 - Modelo matemático

$$x = \frac{-b \pm \sqrt{\Delta}}{2.a}$$

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Figura 2 - Modelo esquemático.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Os modelos podem ser desenvolvidos pré-teoricamente ou pós-teoricamente. O modelo pré-teórico atua como um dispositivo heurístico ou como uma tentativa do teórico de

descobrir ligações ausentes na teoria inicial, já o modelo pós-teoricamente é desenvolvido após a teoria e mostra a estrutura interna e formal da teoria, com seu sistema de inter-relações dos conceitos. (WALKER; AVANT, 1983).

Na enfermagem, o termo modelo ainda pode significar a imagem de todo o campo e os conceitos de todas as suas principais unidades, e um debate atual diz respeito ao nome dos modelos conceituais de enfermagem: são essas teorias, marcos teóricos, marcos conceituais ou modelos conceituais? É geralmente aceito que as estruturas ou modelos conceituais fornecem uma maneira de visualizar a enfermagem. Modelos conceituais são, portanto, afirmações gerais dos fenômenos com os quais uma disciplina está envolvida. Uma teoria, por outro lado, é mais específica e, conseqüentemente, mais intimamente relacionada à realidade. As principais diferenças entre modelos conceituais e teorias têm, em parte, tanto o nível de abstração que difere, quanto o grau de explicação. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983).

Os modelos de enfermagem são compostos por unidades de definição e esses termos precisam ser mais elaborados e especificados para o desenvolvimento de teorias testáveis. Uma teoria é um conjunto coerente de conceitos, hipóteses e princípios inter-relacionados que formam um quadro geral de referência. Os modelos de enfermagem geralmente não são testados, sendo descrições derivadas de dados empíricos e conhecimentos relevantes, eles podem e orientam a prática e servem como estruturas conceituais para a pesquisa em enfermagem e como um objeto adequado da pesquisa, na qual os conceitos são analisados e definidos e as relações explicadas. (FITZPATRICK; WHALL, 1983).

Com o intuito de construir um modelo de enfermagem é necessário que se utilize de uma metodologia para a elaboração de uma teoria de enfermagem, mesmo que o resultado final difira de uma teoria formal, tal metodologia nos possibilita vislumbrar os conceitos, definições e hipóteses que formulam também o modelo conceitual de enfermagem pretendido. Logo, parece relevante definir o que é uma teoria, bem como, apontar a inevitabilidade da construção de teorias para a enfermagem.

As teorias satisfazem as necessidades dos seres humanos de impor ordem a experiências naturalmente não ordenadas, fornecendo maneiras sistemáticas de ver um mundo basicamente caótico. As teorias também fornecem estruturas para a interpretação do comportamento dos indivíduos e de situações e eventos, cada teoria aborda um aspecto relativamente específico e concreto da realidade, declarando o que é algo, como algo acontece ou por que acontece. Muitas teorias são necessárias para explicar a multiplicidade de experiências encontradas pelos seres humanos, e a função da teoria é, então, descrever, explicar ou prever propriedades li-

mitadas da realidade. (FAWCETT; DOWNS, 1986).

Alguns estudiosos de diferentes áreas de conhecimento definem teoria, como exemplo da definição apresentada por Stevens “uma teoria é uma afirmação que pretende explicar ou caracterizar algum fenômeno”. (STEVENS, 1984, p.1).

Outra maneira de definir teoria é apresentada por Marx (1976):

Uma teoria é uma proposição explicativa provisório, ou conjunto de proposições, sobre alguns fenômenos naturais e que consiste em representações simbólicas das relações observadas entre os eventos, os mecanismos ou estruturas presumidamente subjacentes tais relações ou relacionamentos inferidos e os mecanismos subjacentes a intenção de conta para observado dados na ausência de qualquer manifestação empírica direta dos relacionamentos. (MARX, 1976, p. 237).

E ainda, Kelinger (1980) coloca que a teoria é:

Uma teoria é um conjunto de construções (conceitos), definições e proposições inter-relacionadas que apresentam uma visão sistemática dos fenômenos especificando relações entre variáveis, com o objetivo de explicar e prever os fenômenos. (KERLINGER, 1980, p. 9).

A teoria ajuda a fornecer conhecimento para melhorar a prática de enfermagem, descrevendo, explicando, prevendo e controlando fenômenos, isso aumenta a autonomia da enfermeira através do conhecimento teórico, orientando as funções de prática, educação e pesquisa da profissão. Em sua busca científica, os enfermeiros desenvolveram uma base de conhecimentos que moldou substancialmente a perspectiva de enfermagem e que orientou programas educacionais, pesquisas e práticas profissionais. (MARRINER-TOMEY, 1989; FITZPATRICK; WHALL, 1983).

O interesse no desenvolvimento da teoria de enfermagem surgiu por dois motivos, principalmente, o primeiro motivo é a visão das enfermeiras sobre o desenvolvimento da teoria como um meio de estabelecer claramente a enfermagem como uma profissão, sendo o desenvolvimento da teoria, inerente ao interesse em definir o corpo de conhecimentos da enfermagem. Avaliações subsequentes da enfermagem como profissão examinaram especificamente até que ponto a enfermagem utilizou e ampliou um corpo de conhecimentos para sua prática. "... a própria sobrevivência da profissão pode estar em risco, a menos que a disciplina seja definida". (WALKER; AVANT, 1983).

A segunda razão para o interesse no desenvolvimento da teoria foi motivada pelo valor intrínseco da teoria para a enfermagem, como base para o conhecimento profissional, a teoria fornece uma imagem mais completa para a prática do que apenas o conhecimento factual. As teorias incluem mais aspectos da prática e as integram mais plenamente do que o conhecimento factual, e além disso, teorias bem desenvolvidas não apenas organizam o

conhecimento existente, mas também ajudam a fazer novas e importantes descobertas para promover a prática. (WALKER; AVANT, 1983).

A elaboração de uma teoria, e do modelo teórico como parte de tal, é composta por três elementos básicos: conceitos; afirmações; e, teorias. Também, fazem parte do método de construção do modelo três diferentes abordagens: análise; síntese; e, derivação. Inicialmente podemos definir tais elementos e abordagens para que seja possível demonstrar como elas se relacionam e são essenciais para a avaliação e escolha das estratégias para se construir uma teoria, ou modelo teórico. Para melhor esclarecimento das estratégias resultantes da classificação cruzada entre elementos e abordagens para a construção de uma teoria se apresenta o quadro 2. (WALKER; AVANT, 1983).

Entre os elementos da construção da teoria temos os conceitos, esses são tidos como os blocos básicos para essa construção, entendidos como uma imagem mental do fenômeno, ou ainda, como “a ideia sobre uma “coisa” ou uma ação, não sendo a “coisa” ou a ação, apenas sua imagem”. Os conceitos podem ser divididos em: primitivo, sendo esses conceitos com significado comum a todos as pessoas de uma cultura; concretos, esses podem ser definidos por conceitos primitivos e são limitados pelo tempo e espaço, sendo observáveis na realidade; e, abstratos, que podem ser definidos por conceitos primitivos ou concretos, mas são independentes do tempo e do espaço. Todos esses conceitos são expressados através da linguagem, sejam rótulos, marcas ou palavras, e os conceitos nos permitem a classificar nossas experiências de maneira significativa para nós mesmos e para os outros. Esses conceitos se mostram mais interessantes, e produtivos, quando se relacionam entre si expressando uma afirmação. (WALKER; AVANT, 1983).

As afirmações são parte importante para a tentativa de construção de qualquer corpo de conhecimento, e devem ser formuladas antes de serem feitas explicações e previsões. Existem afirmações relacionais e não relacionais, as primeiras declaram relacionamentos entre dois ou mais conceitos, e as outras afirmam a existência de um conceito. As afirmações relacionais afirmam uma associação, ou correlação, de causalidade entre conceitos, e esse associação pode ocorrer de forma positiva (implica que a ocorrência e mudança dos conceitos ocorre na mesma direção), negativa (quando um conceito ocorre ou muda em uma direção o outro ocorre ou muda em sentido oposto), ou nenhum dos dois (a ocorrência de um conceito não nos diz nada sobre o outro conceito). Também podemos falar de afirmações causais, que são aquelas em que um conceito causa mudanças em outro conceito, sendo o conceito que causa as mudanças a variável independente de estudo e a que sofre a mudança é variável dependente. Por fim, as afirmações não relacionais, servem como coadjuvantes de afirmações

relacionais, pois é possível esclarecer significados na teoria e são especialmente úteis quando se lida com material altamente abstrato. (WALKER; AVANT, 1983).

Teorias são um grupo consistente de afirmações relacionais que apresentam uma visão sistemática sobre um fenômeno, sendo estruturada para expressar uma nova ideia ou um novo insight dentro de um fenômeno de interesse. (WALKER; AVANT, 1983).

São três, também, as abordagens para a construção da teoria, ou do modelo teórico, sendo que durante o desenvolvimento desses, deve-se mover-se para trás e para frente nessas abordagens, estando divididas de tal maneira para melhorar a visualização das três mais claramente. Na abordagem da análise, se esclarece, refina e aponta os conceitos, afirmações e teorias, sendo especialmente útil em áreas onde ainda não se tem grande corpo de literatura científica disponível. Nessa abordagem, o teórico diseca um todo em suas partes componentes, para que possam ser melhor compreendidas, além disso, o teórico examina a relação de cada uma das partes com cada uma das outras partes e com o todo. (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese é uma abordagem que combina isoladamente pedaços de informação que são ainda, desconectadas teoreticamente. Na síntese a informação é baseada em dados e, é usada para a construção de um novo conceito, uma nova formação, ou uma nova teoria. A síntese funciona bem quando um teorista está coletando dados ou tentando interpretá-los sem um quadro teórico explícito, sendo que muitos estudos consistem da coleta de uma grande quantidade de dados na esperança de selecionar dali fatores ou relações importantes, e nesse processo a síntese pode auxiliar. (WALKER; AVANT, 1983).

Por fim, a derivação emprega analogia ou metáfora na transposição e redefinição de um conceito, afirmação ou teoria de um contexto para outro. A derivação pode ser aplicada a áreas onde não existe base teórica, e também, pode ser usada em campos em que existem teorias existentes que se tornaram obsoletas e são necessárias novas perspectivas inovadoras. A derivação fornece um meio de construir teoria através da mudança da terminologia ou da estrutura de um campo ou contexto para outro. (WALKER; AVANT, 1983).

Como resultado da classificação cruzada entre os elementos básicos e abordagens para a construção de uma teoria surgem nove estratégias. Para determinar uma estratégia que melhor cabe a construção da teoria a que se propõe, deve-se, primeiramente, ter clareza sobre a área de interesse da teoria. Em seguida, focar nos conceitos, ou nas afirmações, ou na teoria como um todo, e isso depende muito da qualidade, ou quantidade, de conceitos, afirmações e teorias que já existem e podem ser úteis na construção de teoria proposta, determinando assim os elementos que melhor resolvem os problemas da teoria. (WALKER; AVANT, 1983).

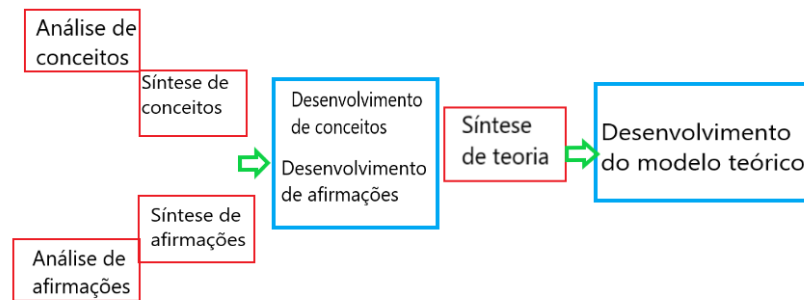
Quadro 2 - Estratégias da construção de teoria a partir da classificação cruzada entre elementos e abordagens da construção de teoria

Elementos da teoria	Abordagens para a construção de teorias		
	Análise	Síntese	Derivação
Conceitos	Estratégia: Análise de conceitos. Utilização: Esclarecer ou refinar um conceito existente.	Estratégia: Síntese de conceitos. Utilização: Extrair ou unir conceitos de um corpo de dados ou um conjunto de observações.	Estratégia: Derivação de conceitos. Utilização: Mudar e redefinir conceitos de um campo para outro.
Afirmações	Estratégia: Análise de afirmações. Utilização: Esclarecer ou redefinir um corpo de afirmações existentes.	Estratégia: Síntese de afirmações. Utilização: Extrair ou unir um ou mais afirmações de um corpo de dados ou um conjunto de observações.	Estratégia: Derivação de afirmações. Utilização: Mudar e redefinir conteúdo ou estrutura de afirmações de um campo para outro.
Teorias ou modelos teóricos	Estratégia: Análise de teoria. Utilização: Esclarecer e refinar uma teoria existente.	Estratégia: Síntese de teoria. Utilização: Unir uma teoria de um corpo de dados, um conjunto de observações, ou um conjunto de afirmações empíricas.	Estratégia: Derivação de teoria. Utilização: Mudar e reformular o conteúdo ou estrutura de teorias de um campo para outro.

Fonte: WALKER; AVANT, 1983.

Embora seja possível mais de uma abordagem, a abordagem que é mais viável em geral deve receber sua primeira consideração, caso a primeira opção se torne insatisfatória em uma data posterior, uma abordagem alternativa pode ser considerada. Ao reunir a decisão sobre o elemento da teoria e a abordagem mais adequada ao tópico de interesse, a escolha de uma estratégia específica para a construção da teoria deve ser clara. Com o objetivo de construir um modelo teórico temos em vista que não existe a necessidade de coleta de dados empíricos, nem de testagem da teoria formal, uma vez que o modelo deve ser testado enquanto teoria posteriormente a sua construção, logo, a escolha inicial para a construção do modelo deve seguir a análise de conceitos, a análise de afirmações, a síntese de conceitos, a síntese de afirmações e a síntese do modelo teórico, como resultado tem-se o desenvolvimento de conceitos, afirmações e do modelo teórico final, apresenta-se graficamente as fases na figura 3.

Figura 3 - Esquema das fases de desenvolvimento do modelo teórico



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

No desenvolvimento de conceitos temos duas estratégias que serão utilizadas e a primeira é a estratégia de análise de conceitos. Essa estratégia permite o exame dos atributos, ou características, do conceito, tendo como propósito básico a distinção dos atributos definitivos do conceito e dos atributos irrelevantes. Essa análise de conceitos é útil na redefinição de conceitos ambíguos da teoria, e no esclarecimento de conceitos vagos, o que na prática de enfermagem é prevalente uma vez que são conceitos que após esclarecidos são usualmente empregados. Algumas maneiras de realizar a análise de conceitos podem ser utilizadas, elas divergem na execução, mas tem o objetivo comum, de maneira geral pode-se selecionar um conceito e, após determinar os objetivos ou propósitos da análise, identificar todos os usos dos conceitos que você pode descobrir, determinando assim, os atributos definidores, e culminando na construção de um caso modelo. A análise de conceitos é geralmente realizada inicialmente, no exame das informações, e na preparação para a pesquisa para a construção de teorias. (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese de conceitos é uma estratégia para desenvolvimento de conceitos baseados em diversas formas de observação ou dados empíricos, e que no caso do modelo teórico são informações e dados de literatura disponível abertamente. O propósito da síntese de conceitos é gerar novas ideias, provendo assim, um método de examinar informações para novos insights que podem nutrir a construção da teoria. Essa síntese de conceitos é muito útil nas áreas onde existe pouco desenvolvimento de conceitos, em áreas onde os conceitos desenvolvidos têm pouco impacto na teoria e na prática, e em áreas onde há muitos conceitos disponíveis e em uso na prática. Para o desenvolvimento dessa estratégia será utilizado uma abordagem a literatura, que envolve um exame rigoroso da literatura existente com propósito de adquirir novos insights sobre o fenômeno de interesse. (WALKER; AVANT, 1983).

A análise de afirmações é um processo que examina afirmações relacionais para determinar em que forma essas são apresentadas e quais relações os conceitos dessas afirmações tem uns com os outros. Essa análise de afirmações é uma maneira de avaliar afirmações de forma ordenada com propósito de determinar se as afirmações são úteis, informativas e corretas logicamente, sendo esse um processo rigoroso. Alguns passos são notórios na análise de afirmações, são eles: seleção de afirmações para análise; simplificação das afirmações; classificação da afirmação; exame dos conceitos na afirmação para definição e validação; especificação das relações entre os conceitos por tipo, sinal e simetria; exame da lógica; e, determinação da possibilidade de teste. O processo de análise de afirmação fornece informações úteis para o teórico, pois uma vez que a afirmação foi analisada, quaisquer deficiências na afirmação são claras e podem ser corrigidas. No mais, o processo de pensar em voz alta (ou escrever) sobre dois ou mais conceitos geralmente gera declarações adicionais, por dedução ou por acaso, que são adições valiosas para futuras formulações teóricas. (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese de afirmações é uma estratégia que visa especificar relacionamentos entre dois ou mais conceitos com base em evidências. As evidências podem vir de várias fontes, como observações clínicas diretas de indivíduos, informações estatísticas coletadas de um grande número de pessoas ou, no caso dessa construção de um modelo teórico, materiais literários que relatam pesquisas concluídas. Uma pesquisa bibliográfica pode começar catalogando os relacionamentos entre as variáveis, esses relacionamentos serão posteriormente organizados e combinados para obter declarações claras e gerais das relações entre os conceitos. Como alguns relacionamentos serão encontrados repetidamente nos estudos, enquanto outros serão encontrados apenas em uma ou duas ocasiões, as declarações podem ser agrupadas de acordo com a quantidade de suporte ou evidência disponível para cada declaração. (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese de afirmações utiliza apenas aquelas afirmações da literatura científica derivadas ou apoiadas por evidências empíricas, esse critério reflete a orientação das estratégias de síntese, para começar o trabalho teórico a partir de evidências empíricas. Durante a realização da síntese de afirmações por diversas vezes as afirmações necessitam ser reescritas para que tenham mais clareza de significado. Por vezes, as afirmações serão estruturadas como equações que simplificam as relações entre todas as afirmações, como o exemplo 1 que segue. (WALKER; AVANT, 1983).

Exemplo 1: Quanto maior o X, maior o Y

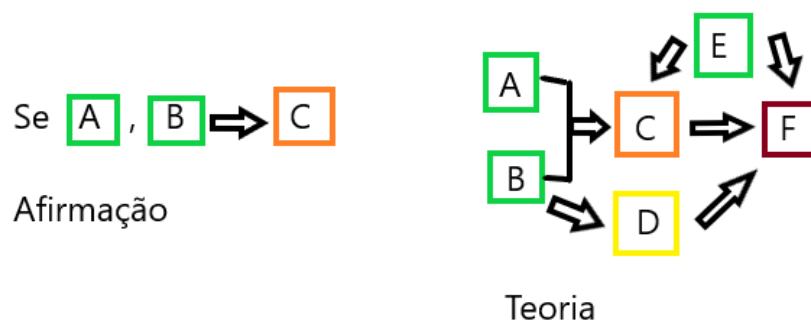
Quando X aumenta (ou diminui), Y aumenta (ou diminui)

X é positivamente (ou negativamente) relacionada ao Y

O objetivo desta síntese de afirmações é desenvolver, a partir da observação de fenômenos, uma ou mais afirmações sobre relacionamentos existentes entre esses fenômenos. (WALKER; AVANT, 1983).

A última das estratégias é a síntese de teoria, esta foca na construção da teoria e de um sistema de inter-relação de ideias, a partir de evidências empíricas. Nessa estratégia deve-se juntar informações disponíveis sobre o fenômeno, onde conceitos e afirmações são organizados em uma rede e sintetizam a teoria. Em contraste com conceitos que provem rótulos para a realidade, as teorias demonstram as conexões entre esses conceitos, abrangendo assim, mais aspectos do fenômeno e integrando-os mais firmemente que as afirmações. Enquanto a afirmação sintetizada conecta apenas dois ou três conceitos, a teoria pode conectar diversos conceitos entre eles, e ainda, especificar complexas ligações diretas e indiretas entre os conceitos, como apresentado na figura 4. Uma teoria, quando bem desenvolvida, ultrapassa os conhecimentos existentes apontando um caminho novo de surpreendentes descobertas. Teorias sintetizadas expressam-se de diversas formas, quando os relacionamentos das afirmações, e entre elas, são retratadas de forma gráfica isso constitui um modelo teórico do fenômeno. (WALKER; AVANT, 1983).

Figura 4 - Exemplo das conexões complexas nas afirmações e nas teorias



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

O propósito geral de síntese de teorias é representar um fenômeno através de um grupo de inter-relações de conceitos e afirmações, sendo que mais alguns intuitos dessa síntese de teorias incluem: representar os fatores que precedem ou influenciam um evento em particular; representar efeitos que ocorrem após um evento; ou, descrever informações científicas de maneira mais organizada teoricamente. E para a realização de síntese de teoria são seguidos três passos básicos: especificar conceitos focais para a teoria sintetizada; revisar

a literatura para identificar fatores relacionados às variáveis ou conceitos focais e às relações entre teses; e, organizar conceitos e declarações sobre o fenômeno em uma representação integrada e eficiente dele. Assim, com e síntese de teoria uma grande quantidade de informações pode ser eficientemente organizada. (WALKER; AVANT, 1983).

Como os modelos teóricos de enfermagem, em geral, ainda não estão no nível de especificidade de uma teoria, os sistemas de análise de teoria não são apropriados para a avaliação, logo é necessário se utilizar de uma abordagem especial de análise e avaliação de modelos. Apresenta-se então o guideline elaborado por Fitzpatrick and Whall (1983), que contem questões específicas aos modelos teóricos, onde a utilidade do modelo é abordada. O guideline apresentado no quadro 1 serve como um esquema organizacional, que inclui a atenção aos conceitos básicos de pessoa, ambiente, saúde, enfermagem e a análise dos componentes internos e externos do modelo. (FITZPATRICK; WHALL, 1983).

Quadro 3 - Guidelines for analysing nursing models

Guideline para análise de Modelos teóricos de Enfermagem	
I.	Considerações básicas incluídas no modelo
A.	Definições de pessoa, enfermagem, saúde e ambiente
B.	Descrição da atividade de enfermagem
C.	Compreensão de pessoa
D.	Compreensão de saúde
E.	Inter-relações entre os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem
F.	Descrição dos modelos básicos incluídos no modelo
G.	Relacionamentos dos conceitos básicos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem
II.	Análise e avaliação interna
A.	Suposições subjacentes
B.	Componentes centrais do modelo
C.	Definições desses conceitos
D.	Importância relativa dos componentes
E.	Relações entre os componentes
F.	Análise de consistência
G.	Análise de adequação
III.	Análise externa do modelo
A.	Relação com a pesquisa em enfermagem
B.	Relação com a educação em enfermagem
C.	Relação com a prática profissional de enfermagem

Fonte: FITZPATRACK; WHALL, 1983.

Quando na análise das considerações básicas do modelo, que são pessoa, enfermagem, saúde e ambiente, algumas questões devem ser realizadas: Quais as definições desses conceitos, e mais que isso, qual é o entendimento desses conceitos básicos do modelo? Quais são as relações entre esses conceitos? E por fim, a ênfase na relação com a pesquisa,

educação e prática de enfermagem quando se explica tais conceitos básicas do modelo. (FITZPATRICK; WHALL, 1983).

Na seção da análise e avaliação interna do modelo também existem algumas questões que devem ser feitas no intuito de melhor desenvolver o modelo teórico de enfermagem: Quais são as afirmações implícitas e explícitas do modelo? Como fazer que as afirmações implícitas e explícitas se relacionam entre si? E como cada modelo contém conceitos específicos para o seu modelo, os conceitos específicos do modelo devem ser analisados questões relativas a isso são: Quais são os componentes centrais do modelo? Qual a importância relativa desses componentes? Quais são as definições desses componentes e quais as relações entre eles (quando evidentes)? Afirmações advindas de relações entre os conceitos do modelo também estão inclusas no modelo e para a avaliação dessas afirmações questiona-se: Qual a consistência interna do modelo? Os conceitos estão claramente definidos ou definidos em mais de uma maneira? Os conceitos são utilizados de maneira consistente no modelo? As afirmações têm consistência com os conceitos e com o relacionamento entre os conceitos? Então quanto à adequação operacional também se faz algumas questões: Existem definições operacionais para os conceitos, são adequadas e podem ser extraídas hipóteses do modelo? É importante ressaltar que, como as construções não podem ser definidas operacionalmente sem trabalho e inferência consideráveis, a maioria dos modelos não atende a esse critério. Como alguns modelos não tem o propósito de predição e tem um alto nível de abstração alguns critérios não entram em avaliação e outros os substituem como a adequação pragmática, generalização e previsibilidade, podendo se questionar sobre a complexidade do modelo, sua utilidade e se gera novas informações. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; ELLIS, 1968; HARDY, 1974).

A ética na construção do modelo teórico também deve ser ressaltada, já que em qualquer prática científica deve-se atentar dos aspectos e dilemas éticos advindos da pesquisa científica. Existem três níveis aos quais deve-se examinar a prática científica e a disseminação de informação, o primeiro nível é a conduta pessoal, a segunda é a responsabilidade pessoal do impacto social das descobertas científicas; o terceiro é a responsabilidade pessoal relacionada à prática de outros cientistas. (MORIN, 1980; WALKER; AVANT, 1983).

O potencial da enfermagem na produção de teorias e modelos teóricos em enfermagem vem se desenvolvendo cada vez mais, e esse crescente interesse deve ser reconhecido e discutido pelos teóricos em enfermagem e profissionais na prática de enfermagem. Ainda são poucas as bases teóricas que auxiliam a construção do modelo, mas literaturas específicas na área vem se fortalecendo cada vez mais, bem como a literatura mais

clássica e as teorias e modelos já existentes, que auxiliam cada vez mais na pesquisa voltada ao propósito de elaborar modelos teóricos voltados à pesquisa, educação e prática de enfermagem.

4 RESULTADOS

A construção de uma base teórica em forma de modelo teórico para a enfermagem de reabilitação demanda uma complexidade de análises e sínteses conceituais que nos permita aprofundar adequadamente o modo como a profissão de enfermagem se vê atuando na reabilitação das pessoas nos mais diversos cenários.

Diversas são as fontes filosóficas, sociológicas, biológicas e da enfermagem que nos permitem uma formulação teórica fidedigna à ideia proposta pelas pesquisadoras quando se propõem a realizar tal construção. Porém, tão importante quanto, é a base metodológica adotada. Para tal, a metodologia adotada pode ser considerada ortodoxa e com base nas teorias formais de enfermagem que são reconhecidas cientificamente.

Seguindo uma literatura clássica quanto à construção de um modelo teórico de enfermagem, para que, futuramente, possa ser testado e avaliado em aplicação prática na enfermagem, temos alguns princípios que necessariamente devem ser seguidos à risca, e outros que podem ser interpretados de maneiras diferentes dependendo da temática abordada, ou das bases filosóficas adotadas, neste caso, respectivamente: Desenvolvimento Conceitual; Desenvolvimento de Afirmações e Hipóteses; Desenvolvimento do Modelo Teórico (WALKER; AVANT, 1983).

Primeiramente elencamos os pontos da construção teórica do modelo de enfermagem de reabilitação que são designados pela escolha metodológica e não são específicos de tal modelo. Segundo o método de construção de teorias de enfermagem deve-se pensar em alguns termos base de sustentação do modelo, para que a partir daí possa ser desvelado o fenômeno de estudo em si. Tais conceitos chave são: a Enfermagem; a Saúde; a Pessoa; o Ambiente; o Tempo. Esses conceitos devem ser sintetizados de acordo com a realidade do modelo que se procura empregar como teórico, e também, em consonância com as bases filosóficas escolhidas. As escolhas das definições conceituais para os termos firmados serão expressas no artigo 1 (WALKER; AVANT, 1983).

Sequencialmente, deve-se buscar uma base conceitual que abarque toda a temática pretendida com o modelo. No caso do modelo aqui proposto, temos foco central em duas bases diversas, sendo a primeira: a Enfermagem de Reabilitação; a Enfermeira atuando na Reabilitação; a Pessoa em Reabilitação. E desse foco surgem todas as temáticas sobre o

ambiente, o tempo e a saúde que serão utilizados. O segundo foco vem da base sociofilosófica firmada na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, sendo que daqui surgem os conceitos centrais de: Amor; Direito, Solidariedade; Intersubjetividade; Identidade; Diversidade; Autoconfiança; Auto respeito; Autoestima.

Colocados aqui alguns dos termos que serão conceituados, definidos e afirmados, conseqüentemente pode-se ter uma visão da profundidade teórica buscada na construção do modelo. Porém ainda escapam dezenas de definições que não ficaram perdidas no processo, e sim foram derivadas, acopladas, acrescidas, transformadas, subtraídas ou divididas em outras definições ou afirmações. Sendo esse processo intenso e contínuo, está apresentado nos artigos 1 e 2 dos resultados desta tese.

Intuindo que o modelo teórico expresso deve ter um fim teórico e prático em si, devemos expressar também: qual o propósito desse modelo teórico de enfermagem de reabilitação? Sabendo-se que temos o Reconhecimento como enfoque na relação pessoa e enfermeira nesse processo podemos colocar como prático que o modelo se finaliza quando a pessoa se reabilita, mesmo tendo em vista que tal conceito não é aplicado na realidade adotada. Logo, podemos dizer que a pessoa encontra seu bem-estar, bem viver, autonomia, qualidade de vida, emancipação, entre outros termos que serão expressos na construção teórica final.

Com um medo razoável de ser mais abstrata ainda, apresento como ideia para o segundo artigo a construção das hipóteses teóricas que alicerçam o modelo teórico proposto. Percebendo que as definições dos conceitos nos levam a ideias mais complexas, que se interligam numa rede, temos que propor algumas afirmações sobre como funciona o modelo teórico para a enfermagem de reabilitação, traçando um mapa de como utilizá-lo. Assim, apresento análise e síntese dessas afirmações, que nessa tese foi feita com base na teoria do Reconhecimento, sendo tais postulações filosóficas, mas que devem ter lógica e serem testadas como positivas para validação. Explicando de maneira matemática o modelo, as afirmações devem ser complexas e validadas pelos pesquisadores para que façam sentido dentro de um modelo teórico final.

O modelo teórico final deve apresentar uma ideia conjunta e significativa, que possa ser expressa na prática de enfermagem em quaisquer ambientes, cumprindo o desenho proposto pela pesquisadora. Esse modelo deve ser apresentado de forma a ser entendido por todos, e, quanto mais didático, melhor. Sendo assim proponho-me a realizar um desenho do modelo que seja claro e, ao mesmo tempo, que contenha espaço para reflexão crítica dos enfermeiros que queiram utilizá-lo.

A construção desse modelo deve ser prática e racional. Mas, como cada enfermeira atua e realiza o cuidado de uma maneira única e humana, assim como, cada pessoa cuidada é diversa, única e complexa, deve-se considerar esse modelo teórico para enfermagem de reabilitação como o início para a construção de uma enfermagem de reabilitação atuante, crítica e reflexiva, valorizando cada vez mais a profissão enfermagem.

4.1 MANUSCRITO I - MAPA CONCEITUAL PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.

Resumo

Introdução: Diante da necessidade então de um modelo de enfermagem de reabilitação que compreenda os conceitos de Reabilitação, Enfermagem, Cuidado, Pessoa mais próximos ao que se estuda pelos estudiosos em enfermagem de reabilitação nacionalmente, e assim, buscou-se um referencial teórico que fosse permeado pela ideia da relação entre duas pessoas distintas, diversas, uma relação intersubjetiva entre enfermeira e pessoa. **Objetivo:** Mapear os conceitos do Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação. **Método:** O método escolhido para realização de um apanhado das definições necessárias para a construção de um Modelo Teórico de enfermagem, deve possibilitar a visualização de uma imagem do campo teórico e de seus conceitos, sendo capaz de esclarecer o uso, a natureza e as propriedades do conceito visualizado. Logo, escolhe-se a utilização de um Mapa Conceitual com análise dos conceitos para melhor representação e organização do conhecimento. **Resultados e Discussão:** O Mapa Conceitual que se propõe coloca como foco central para um Modelo de Enfermagem de Reabilitação as definições de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente, isso pois os Modelos Teóricos de Enfermagem construídos de maneira analítica e seguindo o Guideline proposto por Fitzpatrick and Whall (1989), tem esses conceitos como “chave” para ser iniciada a elaboração formal de um modelo. **Conclusão:** O mapa conceitual proposto abarca os conceitos propostos para a construção do Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação. Tal mapa conceitual expõe a relevância da relação da Pessoa em reabilitação com a Enfermeira, colocando em pauta o reconhecimento intersubjetivo e a ideia de que esse relacionamento interfere positivamente para a reconstrução da confiança, respeito e estima compreendida pelas pessoas envolvidas no processo de reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Cuidado de Reabilitação; Reconhecimento; Modelo teórico de enfermagem.

Introdução

Iniciando uma construção formal de modelo teórico de enfermagem pensamos nos conceitos base que abarcam todas as ideias que pretendemos apresentar, de forma científica, e reflexiva. Essa conceituação base é expressa na ideia que os modelos teóricos clássicos consideram a relação Enfermeira e Pessoa como central do cuidado, sendo o Cuidado de Enfermagem o que permanece fixo na relação, mesmo que esse cuidado não seja um conceito fixado por nenhum modelo, podendo ter alterações e derivações para facilitar sua aplicação

teórico-prática na enfermagem cotidiana.

Modelos de enfermagem expostos por teóricas da Enfermagem clássicas, apresentam possibilidades para a atuação objetiva de enfermeiras no cuidado de pessoas em reabilitação, sendo que a ideia de reabilitação aparece como um dos pilares centrais do cuidado às pessoas em todo seu ciclo vital (SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018). Porém, são insipientes os modelos que focuem especificamente no cuidado de enfermagem de reabilitação, sendo que no nosso país tais estudos inexistem, fazendo com que a concretização de um cuidado de enfermagem de reabilitação seja algo baseado em práticas das enfermeiras, sem embasamento teórico que as norteie nos ambientes de saúde em que atuam.

Os moldes da enfermagem de reabilitação apresentados no Brasil derivam de estudos teóricos internacionais, principalmente os modelos Português, Estadunidense ou Canadense, que por vezes apresentam respostas às questões que vivenciamos, mas em sua maioria focam em um ambiente e tempo distante da realidade enfrentada no Brasil (SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018). E derivam também, nos protocolos e legislações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que tais legislações ainda consideram as pessoas em reabilitação como aquelas com problemas crônicos de saúde, deficiências físicas ou psicossociais, o que contradiz a ideia de um modelo de enfermagem de reabilitação para todas as pessoas em todo ciclo de vida e nas mais diversas condições biopsicossociais (SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018).

Surge a necessidade então de um modelo de enfermagem de reabilitação que compreenda os conceitos de Reabilitação, Enfermagem, Cuidado, e Pessoa mais próximos às investigações em enfermagem de reabilitação nacionalmente, e assim, buscou-se um referencial teórico que fosse permeado pela ideia da relação entre duas pessoas distintas, diversas, com uma relação intersubjetiva entre estas (enfermeira e pessoa) (WALKER; AVANT, 1983). A ideia de utilizar a Teoria do Reconhecimento se dá aí, no momento em que se busca compreender a relação humana entre duas pessoas que devem ter confiança, respeito e valorização - a base de um reconhecimento recíproco que propicie encontrar a si mesmo num caminho de reconstrução (HONNETH, 2009). Logo, propõe-se nesse início, uma construção teórica dos conceitos de forma que supram a necessidade das bases filosóficas e sociológicas do modelo de enfermagem proposto, e, para tal, é necessário mapear e selecionar conceitos teóricos que se enquadrem.

Objetivo

Mapear os conceitos do Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação.

Método

O método escolhido para realização de um apanhado das definições necessárias para a construção de um Modelo Teórico de enfermagem, deve possibilitar a visualização de uma imagem do campo teórico e de seus conceitos, sendo capaz de esclarecer o uso, a natureza e as propriedades do conceito visualizado. Logo, escolhe-se a utilização de um Mapa Conceitual com análise dos conceitos para melhor representação e organização do conhecimento.

Um Mapa Conceitual nos permite identificar os conceitos e as ligações entre eles, sendo útil na explicação das relações complexas para criação de significados a esses conceitos. (NOVAK, 2010).

Os conceitos, buscados para o modelo teórico, são ideias ou construções mentais sobre **algo**, a imagem de **algo**, sendo que esses permitem identificar e classificar as experiências de forma significativa para todos (WALKER; AVANT, 1983).

Na elaboração do mapa conceitual utilizou-se da Análise de Conceitos, proposta pelas teoristas de Enfermagem Walker e Avant (1983), com proposta de esclarecer ou refinar um conceito existente. Essa análise de conceitos é útil quando já existe um corpo teórico prévio, e o pesquisador pode dissecar o todo em partes para melhor entendê-lo, além de examinar a relação de cada parte entre si e com o todo (WALKER; AVANT, 1983).

Resultados e Discussão

O Mapa Conceitual que se propõe tem como foco central para um Modelo de Enfermagem de Reabilitação as definições de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente. Optou-se por seguir os Modelos Teóricos de Enfermagem construídos de maneira analítica e seguindo o Guideline proposto por Fitzpatrick and Whall (1989), que apontam esses conceitos como **chave** para ser iniciada a elaboração formal de um modelo teórico.

Propõe-se uma formulação do mapa partindo da reconstrução das pessoas envolvidas no modelo de enfermagem de reabilitação. Inicia-se aprofundando a concepção de relação, pensando na relação entre Enfermeira e Pessoa, sendo essa pautada no Cuidado de Enfermagem de Reabilitação. Na sequência são elencadas outras ideias de relação colocadas como imprescindíveis para a elaboração do modelo teórico proposto.

Como foi caracterizada a relação da Enfermeira e Pessoa Cuidada como central para o entendimento do modelo de enfermagem de reabilitação, teve-se então, que intensificar a concepção de como essa relação ocorre e como afeta as pessoas envolvidas. Para isso buscou-

se suporte nas ciências sociais e o referencial teórico para o estudo escolhido foi a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth (2009).

O estudo da intersubjetividade apresentada na Teoria do Reconhecimento nos permite compreender as relações sociais e entender o processo de reconhecimento intersubjetivo que rege as relações de conflito em sociedade, colocando que a falta de reconhecimento de sua intersubjetividade faz a pessoa experienciar o desrespeito que resulta em conflito. (HONNETH, 2009). Uma pessoa na busca por reconhecimento, tem um grau de reconhecimento da própria intersubjetividade podendo validar a subjetividade alheia, o que parece apropriado para dar início a uma relação entre duas pessoas (enfermeira e pessoa cuidada) de forma que ambas sintam acréscimo em sua autoconfiança, autorrespeito e autoestima. (HONNETH, 2009).

A princípio a ideia de esclarecer os conceitos chave que se apresentam na relação Enfermeira e Pessoa, quando no cuidado de enfermagem de reabilitação, trouxe à tona definições e afirmações que formaram um mapa cerebral complexo e introdutório. As noções de ambiente e pessoa, nesse momento, ainda pareciam incipientes, porém ressalta-se que esse processo inicial foi de extrema importância para a concepção final do mapa conceitual como utilizado no modelo teórico final. Nessa altura da preparação surgiram 48 conceitos, que puderam ser agrupados em 11 grupos conceituais determinados pelas pesquisadoras.

Os conceitos estão apresentados na Figura 5. Os grupos conceituais desenvolvidos pretendem desdobrar a relação de cuidado de enfermagem de reabilitação, pensando nessa como um processo com início, meio e fim, onde as pessoas envolvidas na relação tem suas próprias identidades e subjetividades, sendo cada relação única, levando em consideração ainda, o ambiente, a sociedade, a saúde e o tempo.

Figura 5 - Mapa Conceitual apresentando os 11 (onze) grupos conceituais propostos inicialmente (2019).



11 GRUPOS CONCEITUAIS

Conceitos Associados:

Fim	<u>Autorrealização</u> ; Autonomia; Bem Viver; personalidade
Enfermagem	Enfermagem; enfermagem de reabilitação; cuidado
Pessoa	<u>Autorrealização</u> ; Autonomia; Realidade Social; Biológico; Social; Pessoa; Diversidade; Cultura; Individuação; Vontade; Identidade; Consciência
Reconhecimento	Reconstrução; Realidade social; Intersubjetividade; Vidas Intersubjetivas; Identidade; Reciprocidade; Pureza; Conflito Social; Mutualidade
Tempo	Vir a ser; Contemporaneidade; Devir
Processo	Reabilitação; Luta social; Comunicação; Vir a Ser; Devir
Direito	Impulso Moral; Respeito; Liberdade; Totalidade Ética; Universalização; Dignidade; Tensão Moral; Justiça
Amor	Confiança; Reciprocidade; Auto conservação
Solidariedade	Estima; Intuição Reciproca; Mutualidade
Ética	Totalidade Ética; Justiça
Contradição/Obstáculos	<u>Reificação</u> ; Injustiça

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019.

Ao se observar a necessidade de foco da construção teórica do modelo em conceitos centrais percebe-se que os eixos centrais do modelo já estão definidos. Os conceitos centrais devem abranger a definição do cuidado de enfermagem de reabilitação em suas relações interpessoais, intersubjetivas, diversas e únicas. Isso simplifica a construção do mapa conceitual conjunto, em que a temática centralizar-se-á nos temas: Pessoa; Tempo; Ambiente; Enfermagem; Saúde. Aprofundou-se então, as ideias sobre como a saúde, o ambiente, o tempo e as pessoas intervêm intersubjetivamente na relação de reconhecimento entre a enfermagem e a pessoa cuidada. A partir daí foi possível mapear os conceitos em 4 (quatro) grupos conceituais apenas, apresentados na Figura 2, e esses pareciam abarcar toda a complexidade de conceitos envolvidos.

Essa etapa permitiu um desenho do mapa mais coeso e com conceitos interligados entre si de forma organizada e inteligente. Foi possível definir que os conceitos deveriam associar-se a um desses eixos centrais, porém ainda aqui trabalhou-se com a composição de grupos conceituais, interpretado como uma dificuldade de agrupar conceitos quando todos ainda parecem essenciais em significado para o mapa conceitual final. Essas categorias gerais ainda presentes no mapa, auxiliam na definição dos demais conceitos categorizados, possibilitando a criação de um fluxograma aprofundado de significados para a conclusão de um mapa conceitual complexo e reflexivo ao fim do processo.

Figura 6 - Segunda etapa do Mapa Conceitual apresentando 4 (quatro) grupos conceituais propostos (2019).

GRUPOS	CATEGORIAS GERAIS	CATEGORIAS GERAIS	CATEGORIAS GERAIS	CATEGORIAS GERAIS
	PESSOA	TEMPO	AMBIENTE	ENFERMAGEM
Autorrealização	Individuação	Vir-a-ser	Luta social	Reconhecimento
Realidade social		Contemporaneidade		o
Biológico	Diversidade Humana	Devir	Contemporaneidade	Reconstrução
Social				Realidade social
Pessoa	Intersubjetividade	Luta social	Devir	Social
Diversidade Cultural		Comunicação	Reabilitação	Amor
Individuação				Direito
Consciência				Solidariedade
Identidade				Reciprocidade
Vontade				Pureza
Intersubjetividade				Conflito social
				Vidas
				Intersubjetivas
				Mutualidade
				Impulso moral
				Liberdade
				Totalidade ética
				Universalização
				Dignidade
				Tensão moral
				Justiça
				Auto conservação
				Estima
				Intuição
				reciproca
				Injustiça
				Diversidade
				Reificação

A idealização dos conceitos é preliminar nesse ponto, as imagens do que se apresenta já tem algumas formas mais delineadas, e a proposta de Honneth de entender a relação entre as pessoas, como uma forma de busca por reconhecimento, auxilia nesse desenho. Porém ainda há um longo percurso até a definição do melhor mapa conceitual para o modelo pretendido.

Com a ideia central na relação entre enfermeira e pessoa cuidada em reabilitação, pensou-se na reconstrução interpessoal e intersubjetiva das pessoas envolvidas nessa relação, perpassando-se por níveis de reconhecimento durante esse processo de reabilitação. Esses níveis de reconhecimento podem ser entendidos como fases numa reconstrução intersubjetiva da pessoa no que diz sobre sua autoconfiança, auto respeito e auto estima, possibilitando seu reconhecimento social. O reconhecimento, enquanto processo emancipatório, foi organizado em 3 níveis que, por momento, condizem com a ideia de reabilitação da pessoa como reconstrução em busca do bem-viver, autonomia e emancipação através do reconhecimento intersubjetivo de suas identidades.

Aprofundando a ideia de reconhecimento como colocado pelo pensador Honneth (2009), o mapa atingiu a maturidade de colocar em níveis a pessoa. Nele a realidade social é dada por relações de reconhecimento, sendo esse reconhecimento a base que estabelece a concretização de objetivos individuais e coletivos. Nas relações, as pessoas reagem subjetivamente reconstruindo suas identidades, como pessoa no processo de reconhecimento. A relação de cuidado entre enfermeira e pessoa em reabilitação pode incentivar a intersubjetividade dos sujeitos envolvidos e assim o reconhecimento pelo amor, direito e solidariedade. (HONNETH, 2003).

Na Figura 7 pode-se observar os três Níveis de Reconhecimento no Processo de Reabilitação. Os níveis colocados perpassam os mesmos conceitos centrais, sendo eles, Pessoa, Tempo e Ambiente, e nesse ponto do mapa conceitual os termos colocados como Enfermagem e saúde já aparecem definidos e em local diferente do colocado como central para definição da relação entre enfermeira e pessoa, pensando nesse relacionamento em termos de reconhecimento intersubjetivos dos sujeitos.

Figura 7 - Terceira etapa do Mapa Conceitual apresentando os Níveis de Reconhecimento no Processo de Reabilitação (2019).

Níveis de reconhecimento no processo de reabilitação emancipatória	
<u>Primeiro nível</u>	
Pessoa: individuação	Biológico, consciência, confiança, autonomia
Tempo: Reabilitação	
Ambiente: Reconhecimento	Reconstrução, Amor, Direito, Solidariedade, Mutualidade, Reciprocidade, Impulso Moral, Justiça, Estima, Ética, Espírito
<u>Segundo nível</u>	
Pessoa: intersubjetividade	Pessoa, identidade, respeito social
Tempo: Luta social	
Ambiente: Vidas intersubjetivas	<u>Reificação</u> , injustiça, conflito social, tensão moral
<u>Terceiro nível</u>	
Pessoa: participação igualitária/autônoma	Vontade e <u>autorrealização</u>
Tempo: Contemporaneidade	
Ambiente: Obstáculos	Intuição recíproca, universalização, liberdade, dignidade, diversidade, realidade social

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019.

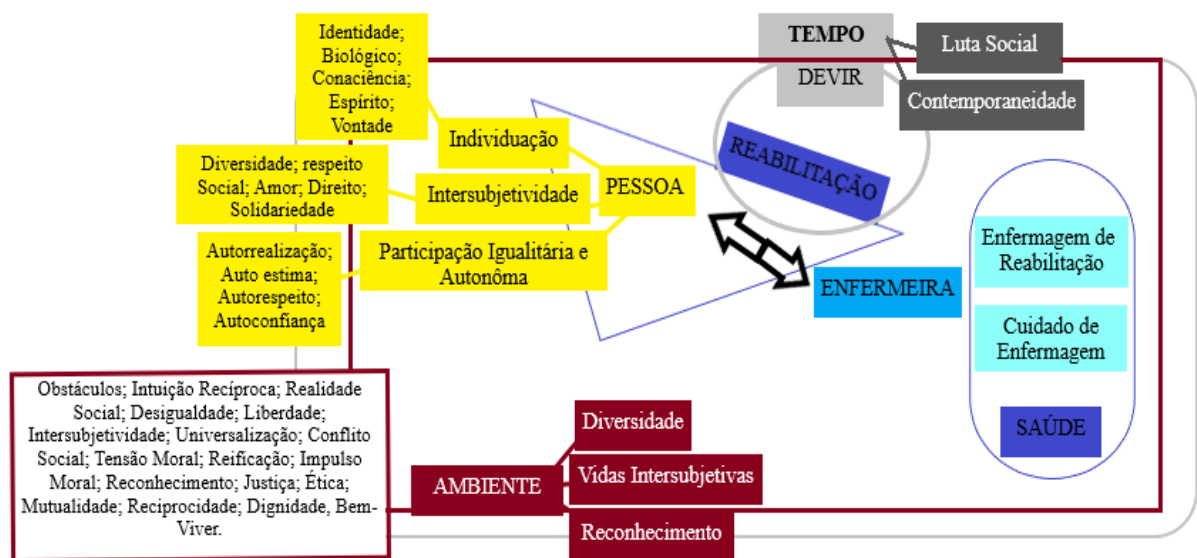
Considera-se este um processo centrado em tempo e ambiente históricos, sociais, culturais e econômicos, onde as dimensões de reconhecimento são concretas, e assim, baseiam a construção das pessoas envolvidas na relação com suas intersubjetividades únicas e diversas. Essa relação é mútua, solidária, pautada para a emancipação desses e tendo a confiança como base forte. (SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018).

Cada pessoa envolvida no processo de reconhecimento, seja enfermeira ou pessoa em reabilitação, já tem um processo de reconhecimento anterior, de acordo com sua história social e cultural. Há que se registrar que cada visão de mundo altera a maneira como os níveis de reconhecimento são alcançados e experimentados pela pessoa. Essas diversidades e múltiplas identidades são fundamentais para o relacionamento buscado, permitindo a troca de experiências, transformando cada pessoa envolvida na busca de compreensão para sua própria intersubjetividade e do outro. (HONNETH, 2009; SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018).

Com o aprofundamento teórico sobre os conceitos necessários para a construção do modelo, o mapa conceitual final, apresentado na Figura 4, mostra-se com conceitos organizados de forma que a relação Pessoa e Enfermeira seja central. Dessa relação o Reconhecimento orienta a definição dos conceitos ambientais e intersubjetivos, enquanto a

Reabilitação orienta o processo temporal, e a Enfermagem consiga atuar como parte integrante do processo temporal, pautada no ambiente sócio-cultural definindo a saúde que se espera. Temos ainda, como fim prático e teórico, ideias do Bem-Viver da pessoa em reabilitação, esse Bem-Viver é colocado em termos de autonomia, qualidade de vida, bem-estar ou emancipação.

Figura 8 - Mapa Conceitual: Conceitos para o Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação (2021).



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Observando a necessidade de buscar abarcar toda a complexidade teórica que a relação entre enfermeiro e pessoa em reabilitação faz suscitar em termos de identidade, diversidade e subjetividade, coloca-se a pessoa em reabilitação como foco do cuidado de enfermagem, e essa submetida ao processo de devir encontra-se em reconstrução de sua intersubjetividade que coletivamente, em relação aos outros, atua em sua autoconfiança, auto respeito e auto estima, tornando-se base para as relações da pessoa com seus pares em busca de reconhecimento. (HONNETH, 2009; SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018).

A Enfermeira perde espaço central no mapa conceitual quando se pensa na pessoa em reabilitação como sujeito autônomo, que baseia suas relações de reconhecimento em suas experiências prévias. Porém o cuidado de enfermagem é colocado como influenciador primordial na reconstrução pessoal, e, para tal, coloca-se a enfermeira como sujeito com

aprofundamento teórico e prático em vivências, princípio novas para a pessoa, servindo para que a relação possibilite para a pessoa cuidada seu auto entendimento enquanto **ser** passível de reconhecimento social, tornando sua confiança, respeito e valor acrescidos de entendimento e respeito social intersubjetivo, aceitando-se em sua unicidade e diversidade. (HONNETH, 2009; SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018).

Esse cuidado de enfermagem de reabilitação é colocado dentro dos termos definidos como a saúde conceituada para o modelo teórico. Esta é definida dentro do ambiente e tempo pré-definidos no sentido de reabilitação como um processo, um *Devir*. O Ambiente definido também é de extrema importância para o mapa conceitual adotado, pois neste serão colocados os conceitos que dizem respeito à diversidade, as vidas intersubjetivas e o reconhecimento. (HONNETH, 2009; SCHOELLER *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2018).

Conclusão

O mapa conceitual proposto abarca os conceitos propostos para a construção do Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação. Tal mapa conceitual expõe a relevância da relação da Pessoa em reabilitação com a Enfermeira, colocando em pauta o reconhecimento intersubjetivo e a ideia de que esse relacionamento interfere positivamente para a reconstrução da confiança, respeito e estima compreendida pelas pessoas envolvidas no processo de reabilitação.

Com a elaboração do mapa conceitual fica explícita a necessidade de maior aprofundamento teórico e prático sobre a reabilitação e o reconhecimento, sendo evidenciado que o modelo teórico proposto é necessário para esclarecer o cuidado de enfermagem baseado em evidências e com foco na pessoa em reabilitação, em sua reconstrução intersubjetiva, e possibilitando assim, seu Bem-Viver.

A proposta de construção do mapa conceitual seguiu propostas de construção destes mapas. Apresenta como lacunas centrar-se em poucos estudiosos do tema construção de modelos teóricos. Porém, apresenta uma proposta concreta dos passos necessários para isso, constituindo-se na tentativa de voltar esta construção à enfermagem de reabilitação.

Referências

FITZPATRICK, J. J.; WHALL, A. L. **Conceptual models of nursing: Analysis and application**. Norwalk (EUA): Appleton & Lange, 1989.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**. A gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed.

São Paulo: 34, 2009.

NOVAK, J. D. **Learning, Creating and Using Knowledge: Concept Maps as Facilitative Tools in Schools and Corporations**. 2a New York (EUA): Taylor e Francis, 2010.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 6-12, 2018.

SCHOELLER, S. D. *et al.* **Enfermagem de reabilitação**. São Paulo: Thieme Revinter, 2021.

WALKER, L. O.; AVANT, Kay C. *Strategies for theory construction in nursing*. 3rd edition. Norwalk (EUA): Appleton & Lange, 1983.

4.2 MANUSCRITO II - MODELO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ANÁLISE E SÍNTESE CONCEITUAL

Resumo

Introdução: A preocupação expressa por enfermeiras em orientar a prática profissional com embasamento científico faz surgir a necessidade de elaborar teorias formais, modelos teóricos e marcos conceituais que permitam refletir as práticas assistenciais de forma sistematizadas, compondo assim, um corpo de conhecimento aprofundado para que seja possível admitir a profissão da enfermagem enquanto ciência, e instrumentalizar a prática profissional. **Objetivo:** Realizar a análise e síntese conceitual para construção do modelo de enfermagem de reabilitação. **Método:** A realização do método segue a literatura clássica utilizada para a construção do modelo teórico para enfermagem de reabilitação, sendo que a análise e síntese conceitual são parte do método proposto por Walker e Avant (1983), e objetivam o desenvolvimento conceitual para o modelo teórico final. **Resultados:** O desenvolvimento conceitual para a construção de um modelo teórico de enfermagem requer a estruturação de alguns conceitos chave para que o desenvolvimento seja válido em uma estrutura teórica formal. Tais conceitos estruturadores são: Enfermagem; Saúde; Pessoa; Ambiente; e, Tempo (FITZPATRICK, WHALL, 1983). **Discussão:** O desenvolvimento conceitual tem início quando forma-se grupos de conceitos que fazem sentido no contexto do modelo teórico que se espera construir. **Conclusão:** A construção metodológica de um Modelo Teórico inicia pela análise e síntese conceitual, processo esse que levanta dados de extrema relevância para a temática base para o modelo de enfermagem de reabilitação, através de dados literários científicos de origem na enfermagem, filosofia e sociologia.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Cuidado de Reabilitação; Reconhecimento; Modelo teórico de enfermagem.

Introdução

A enfermagem desde seu surgimento, com Florence Nightingale, até sua constituição enquanto profissão com objeto de trabalho sendo instituído como o cuidado de enfermagem, busca formar um corpo teórico que abarque a complexidade desse processo de cuidar que orienta a profissão. A enfermagem na busca de construir sua identidade profissional, se viu

fundamentar conceitos e pressupostos de outras ciências, para que fosse possível, então consolidar a enfermagem como ciência do cuidado, com filosofia própria que consiga abarcar o cuidar das pessoas em todos os ambientes socioculturais, e em qualquer tempo histórico. (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006; ALMEIDA; LOPES, DAMASCENO, 2005; ANDRADE *et al.*, 2008).

A preocupação expressa por enfermeiras em orientar a prática profissional com embasamento científico faz surgir a necessidade de elaborar teorias formais, modelos teóricos e marcos conceituais que permitam refletir as práticas assistenciais de forma sistematizadas, compondo assim, um corpo de conhecimento aprofundado para que seja possível admitir a profissão da enfermagem enquanto ciência, e instrumentalizar a prática profissional. (ANDRADE *et al.*, 2008; AGUIAR; MENDES, 1988).

O significado formal de teoria refere-se a uma sistematização dos fenômenos, relacionando-os, como forma de uma generalização abstrata com objetivo de dar significado à ciência, explicando assim, o conhecimento existente e suas relações. Essa formulação é necessária para a compreensão da práxis da enfermagem, aperfeiçoando a relação entre conhecimento científico e prática profissional. (LEOPARDI, 1999; OLIVEIRA; LOPES; ARAÚJO, 2005).

Teoria é entendida como um conjunto de conceitos, afirmações e hipóteses que apresentam uma visão do fenômeno através da relação entre os conceitos com objetivo de descrever, explicar, prever e controlar tais fenômenos, sendo possível assim, o desenvolvimento da enfermagem enquanto corpo de conhecimentos, primordial para a prática do cuidado. (WALKER; AVANT, 1983; WALKER, 2005).

Logo, podemos dizer que os conceitos são fundamentais para a construção de uma teoria, e cada conceito deve transmitir um significado à teoria elaborada através de sua definição formal (HARDY, 1979). Os conceitos são abstrações sobre um dado objeto, denotando a imagem mental que temos do fenômeno conceituado, podendo ser compreendido de maneiras diferentes por diferentes observadores. Podemos categorizar os conceitos em níveis de abstração: os que só podem ser observados diretamente (temperatura, seringa); os que só podem ser observados indiretamente (nível glicêmico); e os que não podem ser observados (dor, sentimento). (CHINN; JACOBS, 1983; JACOX, 1974).

Uma teoria de grande porte deve apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e assim, oportunizar diferentes perceptivas para a prática de enfermagem de forma abrangente, dessa maneira é preciso realizar um conjunto de definições conceituais, inter-relacionando os conceitos pretendidos para a teoria, a fim de orientar o estudo do fenômeno

em busca de solucionar os problemas. (MELEIS, 2012). Os conceitos principais, selecionados pelo teorista, na construção de seu modelo ou teoria, são amplamente generalista e abstratos, sendo chamados constructos, e esses não devem ser testados isolados e sim pensados em relação ao fenômeno estudado, e em relação a teoria final. A teoria, deve então, partir de conceitos mais gerais e de alto nível de abstração, para conceitos observáveis na prática assistencial de enfermagem em seu cotidiano. (WALKER; AVANT, 1983; WALKER, 2005).

Buscando a construção de um modelo teórico formal, com hipóteses e afirmações consistentes que possam fomentar uma teoria de grande porte, é necessária a definição dos conceitos nos seus diversos níveis de abstração. Assim, propõe-se através de metodologia científica própria para a formulação de teorias em enfermagem realizar a análise e síntese conceitual que embasará a realização do modelo teórico para enfermagem de reabilitação.

Objetivo

Realizar a análise e síntese conceitual para construção do modelo de enfermagem de reabilitação.

Método

A realização do método segue a literatura clássica utilizada para a construção do modelo teórico para enfermagem de reabilitação, sendo que a análise e síntese conceitual são parte do método proposto por Walker e Avant (1983), e objetivam o desenvolvimento conceitual para o modelo teórico final.

Os conceitos, para fins dessa pesquisa, serão considerados como uma imagem mental do fenômeno, expressados através da linguagem, sejam rótulos, marcas ou palavras, permitindo classificar as experiências de maneira significativa para nós mesmos e para os outros. (WALKER; AVANT, 1983).

A metodologia escolhida apresenta três abordagens para a construção do modelo teórico, e do cruzamento teórico dessas abordagens surgem nove estratégias, devendo-se determinar qual estratégia melhor serve ao que se propõe, tendo sempre, clareza sobre a área de interesse e foco nos conceitos, determinando assim os elementos que melhor resolvem os problemas da questão de pesquisa. (WALKER; AVANT, 1983).

As estratégias da construção de teoria a partir da classificação cruzada entre elementos e abordagens proposta por Walker e Avant (1983) são divididas em três grupos para o desenvolvimento de conceitual: Análise de conceitos, que busca esclarecer ou refinar um conceito existente; Síntese de conceitos, que busca extrair ou unir conceitos de um corpo

de dados ou um conjunto de observações; e, Derivação de conceitos, que busca mudar e redefinir conceitos de um campo para outro. No caso do presente desenvolvimento conceitual serão utilizadas duas estratégias: análise e síntese de conceitos.

A análise de conceitos permite o exame dos atributos dos conceitos possibilitando a seleção dos que são relevantes, o esclarecimento dos conceitos vagos, e o exame das informações encontradas, para o desenvolvimento conceitual da teoria proposta. Essa abordagem estratégica é útil para as áreas de conhecimento da enfermagem onde ainda não se tem grande corpo de literatura científica disponível, e o pesquisador é capaz de analisar profundamente conceitos que serão pilares formadores de um modelo ou teoria. (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese de conceitos é uma estratégia para desenvolvimento de conceitos baseados em dados após um exame rigoroso da literatura existente, com propósito de gerar novas ideias, sendo muito útil nas áreas da enfermagem onde existem muitos conceitos disponíveis e em uso na prática. A síntese funciona bem quando um teorista está coletando dados ou tentando interpretá-los sem um quadro teórico explícito, sendo que muitos estudos consistem da coleta de uma grande quantidade de dados na esperança de selecionar dali fatores ou relações importantes, e nesse processo a síntese pode auxiliar. (WALKER; AVANT, 1983).

As estratégias de análise e síntese conceitual serão realizadas concomitantemente, em um fluxo contínuo, para que o desenvolvimento conceitual seja significativo para a construção teórica, sendo que essa análise é primordial para a estrutura teórica do modelo proposto.

Resultados

O desenvolvimento conceitual para a construção de um modelo teórico de enfermagem requer a estruturação de alguns conceitos chave para que o desenvolvimento seja válido em uma estrutura teórica formal. Tais conceitos estruturadores são: Enfermagem; Saúde; Pessoa; Ambiente; e, Tempo. (FITZPATRICK; WHALL, 1983).

Quando, em busca de uma formulação conceitual, tenta-se conceituar Enfermagem, deve-se levar em consideração alguns outros conceitos definidores, como o Cuidado de Enfermagem, e especificamente no caso do modelo teórico que procura se estruturar, Enfermagem de Reabilitação. A necessidade de conceitos como reabilitação e cuidado também é percebido, porém o abarque teórico e metodológico da análise e síntese conceituais, permite a elaboração de conceitos complexos, e completos, sem que seja necessário desmembrar os conceitos essenciais. Logo, quando busca-se elaborar um conceito teórico de Enfermagem, a análise e síntese desse conceito faz ser visível que os conceitos aqui

primordiais são: Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Enfermagem de Reabilitação. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983).

Saúde é um conceito central que através da análise e síntese pode ser desenvolvido sem a necessidade de conceitos auxiliares. O desenvolvimento conceitual de saúde deve no entanto ser pautado em literaturas e filosofias que apresentem um quadro funcional de saúde para o processo de cuidado de enfermagem, sendo possível entender a saúde no contexto de ambiente e tempo em que o modelo pretendido é construído. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983).

O conceito de Pessoa é desenvolvido com fundamento em diversos conceitos que permitem sua elaboração complexa e aprofundada, dando embasamento para o entendimento da pessoa “ser humano” em toda sua diversidade, considerando suas identidades principais e sua interação sociocultural. Na análise e síntese do conceito de Pessoa foi necessário desenvolver três níveis de conceitos guiados pelas definições de Individuação, Intersubjetividade e Participação Autônoma e Igualitária, que podem ser organizados a partir dos conceitos: Identidade; Biológico; Consciência; Espírito; Vontade; Diversidade; Respeito Social; Amor; Direito; Solidariedade; Autorrealização; Auto estima; Auto respeito; Auto confiança. Tais conceitos permitem a visão de um campo amplo no fenômeno da Pessoa cuidada, assim como, da Pessoa que cuida. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983).

Quando desenvolve-se o conceito de Ambiente pela análise e síntese conceitual, temos que atentar para o desmembramento que abrange uma gama de situações, não só relacionadas à saúde, mas também ao Tempo, a Pessoa em sua diversidade, e principalmente a Enfermagem, e a Reabilitação. O conceito de Ambiente expressa o local em que a Pessoa vive, pensando não apenas no físico, mas em aspectos sociais, culturais, psicológicos, identitários, biológicos, espirituais. Alguns dos conceitos, que em seu desenvolvimento por análise e síntese, auxiliam na construção do conceito final de Ambiente, os principais dele são Diversidade, Vidas Intersubjetivas e Reconhecimento, sendo que esses são definidos com base em outros conceitos, que são: Obstáculos; Intuição recíproca; Realidade Social; Desigualdade; Liberdade; Intersubjetividade; Universalização; Conflito Social; Tensão Moral; Reificação; Impulso Moral; Justiça; Ética; Mutualidade; Reciprocidade; Dignidade; Bem-viver. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983).

O conceito de Tempo, surge de uma síntese analítica do conceito de Devir, Luta Social e Contemporaneidade. O desenvolvimento conceitual de Tempo faz com que o processo em que as relações entre as Pessoas, num certo Ambiente, e seguindo o contexto da Saúde e

Enfermagem definidos façam sentido temporal, e para mais que isso, para contextualização histórica do processo de trabalho. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983).

Discussão

O desenvolvimento conceitual tem início quando forma-se grupos de conceitos que fazem sentido no contexto do modelo teórico que se espera construir.

Iniciando a análise conceitos pelos conceitos de Enfermagem, viu-se a necessidade de relacionar a definição de Enfermagem com os conceitos de: Enfermagem de Reabilitação; e, Cuidado de Enfermagem. A partir da leitura criteriosa de textos clássicos sobre o conhecimento na área de enfermagem, bem como de artigos científicos, a síntese desses conceitos inter relacionados serviu para o desenvolvimento conceitual de Enfermagem, Enfermagem de Reabilitação e Cuidado de Enfermagem;

O conceito de enfermagem desde seu surgimento até suas definições mais recentes segue atrelado ao conceito de saúde biopsicossocial como apresentado pela OMS. Buscando uma junção dos conceitos mais utilizados nacionalmente como sendo a definição de enfermagem encontra-se que a enfermagem é sinônimo de saúde, mas que também é uma ciência humana, que se envolve tanto nas questões ambientais, biofísicas, quanto humanas (sociais e culturais). Ainda, segundo Wanda Horta (1974), a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano, e nessa definição também são colocadas que a assistência e a tentativa de suprir o atendimento das necessidades de saúde e as necessidades básicas humanas. O que em comum as definições de enfermagem propostas tem é a construção de um objetivo da enfermagem como sendo a autonomia, independência, qualidade de vida, bem-estar, bem viver das pessoas a quem se atende. (HORTA, 1974; DE LIMA, 2017, NIGHTINGALE, 1992). Logo, uma construção pessoal de definição para **Enfermagem** pode ser, "uma ciência humana de cuidado das pessoas em busca do atendimento de suas necessidades biológicas, fisiológicas, sociais, psicológicas, culturais e educacionais, pautada em cientificidade própria, que visa possibilitar à essas pessoas seu bem viver na vida cotidiana".

A **Enfermagem de Reabilitação** é um processo de relações entre um enfermeiro, especializado em reabilitação, e uma pessoa diversa que necessita de cuidados de reabilitação. Onde o objetivo é o Bem-viver, a emancipação, a autonomia, a independência, o bem estar e a qualidade de vida da pessoa e família, para que essas possam ter qualidade nas atividades da vida diária em seu ambiente social. (FARO, 2006; SCHOELLER *et al.*, 2014; PORTUGAL, 2011; PORTUGAL, 2014; PORTUGAL, 2015; VAUGHN, 2015).

O **Cuidado de enfermagem** será entendido para fins de pesquisa como a parte assistencial e instrumentalizada do processo de enfermagem que ocorre na interação entre os sujeitos da relação de cuidado, sendo eles enfermeiro e pessoa cuidada, sem desconsiderar sua família, esse cuidado é iniciado pelo enfermeiro a partir de uma necessidade da pessoa, sendo essa necessidade de saúde ou não, e ocorrendo em qualquer contexto em que a relação ocorra dentro da sociedade. Tal cuidado visa auxiliar a pessoa na manutenção de sua saúde ou recuperação dessa após desequilíbrio desta em atividades que a pessoa apresenta perda total ou parcial de sua funcionalidade e independência, para que possa emancipar-se a fim de ter qualidade em suas atividades de vida diária, satisfação e bem-estar. (FITZPATRICK; WHALL, 1983; WALKER; AVANT, 1983; MCEWEN; WILLS, 2015).

A análise do conceito de Saúde inicia do ponto em que a Organização Mundial da Saúde define esta como sendo "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades", e assim, podemos descrever que a saúde é entendida como um momento que o corpo humano (corpo físico, mental, social) está em equilíbrio. Isso parece ser corroborado por Canguilhem quando ele define saúde como um conceito normativo onde essa é "um tipo ideal de estrutura de comportamento orgânico". (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Canguilhem parte de uma forma mais biologicista ao colocar sua versão do conceito de saúde, isso é evidente quando vemos citações de saúde como sendo " certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis", "estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar", ou ainda, "o silêncio dos órgãos", sabemos da importância do termo saúde quando tratamos de pessoas que estão com problemas físicos e psicológicos (ou mentais), mas esse biologicismo deixa de lado a questão social e cultural que envolve a saúde das pessoas, tal preocupação aparece citada por Camguilhem (2006) quando este expõe que "a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio". (CANGUILHEM, 2006). Logo, levando em consideração todas essas citações, podemos elaborar uma síntese conceitual que nos leva a um esboço da definição de saúde, aproximada com a colocada pela OMS, porém mais complexa em sua análise das pessoas. Conceitua-se **Saúde** como um estado individual de bem-estar da pessoa em seus aspectos físico, psicológico, social e cultural; mostrar uma disposição e reação às possíveis intempéries do meio físico, social, psicológico e cultural em busca do equilíbrio individual e multifatorial.

A análise conceitual do conceito de Pessoa, faz suscitar uma estrutura de três níveis inter relacionados que formalizam os conceitos de Individuação, num primeiro nível de reconhecimento do processo de reabilitação, Intersubjetividade, em um segundo nível, e Participação Autônoma e Participação Igualitária, no terceiro nível. esses níveis propostos

dizem respeito a um aprofundamento intersubjetivo da Pessoa em suas relações no processo de Reabilitação, sendo o reconhecimento, baseado na teoria de Honneth, a orientação para o entendimento quanto a esses níveis. Quando inicia-se uma síntese conceitual desses conceitos já assinalados e identificados como úteis ao modelo, vê-se a necessidade de aprofundamento teórico na análise realizada, com a evolução de outros conceitos também separados entre os níveis já citados. O desenvolvimento dos conceitos finalizados, e relacionados permitem a conceituação de **Pessoa** como sendo, um ser humano em qualquer ciclo no processo de viver com sua individuação formada e que relaciona-se intersubjetivamente com o mundo na busca de uma participação autônoma e igualitária em sociedade.

É importante também conceituarmos aqui a **Enfermeira**, ou enfermeiro, como uma Pessoa instrumentalizada para realizar o cuidado de enfermagem à quaisquer pessoas em qualquer ciclo do processo de viver através de relações intersubjetivas de cuidado, sendo o processo de cuidado parte integrante de sua individuação, e com objetivo a participação autônoma e igualitária de todos envolvidos na relação.

No primeiro nível de reconhecimento do processo de reabilitação temos a Individuação, um termo filosófico considerado no processo de desenvolvimento da personalidade e tomada de consciência da própria situação histórica. Tido como a unificação dos termos “alma” e “corpo” por fundamentar o “ser” como único e irrepetível. (HONNETH, 2003). É compreendido como o reconhecimento do substrato ontológico do indivíduo e construção processual de identidade. Dentro desse conceito existem dois pilares importantes, o primeiro da Natureza que representa a qualidade compartilhada entre os indivíduos e mantém todos como participantes da mesma; e a Diferença, a qual compreende o constitutivo da substância singular e indissociável dela, e, ao contrair a natureza, torna algo um indivíduo. (HONNETH, 2003). A articulação dessas duas definições, que compõem a individuação, representa o caráter indiferente à universalidade ou à singularidade, compreendendo a individuação como algo a ser compartilhado e, ao mesmo tempo, algo intrínseco e exclusivo de cada um. Para pensar a individuação é preciso considerar o “ser” além da matéria, trazendo à tona o sistema tenso e acima do nível da unidade que consiste no “ser” concreto e completo, ou seja, compreender como um processo permanente de ser isolado, genérico, singular e multidão. (HONNETH, 2003; LESSA, 2006; KREIBICH; LEITE, 2019; CZERESNIA, 2019; NÔMADE, 2004). Nesse sentido, a **Individuação** é um processo de construção da identidade de autorreferência e auto interpretação da própria subjetividade.

Possibilitando a conceitualização de Individuação, forma-se uma estrutura conceitual, através da análise e síntese, de conceitos importantes para o entendimento do

primeiro nível de reconhecimento do processo de reabilitação, segue a teorização formalizada dos conceitos que serão utilizados no modelo teórico e posteriormente colocados em afirmações que relacionam o conceito de pessoa com os demais conceitos do modelo proposto. Tais conceitos, para entendimento, são: Identidade; Biológico; Consciência; Espírito; Vontade; e Esperança.

A ideia de essência surge em Hegel (2006) como um processo do qual a pessoa aparece em sua positividade e diferença, como uma identidade, essa formada pela relação para consigo, ou da reflexão sobre si. Assim, a identidade segundo Hegel é o antônimo de alteridade, denotando a totalidade da conjunção do subjetivo e do objetivo. (HEGEL, 2006). Taylor (1997) busca então definir uma identidade moderna através de uma análise hermenêutica nas fontes do self, expondo que várias "instituições morais" estão vinculadas com a forma que a identidade é instituída, sendo essas instituições marais vinculadas à nossa forma de ser humano. Isso explica as distinções morais entre distintas pessoas, mas deixa de explicar a capacidade adaptativa da identidade às diferentes moralidades impostas, o que poderia, segundo. (SOUZA, 2008) ser explicado por uma formação múltipla de identidades para cada relação ou interação social desenvolvida pela pessoa. (TAYLOR, 1997; SOUZA, 2008). **Identidade** é definida então, como uma forma de subjetivação particular estabelecida dialogicamente com diversos setores da sociedade, com as expectativas sociais, e na luta por reconhecimento, capacitando a pessoa a compreender a si mesma e definir-se numa constante reflexão sobre si e sobre sua moral.

Tem-se como **Biológico** a dimensão humana suscitada do organismo que está obrigatoriamente relacionada com o meio, sendo um plano de normatividade individual regulado por leis da fisiologia humana e naturalista, o qual compreende o ser vivo como normal num determinado meio na medida que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder às exigências do ambiente que habita. O biológico é algo em movimento, mutante conforme o meio, natural e relacional, apontando para a necessidade da consciência humana. Essa dimensão de normalidade aplicada ao conceito de biológico advém da intenção filosófica de organizar e sistematizar o corpo e a fisiologia. (SAFATLE, 2015; CZERESNIA, 2010). Para corroborar com isso, autores descrevem o biológico como a resposta ou consequência da normatividade inerente e necessária ao homem, ou seja, o fenômeno biológico se relaciona, em última análise, a estas propriedades consideradas no seu estado natural. Um exemplo da conceptualização do biológico da práxis em saúde é a noção de corporalidade descrita por diferentes disciplinas, mas todas influenciando para uma linha hegemônica de estudo: biologia. Com isso, Canguilhem (2002) aponta que a biologia não

passa somente pela expressão da submissão, mas também assume diferentes formas, do ser biológico à vida, verificável em qualquer ser vivo, regido pela autoconservação e por autorregulação. (CANGUILHEM, 2002).

A consciência significa o saber sobre o que é percebido, isto é, ter consciência de si corresponde ao processo de discriminar comportamentos próprios e variáveis que o controlam, assim como a assimilação de símbolos de transcendência. Sabe-se que todos os seres humanos possuem uma consciência moral, compreendendo a formação da identidade humana, entretanto não se resumindo apenas à liberdade tampouco ao esclarecimento. (INÁCIO, 2019; HONNETH, 2003). A consciência moral é a inquieta busca por respostas do que é o ser humano, à medida que perpassa a identidade humana, inserindo-se neste contexto através da criação da autorreflexão. Essa consciência ligada com a razão prática permite ao homem julgar os seus atos, considerando questões relacionadas às leis morais, aos deveres e às leis que os prescrevem. Dessa maneira, a consciência moral está interligada com a concepção subjetiva de liberdade, de autonomia, de dever e de agir moral, pois a elaboração mental desses princípios refletirá, diretamente, na sua identidade e na forma como ele vê a si mesmo e ao outro. (INÁCIO, 2019; HONNETH, 2009). Em síntese, a **Consciência** é um fenômeno natural e constante, de autorreflexão da intersubjetividade relacionada com a subjetividade individual, pela qual são entendidas as esferas individuais e coletivas.

O espírito, explicado segundo Hegel, é a ideia em si e por si, e se manifesta de três formas: espírito subjetivo, espírito objetivo e espírito absoluto, sendo que para termos filosóficos usa-se o espírito absoluto, que pode ser denominado como a identidade eternamente em si, uma vez que ele conhece por si mesmo. (HEGEL, 1995, p. 340). Assim, em termos de contemporaneidade, o **Espírito** é o conhecimento próprio de si mesmo, que se manifesta no homem através da arte, religião e filosofia, sendo uma reflexão pessoal sobre a ética e moral.

Para Honneth (2006) o tema da vontade está diretamente vinculado com ele, o da distinção entre ação heterônoma e ação autônoma. Esses dois temas estão sustentados pela tese de que o sujeito é livre somente quando pode determinar a si mesmo, ou seja, de acordo com essa obra jurídica e política de Rousseau, vontade livre é aquela que pode dar-se a si mesma a lei (HONNETH, 2006). Rousseau abordaria, segundo ele, as transformações necessárias ao conceito de natureza humana para poder justificar a autonomia da vontade. Nesse sentido, seu ponto de partida consiste em abordar a natureza humana como constituída pela tensão entre vontade e desejo, e nesse contexto se coloca o problema da liberdade e da autonomia da vontade, remetendo tal problema diretamente à distinção entre heteronomia e

autonomia. Honneth define então ação autônoma, como aquela que segue o que é determinado pela vontade e não pelos desejos, nesse sentido, a autonomia da vontade permite ao sujeito que realize em sua ação aquilo que originariamente era sua intenção, ou seja, o que ele próprio escolheu de maneira racional e livre. (HONNETH, 2006, p. 61). Assim, a **Vontade** pode ser compreendida como um problema de formação, onde a vontade determina a ação autônoma, sendo essa vontade determinada pela lei que a pessoa colocou a ela, de maneira que a vontade permite à pessoa realizar as ações que são intencionais, escolhidas de forma racional e livre.

A esperança que se coloca aqui como parte integrante da Pessoa no modelo teórico é fundamentada no Princípio da Esperança de Ernst Bloch, que propõe uma reflexão crítica e dinâmica da esperança pautada nas interpretações das transformações dialéticas do mundo, buscando promover uma experiência concreta e total da esperança posta no princípio. (BLOCH, 2005; ZUCHETTO, 2020). Nesse sentido, a esperança é colocada como focada no passado e visando uma hipótese de um futuro idealizado, construído em contradições inquietantes do presente, propondo uma perspectiva otimista que impulsiona a luta libertadora da humanidade. (BLOCH, 2005; ZUCHETTO, 2020). De acordo com Ernst Bloch (2005), e baseada na composição filosófica de esperança com foco no cuidado de enfermagem apresentado por Zuchetto (2020), a **Esperança** é “um conjunto de emoções que se expressa através da angústia antecipadora da realidade, possuindo como caráter temporal o passado e suas raízes associadas à melancolia e personalidade, focada no futuro possível e tangível, bem como vivido no presente real e concreto”.

Em um segundo nível de reconhecimento do processo de reabilitação temos como central o conceito de Intersubjetividade, sendo este sintetizado a partir dos conceitos: Diversidade; Respeito Social; Amor; Direito; e Solidariedade.

A intersubjetividade em Honneth (2009, p.173) é colocada em termos de “formação da identidade individual”, sendo promotora da autorrealização quando as relações são bem dirigidas nas esferas do amor, direito e solidariedade, e fomentando uma identidade frágil e subalterna quando as relações são de desrespeito. Ainda, segundo Honneth (2009), Hegel expõe que a intersubjetividade é dialógica, emoldurando a formação da mente humana a partir de relações e experiências. Sendo sintetizada a **Intersubjetividade** é, a consciência-de-si, formada por interação comunicativa nas relações interpessoais, constituindo um movimento dialético de formação das identidades da pessoa, sendo que nesse movimento, os indivíduos se contrapõem entre si em busca de reconhecimento.

A definição de diversidade em um contexto social, traz a necessidade de

generalizações conceituais sobre identidade e subjetividade, para que seja possível compreender de que diversidade se fala. Colocando em termos conceituais mais simplificados, para a diversidade que se espera, dentro do modelo conceitual proposto, identidade pode ser entendida como uma categorização de igualdades e singularidades de cada pessoa que tem como propósito categorizar todos sujeitos em grupos sociais por semelhança, de maneira que cada pessoa sente-se representada por uma categoria dentro do sistema identitário e pode sentir-se representada por mais de uma categoria. Já subjetividade define uma ampliação na complexidade dos fenômenos, possibilitando a visão das diferenças e particularidades, bem como de todo o processo até a pessoa compreender tais diferenças. (HONNETH, 2009; FERREIRA, 2015; COSTA; FONSECA, 2008; ORLANDI, 2003). Daí, surge a conceituação de **Diversidade** relacionada à condição humana, a partir da identificação de semelhanças e diferenças inerentes a cada pessoa. O termo diversidade foi apropriado pelos movimentos sociais mais recentemente, dando ênfase aos distintos grupos que por fatores de igualdade ou diferença experimentam a vulnerabilidade e desigualdade social, porém, coloca-se o reconhecimento da diferença a partir do respeito à diferença de cada pessoa como cerne de sua concepção. (FERREIRA, 2015; COSTA; FONSECA, 2008; ORLANDI, 2003). O conceito de diversidade fundamenta-se na luta pelo reconhecimento dos direitos humanos em condições de igualdade dentro da sociedade, independentemente do grupo sociocultural ao qual a pessoa pertence. Logo, transcende a perspectiva do privilégio econômico, retira seu valor como um “valor humano” e coloca a ênfase no ser – na pessoa e seu bem viver, considerando-se as características sociais, culturais e políticas que influenciam tal qualidade de vida. (FERREIRA, 2015; COSTA; FONSECA, 2008; ORLANDI, 2003). Sintetizado o conceito de **Diversidade** é um movimento em defesa e promoção do reconhecimento das diferenças individuais, sejam elas de quaisquer padrões identitários, buscando a igualdade dentro de uma humanidade de pessoas diversas.

Respeito Social é o respeito a uma pessoa particular por sua relevância social, sendo entendidos direitos subjetivos da pessoa por suas propriedades individuais e capacidades concretas, colocados valores a essas. O respeito social coloca em vista o valor do indivíduo em sua unicidade, avaliando suas qualidades e realizações individuais que são consideradas socialmente relevantes, ou seja, por seus valores. (CARNEIRO, 2015; ALBATROZ, 2011; HONNETH, 2009). Considerando assim, o reconhecimento pela estima social, onde é posto um sistema referencial valorativo, a depender do contexto sociocultural da pessoa, classificando-a pela medida do valor das virtudes. (CARNEIRO, 2015; ALBATROZ, 2011; HONNETH, 2009).

A primeira esfera colocada por Honneth (2009) como base para o reconhecimento é a dimensão do **Amor**, descrita como a esfera de necessidades e desejos individuais que dizem respeito ao eixo afetivo, correspondente à constituição da autoconfiança individual. A intenção do amor é demonstrar a sensação de saber-se amado e aceito em suas necessidades individuais, desejos pessoais e carências íntimas, enquanto elemento fundamental no processo de individualização. Compreende-se a relação amorosa como a primeira dimensão do reconhecimento mútuo na qual os indivíduos se veem confirmados em seus desejos, inseguranças e carências, sendo assim dependentes do outro e permitindo o “ser-com-o-outro”. (HONNETH, 2009; DALBOSCO, 2014; MATTOS, 2016; FIGUEIREDO; PRUDENCIO, 2018; MÖLLMANN, 2011). Ao ser reconhecido em suas necessidades mais íntimas, o sujeito estabelece uma boa relação afetiva, dependente, equilibrada e autônoma entre os indivíduos envolvidos. Logo, amar implica ao mesmo tempo o reconhecimento da autonomia do outro e de si mesmo, e pressupõe o reconhecimento da dependência que cada um tem do outro. Nesse sentido, o amor é a explicação das aproximações entre autonomia e dependência nas relações primárias bem-sucedidas. A finalidade da esfera do **Amor** é o ideal de autorrealização pautado em relações de confiança e autoconfiança, entretanto pode ser desvirtuado à medida que os motivos egocêntricos de autorrealização ou de progresso individual se colocam cada vez mais como empecilhos para a criação de vínculos afetivos duradouros. (HONNETH, 2009; DALBOSCO, 2014; MATTOS, 2016; FIGUEIREDO; PRUDENCIO, 2018; MÖLLMANN, 2011).

A dimensão do **Direito** remete-se à esfera jurídica-moral equivalente à interpretação do indivíduo enquanto reconhecido como pessoa autônoma e moralmente imputável, constituída de autorrespeito, individual e coletivo. Compreende o extrato da representação de como se dão as relações de reconhecimento a partir do momento em que o eu passa a se relacionar com os demais indivíduos da sociedade. (HONNETH, 2009; GUIMARÃES; VIANA, 2017; CAUX, 2017; COSTA, 2018). Nessa lógica, a dimensão do direito tem relação com a pretensão de transformação do singular para a universalização e generalização da conduta do homem, ou seja, os indivíduos se reconhecem de modo recíproco como portadores de direitos, implicados em uma sociedade civil. Este “outro-generalizado” que emerge das relações jurídicas de reconhecimento, representa o conjunto de membros da sociedade, dotados de direitos e deveres garantidos coletivamente. (HONNETH, 2009; GUIMARÃES; VIANA, 2017; CAUX, 2017; COSTA, 2018). O direito, portanto, revela a seguridade e garantia moral da eticidade social vinculado ao respeito com o outro e a si mesmo, influenciando limitações morais subjacentes à integração social. No entanto, as falhas na integração social da modernidade, e na contemporaneidade, decorrentes da marginalização, exclusão e discriminação, desencadei-

am lutas de movimentos sociais que peleiam pelo direito ao acesso equitativo e igualitário de todas as pessoas, independentemente de suas particularidades, compreendo a pessoa-humana como diversa e generalizada. Em síntese, o Direito é uma unidade universal de consciência jurídica bilateral e totalitária. (HONNETH, 2009; GUIMARÃES; VIANA, 2017; CAUX, 2017; COSTA, 2018).

A terceira esfera do reconhecimento trata-se da **Solidariedade** social, a qual se refere a uma pluralidade de valores intersubjetivamente compartilhados que constituem a busca coletiva do projeto de autorrealização individual. A solidariedade fundamenta-se na realização real da produção recíproca e cooperativa entre sujeitos, promovendo a experiência concreta da interação social democrática. Logo, na dimensão da solidariedade é fortemente enfatizada a potência da liberdade que se realiza na prática de vida social. (HONNETH, 2009; SCHIMITI; FELDHHAUS, 2018; ALVARENGA; NAUROSKI, 2017; SPINELLI, 2018; MARTINS, 2017). Essa esfera fundamenta-se nas considerações éticas e morais de expectativas de valores públicos, ao passo que a ampliação da mutualidade no interior da *práxis* favorece o desenvolvimento moral e a autorrealização individual, estabelecendo conexões pessoais e coletivas, para a transformação da vida social. É sabido, a partir disso, que uma comunidade democrática depende de relações cooperativas, com significado político-moral e abstraída de pré-conceitos elaborados pelo senso comum, trazendo à tona o caráter público de mediação difusa, regida pela moralidade social, pelos costumes e instituições, devendo assumir a forma da estima para com o outro e a si próprio. (HONNETH, 2009; SCHIMITI; FELDHHAUS, 2018; ALVARENGA; NAUROSKI, 2017; SPINELLI, 2018; MARTINS, 2017).

No terceiro nível de reconhecimento no processo de reabilitação temos os conceitos de Participação Autônoma e Participação Igualitária (ou Paridade Participativa) como conceitos centrais, sendo que para sintetização desses temos, também sintetizados, os conceitos de: Autonomia; Autorrealização; Auto-estima; Auto respeito; Autoconfiança; e Reconstrução.

A **Participação Autônoma** na vida pública tem como base uma experiência bem sucedida de reconhecimento na esfera do amor, gerando autoconfiança na pessoa, e constituindo núcleo fundamental das formas de vida a serem qualificadas como éticas. Essa participação autônoma pode ser compreendida como uma autonomia que existe no contexto de relações sociais que a suportam, em uma conjunção com a sentimento da pessoa de ser um ser autônomo, onde a institucionalização de padrões culturais expressa igual respeito por todas as pessoas, sendo essa autonomia intersubjetiva e pautada no reconhecimento. (HONNETH, 2009).

O fracasso em constituir novas arenas democráticas e com a exclusão da possibilidade de ter várias vozes no debate, definindo a divisão do espaço político, surge um novo tipo de *défict* democrático. Na tentativa de romper com os padrões institucionalizados adota-se um entendimento de justiça social diferenciado, onde as reivindicações e disputas com relação à redistribuição e ao reconhecimento passam pelo princípio normativo inclusivo de **Paridade Participativa**, criando um espaço discursivo que pode abranger a todos, pois questiona os arranjos sociais. A teoria tridimensional da justiça, onde as três dimensões são de redistribuição, reconhecimento e representação, tem como propósito a integração dessas três dimensões da justiça, visando que tais reivindicações passem por único marco normativo, o princípio de igual valor moral, que é expresso pela paridade participativa. (FRASER; HONNETH, 2006; FRASER, 2001; FRASER, 2002). Essa norma, afirma que a justiça exige que os acordos sociais permitem que todos os membros da sociedade interajam em pé de igualdade, “o requisito moral é que se garanta aos membros de uma sociedade a possibilidade de uma paridade”. (FRASER; HONNETH, 2006, p. 42). A teoria se inicia com uma ideia central de “autonomia e valor moral igual aos seres humanos” e o foco do princípio de paridade participativa não está centrado no plano ético de compartilhamento homogêneo de uma vida boa, mas no plano deontológico, não sectário e substancial que permite o compartilhamento de uma pluralidade de valores razoáveis de uma vida boa e o respeito. Assim, a negação do acesso aos pré-requisitos à paridade participativa é fraudar o compromisso professado da sociedade com igualdade de autonomia. (FRASER; HONNETH, 2006; FRASER, 2001; FRASER, 2002). Logo, o princípio de paridade participativa, entendido para fins do modelo proposto como **Participação Igualitária**, apresenta uma forte exigência moral, sendo uma norma dialógica e discursiva, de deliberação da justiça ao julgar se as reivindicações por redistribuição, reconhecimento e representação são justas, em busca de reduzir as diferenças sociais, dismantelando os padrões de valores culturais institucionalizados, na tentativa de promover uma igualdade de status e conferir expressão política às pessoas, respeitando a igualdade de autonomia e de valor moral na interação social, e fornece assim, o tipo de reflexividade que é necessário em um mundo globalizado.

A palavra **Autonomia** significa assumir e desenvolver a ampliação das exigências da justiça social segundo uma concepção relacional, social, intersubjetiva, situada e baseada no reconhecimento. É o conjunto de capacidades adquiridas para a condução da própria vida, comprometido com uma sociedade liberal e recíproca, o qual procura explicitar o viés individualista em concomitante contradição às relações de interdependência, respeito, cuidado e estima. (HONNETH; ANDERSON, 2011; WERLE, 2016; PELLIZZARO, 2015; GIUSTI,

2007). Quando se fala em autonomia se pensa em liberdade pessoal. Isto se dá pelo fato de que a autonomia permite aos indivíduos desenvolver os objetivos pessoais sob o próprio julgamento, agindo de acordo com as próprias preferências e concepções. A noção moderna de autonomia caminha para uma perspectiva de justiça social e reconhecimento, compreendendo que a plenitude é a capacidade real e efetiva de desenvolver e perseguir a própria concepção de vida digna de valor, bem como uma esfera relacional que exige atitudes particulares, de autoconfiança, de autorrespeito e autoestima. Isto é, a autonomia é a base necessária para a participação na vida pública, imersa nos relacionamentos interpessoais e condicionantes racionais de questões morais. (HONNETH; ANDERSON, 2011; WERLE, 2016; PELLIZZARO, 2015; GIUSTI, 2007). Com isso, Honneth (2014) compreende a **Autonomia** como um aporte à compreensão da dimensão social dos processos identitários e de construção da individualidade, o qual repousa sobre as três esferas do reconhecimento: dedicação emotiva, respeito e estima social. Para os indivíduos expressarem suas autonomias individuais, é necessário que as mesmas sejam reconhecidas socialmente, em igualdade legal, para desenvolver uma autorrelação marcada, respectivamente, pela autoconfiança, autorrespeito e autoestima. (HONNETH; ANDERSON, 2011; WERLE, 2016; PELLIZZARO, 2015; GIUSTI, 2007; HONNETH, 2014).

As condições para a autorrealização individual só estão socialmente asseguradas quando os sujeitos podem experienciar o reconhecimento intersubjetivo não apenas de sua autonomia pessoal, mas também de suas capacidades particulares, dependendo de pressupostos que não estão à disposição da própria pessoa, e ela só pode adquiri-la com ajuda de seu parceiro de interação. (HONNETH, 2009). A autorrealização é uma contínua construção dialógica, ela não pode ser entendida nem como imposta de fora nem como mera expressão de desejos individuais, ela depende de um diálogo, em que os atores envolvidos operam em conjunto, sendo transformados pela simples existência do outro. (HONNETH, 2009). Para alcançar a possibilidade de autorrealização, as pessoas lutam, simultaneamente, por dignidade e para que suas particularidades sejam reconhecidas, a fazendo em esferas íntimas e públicas de interação social, através da experiência de amor, na possibilidade de autoconfiança, da experiência de direito, o autorrespeito e, da experiência de solidariedade, a autoestima. (HONNETH, 2009). Entende-se para pesquisa então, que **Autorrealização** é uma construção dialógica e intersubjetiva, onde as pessoas podem experienciar o reconhecimento intersubjetivo de determinadas capacidades particulares e autonomia pessoal, através das relações de amor, respeito e solidariedade, criando assim autoconfiança, autorrespeito e autoestima, desenvolvendo capacidades e propriedades valiosas para o

ambiente social.

A terceira esfera do reconhecimento, intitulada solidariedade, esta dimensão de estima sustenta-se nas particularidades valorativas compartilhadas, pressupondo um contexto de vida em sociedade orientada por objetivos comuns, ou seja, através da estima social é possível consolidar o grau de pluralização dos valores característicos dessa comunidade, bem como os ideais de personalidade dos seus membros. (HONNETH, 1996; HONNETH, 2009; HONNETH, 2013; COSTA, 2018; CAICEDO, 2018; FIGUEIREDO; PRUDENCIO, 2018; BRITO; LAGE; CORRADI, 2019). Nesse sentido, Honneth (2009) conceitua a autoestima em termos de estima social, como sendo as capacidades biograficamente desenvolvidas do indivíduo, colocando a dimensão de reputação e mérito imersa nessa terminologia, mas também acrescenta a possibilidade de gozo social quanto a suas realizações e a suas capacidades individuais. Com isso, fica claro que o prestígio social é pautado em autorrealizações, constituindo-se a partir de um processo de individuação e orientado pelos valores dos grupos sociais dos quais o indivíduo é membro. (HONNETH, 1996; HONNETH, 2009; HONNETH, 2013; COSTA, 2018; CAICEDO, 2018; FIGUEIREDO; PRUDENCIO, 2018; BRITO; LAGE; CORRADI, 2019). Em síntese, a **Autoestima** é a dimensão emergente de relações em grupos sociais, haja vista a exigência da aprovação recíproca das qualidades individuais, julgadas a partir dos valores existentes na comunidade.

Quanto à esfera do direito, apresentada na teoria como o reconhecimento jurídico, confere à pessoa o auto respeito, referindo a pessoa como um sujeito moral digno de ingresso no processo de interação social. (HONNETH, 2009). O **Auto Respeito** é a intensificação da capacidade da pessoa referir a si mesma como uma pessoa moralmente imputável, protegendo a posse do direito, decidindo racionalmente com autonomia individual sobre questões morais.

Para Honneth (2007), a confiança é fruto da primeira esfera do reconhecimento, intitulado amor, este permite aos indivíduos conservarem a identidade e desenvolverem uma autoconfiança, indispensável para a sua autorrealização. Nessa ótica, o autor coloca o exemplo do estado simbiótico da criança com a mãe, onde a criança experimenta a confiança no cuidado paciente e duradouro da mãe, passando a estar em condições de desenvolver uma relação positiva consigo mesma. De posse dessa capacidade, a criança está em condições de desenvolver, de forma sadia, a sua personalidade. (ROSENFELD; SAAVEDRA, 2013; SAAVEDRA; SODOTTKA, 2008; SALVADORI, 2011; ALBORNOZ, 2011). A **Autoconfiança** é uma propriedade que emerge de um processo dinâmico no qual indivíduos passam a experienciar a si mesmos como possuidores um certo *status*, contributo de valorização partilhado e pessoal, sendo o resultado de um processo intersubjetivo e contínuo

de atitude do outro e de si. Com isso compreendemos que a autorrealização do indivíduo somente é alcançada quando há, na experiência de amor, a possibilidade de autoconfiança, e isso somente é possível através da dedicação materna de reconhecimento e, por meio dele, o indivíduo desenvolve uma confiança em si mesmo, indispensável para seus projetos de autorrealização pessoal. (ROSENFELD; SAAVEDRA, 2013; SAAVEDRA; SODOTTKA, 2008; SALVADORI, 2011; ALBORNOZ, 2011; HONNETH, 2017; HONNETH, 2009).

A reconstrução ancora-se em uma análise da reprodução social no âmbito das práticas relacionais de Honneth, para uma compreensão da justiça como igualdade. Entende-se, portanto, por **Reconstrução** o processo pelo qual procura-se implantar as intenções de justiça, à medida que são analisadas os “nós” sociais para a materialização e realização de valores legitimados. Com relação a esse processo, reconstrução deve significar que a reprodução social deve ser estabelecida de acordo com os valores aceitos, implicando necessariamente em ordenar as rotinas e instituições sob o ponto de vista da forma de sua contribuição quanto à normatividade. Isto é, a reconstrução permite a legitimidade de promover uma forma duradoura de liberdade social através da convivência isenta de coerção. (HONNETH, 2009; HONNETH, 2014; SCHIMITI; FELDHAUS, 2018; ROSENFELD; MELLO; CORREA, 2015).

Partindo para a análise conceitual de Ambiente, os três níveis de reconhecimento do processo de reabilitação apresentam conceitos chave que são: em um primeiro nível, Realidade Social; em segundo nível, Vidas Intersubjetivas; e no terceiro nível, Reconhecimento. Tais níveis colocados descrevem um Ambiente complexo e único a cada Pessoa, possibilitando o fluxo intenso de relações interpessoais e de si mesmo, que faz com que o Ambiente seja mutável e crescente a cada instante. Inicia-se então, uma síntese conceitual desses conceitos já colocados, e adiciona-se a esses outros que propiciam o aprofundamento teórico na análise realizada. Conceitua-se, após síntese, **Ambiente** como o espaço sociocultural de convívio da pessoa, que tem como característica ser multifatorial e fomentado por interações que influenciam subjetivamente e intersubjetivamente, nas visões sobre o eu, o “outro” e o mundo.

De modo a aprofundar a construção conceitual de ambiente, procurou-se analisar conceitos que suportam as ideias centrais dos três níveis de reconhecimento propostos, assim ao sintetizar o conceito de Realidade Social buscou-se relacionar os conceitos de: Obstáculos; Desigualdade; Universalização; Reificação; e Ética; ao conceito de Vidas Intersubjetivas, relacionou-se: Intuição Recíproca; Liberdade; Conflito Social; Tensão Moral; e Mutualidade; e, ao conceito de Reconhecimento: Impulso Moral; Justiça; Reciprocidade; Dignidade; e

Bem-viver.

Honneth (2009) sugere uma explicação da Realidade Social quando delinea a luta por reconhecimento, que decorre da teorização sobre a experiência interior às práticas sociais, formando uma base para a construção de uma teoria da sociedade. Assim, as relações sociais são caracterizadas pelo reconhecimento, tendo a interação comunicativa e a experiência social fundamentadas nas relações e vivências concretas de cada pessoa. (HONNETH, 2009). Logo, Honneth (2009) constrói uma concepção de Realidade Social como processo de formação pelo qual a relação de reconhecimento jurídico pode se ampliar cada vez mais. Podemos colocar então que a **Realidade Social** é uma construção simbólica composta por um conjunto de interações que as pessoas estabelecem entre si e com o mundo que os rodeia, dando expressão às experiências de injustiça social das pessoas.

Para fins de construção do modelo, da síntese de Realidade Social, coloca-se **Obstáculos** como sendo barreiras, desafios, possibilidades e escolhas colocados pelo ambiente multifatorial em que a pessoa convive, sendo influenciadores diretos das relações subjetivas e intersubjetivas de cada pessoa.

As **Desigualdades** são postas aqui como diferenças sócio-econômicas e culturais, constringendo a liberdade das pessoas e a inserção delas na comunidade, bem como a sua participação nos processos coletivos de construção social. Deve-se perceber que as desigualdades cotidianas limitam a liberdade das pessoas e sua possibilidade de autorrealização, sendo necessário o combate a práticas sociais que inviabilizam algumas pessoas da sociedade em nome de uma igualdade política formalmente assegurada. (HONNETH, 2009; ANDERSON, HONNETH, 2005; DEWEY, 1970; HONNETH, 2001; MENDONÇA, 2012). A igualdade é colocada por Honneth (2009; 2001) como uma consideração efetiva pelas diferenças e unicidades em cada pessoa, ultrapassando o entendimento biológico, e considerando como estrutura social da comunidade. Honneth (2009; 2001) coloca as desigualdades econômicas como parte importante de seu trabalho, revelando que tais desigualdades implicam em uma série de outras, gerando apropriação indevida do trabalho, sendo institucionalizado nas práticas políticas. As desigualdades negam a algumas pessoas a possibilidade de serem estimadas, ferindo sua autoconfiança e auto estima, assim as desigualdades são formas de desrespeito que revelam injustiças e motivam as lutas políticas, interferindo diretamente na autorrealização pessoal e na perspectiva de uma sociedade mais justa. (HONNETH, 2009; ANDERSON, HONNETH, 2005; DEWEY, 1970; HONNETH, 2001; MENDONÇA, 2012).

A propositiva dos estudos de Honneth é analisar a realidade social contemporânea,

em instituições e práticas que, nos complexos éticos das relações pessoais, econômicas e políticas, contribuiriam à realização da liberdade. (HONNETH, 2009; HONNETH, 2015). Essas práticas sociais são compreendidas como uma esfera de eticidade democrática, fundamentada nas relações intersubjetivas, na qual os indivíduos constroem e conservam estreitos laços de afeto, respeito e estima, que possibilitam a realização da liberdade social. (HONNETH, 2009; HONNETH, 2015). Logo, a eticidade democrática define-se enquanto princípio para a realização de valores validados no processo de constituição intersubjetiva da relação triádica, esta relação torna-se constitutiva para a formação dos valores da reprodução político-moral de sociedades democráticas. (HONNETH, 2009; HONNETH, 2015; TRIDE; HELFER, 2020; SCHIMITI; FELDHAUS, 2018; MARTINS, 2020; ABREU, 2019; SILVA, 2018). A **Ética** é resultante da realização real da produção de cooperação e solidariedade recíproca entre os sujeitos, que se realiza como uma prática de vida social, sendo que, os sujeitos são considerados “éticos” à medida que carecem de um grau de consideração moral um com o outro, promovendo os fins fundamentais da autorrealização e do bem-viver.

Honneth (2009) coloca em seu livro *Luta por Reconhecimento* o direito como padrão de reconhecimento intersubjetivo que é necessário para a defesa dos direitos subjetivos fundamentais, na visão de uma normativa da universalização jurídica, sendo que tal universalização é dotada de uma imparcialidade conferida às pessoas, não dependendo para ela o prestígio social de cada pessoa na relação. É referida a Kant a ideia inicial de que se tem que reconhecer cada pessoa como significativa, agindo em relação a quaisquer uma de maneira a que nos obrigam moralmente as propriedades de uma pessoa. (MELLO, 2018; BARBOSA, 2019; MENDONÇA, 2007; DE LIMA, 2018). A universalização de Honneth é colocada em termos de foco nos direitos fundamentais inerentes a qualquer pessoa, portanto as pessoas podem adotar uma ação de pensar que qualquer pessoa também possa adotar tal ação, ou seja, a pessoa passa a perceber as outras pessoas como um fim em si mesmo, fato resultante de que o princípio da universalização demanda o respeito pelo outro. (MELLO, 2018; BARBOSA, 2019; MENDONÇA, 2007; DE LIMA, 2018; HONNETH, 2009). Logo, a **Universalização** pode ser conceituada como um pilar normativo de proteção dos direitos subjetivos das pessoas, visando o reconhecimento dessas na esfera do direito.

Quando tenta conceitualizar o termo Reificação, Honneth (2020) coloca que pretende divergir do conceito marxista no qual a reificação é posta como uma ação através da qual as pessoas são instrumentalizadas pelas outras, o que significaria que as pessoas são utilizadas para fins individuais, sem subtrair as características humanas, sendo exatamente essas habilidades humanas utilizadas para realizar seus propósitos. Honneth dicotomiza os

conceitos de instrumentalização e reificação, afirmando que na reificação as características humanas não são percebidas pelos outros, sendo a pessoa tratada como coisa. (HONNETH, 2020). Assim, com o propósito de abranger características gerais impedindo preconceitos e, ao mesmo tempo, considerando o conteúdo do fenômeno denominado reificação, Honneth busca nas formulações de Lukács uma orientação de reificação baseada numa postura de simples observação, onde essa surgiria de forma inata na relação humana com o mundo. (HONNETH, 2020; HAMEL, 2020; HONNETH, 2008; MELO, 2010). Nesse sentido, as pessoas podem esquecer, ou negar, as formas elementares de reconhecimento manifestada à outra pessoa que tem relação em sua práxis, sendo abstraídas as características humanas dessa pessoa, nessa reificação o reconhecimento que cada pessoa experimenta nas relações intersubjetivas, concedendo ao outro o reconhecimento de nossas características, ou seja, o reconhecimento prévio, não é realizado, e não nos tomamos mais como parte existencial do outro, os tratando como um objeto inanimado, uma coisa. (HONNETH, 2020; HAMEL, 2020; HONNETH, 2008; MELO, 2010). Logo, podemos definir a **Reificação** como o esquecimento do reconhecimento, entendendo que o processo pelo qual nos conhecemos e conhecemos os outros não é tomado em consciência a partir da participação anterior em relações de reconhecimento.

A intersubjetividade das pessoas dá-se como dimensão social da consciência humana, destacando o caráter relacional e agonístico da construção da sociedade. Logo, pensando em reconhecimento, deve-se assumir que a **Vida Intersubjetiva** das pessoas se constrói na relação com o outro, compondo as diversas identidades da pessoa em ação conjunta, de forma dialógica, em busca de uma autorrealização. (BRATEN, 1998; HABERMAS, 1970). Essa intersubjetividade social, de **Vidas Intersubjetivas**, é colocada então em três significados: Como comunhão interpessoal entre pessoas que mutuamente estão sintonizados nas expressões e estados afetivos; em atenção conjunta a objetos e domínios compartilhados de conversação; e, na capacidade de compreensão da comunicação, estabelecendo inferências sobre intenções, crenças e sentimentos dos outros como simulação ou leitura de estados mentais, tido como empatia. (BRATEN, 1998; HABERMAS, 1970). A experiência de Vida Intersubjetiva é definida então como o que é vivido simultaneamente por várias pessoas, em relações mútuas, formando uma sociedade ou comunidade.

Essa experiência de intersubjetividade, tem como propósito compreender o que Honneth coloca como fator determinante para caracterizar o valor ético da liberdade na sociedade contemporânea, alcançada por vias intersubjetivas. Essa **Liberdade** pode ser conceituada em três perspectivas: a negativa; a reflexiva; e a social. (HONNETH, 2017).

A Liberdade Negativa, baseada em Hobbes, refere-se à ausência de impedimentos externos para que as pessoas realizem seus objetivos propostos por si mesmo, aqui se elabora uma justiça onde o egoísmo é característica predominante, e o direito delimita as liberdades em favor de uma convivência social harmoniosa onde cada pessoa pode realizar seus próprios interesses (HONNETH, 2017). A Liberdade Reflexiva é caracterizada pela capacidade da pessoa em se auto determinar, demonstrando seus desejos, Rousseau inspira a ideia de que as pessoas estão aptas a tomarem decisões, examinando seus motivos e questionando as instituições formalizadas, integrando as concepções de autolegislação e autenticidade. (HONNETH, 2017).

Já a Liberdade Social é concebida, por Honneth, por meio da concretização dos objetivos autodeterminados das diferentes pessoas que se confirmam mutuamente, assim, essa liberdade efetiva o reconhecimento nos diversos processos de vida social, validando socialmente as pessoas. (HONNETH, 2017). Logo, por **Liberdade**, conceituaremos a Liberdade Social de Honneth (2017), que é compreendida como a liberdade existente na relação interpessoal, onde o reconhecimento é condição necessária para a realização dos próprios objetivos de ação. Sendo que, dessa liberdade social as pessoas exercem seu direito de verificar se as instituições formalizadas na sociedade satisfazem seus próprios padrões, utilizando para tal, as liberdades negativa e reflexiva.

Na busca dessa liberdade, há a convicção elementar das experiências morais que impulsionam, constantemente, a luta pelo reconhecimento, colocado na perspectiva de Honneth (2009), como sustentação da **Mutualidade**. Resultantes da sensação de injustiça por aspectos da própria personalidade ou ausência de reconhecido pelos outros, a vulnerabilidade moral do ser humano só se transformará em protesto e revolta se for mediada por determinadas experiências. Nesse sentido, o autor encoraja os sujeitos envolvidos na busca do reconhecimento mútuo como uma força emancipatória moral na nossa história. (FONTES, 2018; HERZOG, 2018; SCHIMITI; FELDHAUS, 2018; MASSAÚ; BAINY, 2019; HONNETH, 2009). Com isso, torna-se evidente que a Mutualidade do reconhecimento intersubjetivo depende da identidade e da ipseidade, coexistindo a relação de dupla assimetria e interdependência que impulsiona a luta pelo equilíbrio e reconhecimento pleno. A partir disso a mutualidade anuncia uma intimidade personalizada, na medida em que será colocada como fonte de julgamento legítimo, garantindo o poder da vontade individual na concretização de uma ação normal com os meios apropriados. Logo, o ser mutualizado é reconhecido em suas individualidades autônomas na busca pela simetria relacional das diferenças, influenciando para uma relação pautada em respeito e estima pública. (FONTES, 2018;

HERZOG, 2018; SCHIMITI; FELDHAUS, 2018; MASSAÚ; BAINY, 2019; HONNETH, 2003).

As reivindicações individuais por reconhecimento intersubjetivo das identidades, gera a tensão moral, sendo essa, uma força estruturante da moralidade da sociedade. (VENTURA, 2011). Honneth (2009) amplia essa ideia de **Tensão Moral** dando forma a ideia de que as relações intersubjetivas de reconhecimento estão integradas ao processo de individuação, esse processo dá origem às transformações sociais por intermédio das lutas sociais. Ao afirmar que cada pessoa entende a moral de maneira única na sua construção de individuação, a tensão é posta entre as possibilidades de individuação garantidas institucionalmente, através da inclusão, e as expectativas morais e identitárias de individuação vistas nas diferentes esferas de reconhecimento de Honneth. (HONNETH, 2009; VENTURA, 2011). Há sempre uma tensão entre as redes intersubjetivas de reconhecimento que procuram divergir do caráter normativo social, logo, a Tensão Moral é a tensão implícita em relações complexas de reconhecimento dentro do contexto social de moralidade imposta e individual.

Quando experiências morais negativas são vivenciadas pelas pessoas em suas subjetividades, são originários os **Conflitos Sociais** (FUHRMANN, 2013). Honneth afirma que os conflitos sociais surgem na luta por reconhecimento, sendo essa luta o propulsor das mudanças sociais, e quando na ausência de reconhecimento, originam tais conflitos. (HONNETH, 2009). A teoria de Honneth (2009) coloca como iniciador dos conflitos sociais as experiências relacionais entre pessoas caracterizadas pelo menosprezo, humilhação, ofensa e desprezo, tanto na vida pública como na privada. Logo, a ausência de reconhecimento intersubjetivo e social é caracterizada como conflito social.

Pode-se, então, afirmar que todo processo intersubjetivo das relações passa pelo entendimento de como a pessoa vê a si mesma na outra, e Hegel utiliza o termo **Intuição Recíproca** buscando entender como a pessoa realiza tal entendimento, passando por um primeiro momento onde conhece mais sobre a suas próprias identidades, tanto como pessoa jurídica como em sua subjetividade particular, e num segundo momento alcançando uma maior autonomia, que leva ao reconhecimento pelas pessoas em sua dependência recíproca. (HONNETH, 2009). O que Hegel coloca como intuição recíproca, Honneth (2009) coloca como um ser-consigo-mesmo-no-outro atingindo uma dimensão máxima na solidariedade, nessa a pessoa se intui em cada outra pessoa como a si mesmo, servindo como base comunicativa para que as pessoas, antes isoladas em relações jurídicas, possam se integrar coletivamente numa comunidade ética.

Com pretensão de compreender as pessoas através das reciprocidades relacionais

existentes entre dois sujeitos, isto é, quando dois indivíduos se veem confirmados em sua autonomia por seu respectivo opositor, pode-se chegar, de modo complementar, a uma compreensão de si mesmos como agentes autônomos e individuados. (MENDONÇA, 2012; MENDONÇA, 2009; ALBORNOZ, 2011; HONNETH, 2009). Parte-se dessa premissa, oriunda da teoria da intersubjetividade, a elaboração do **Reconhecimento** como a possibilidade de ser recíproco ao mesmo tempo que distinto um dos outros segundo o grau de autonomia. O reconhecimento acontece como uma espiral ascendente, a formação da autoconsciência, no movimento de confronto entre os sujeitos, encontrando-se em continuidade e complemento nas três dimensões do reconhecimento: primeiro, a esfera da dedicação emotiva; segundo, a das relações de respeito à esfera jurídica; e terceiro o assentimento solidário. A partir dessa concepção de reconhecimento nas três dimensões de interações sociais, construídas de forma dialética, materialista e calcada na psicologia social, pode-se interpretar esse conceito como um projeto teórico para a renovação e elaboração de um mundo menos opressivo, rompendo com as correntes da exclusão e marginalização, e partindo para um novo caminho da emancipação. (MENDONÇA, 2012; MENDONÇA, 2009; ALBORNOZ, 2011; HONNETH, 2009). Dessa forma, o reconhecimento impulsiona a ação dos sujeitos no mundo e o progresso moral da sociedade, sendo que o parâmetro de tais lutas é o anseio pela autorrealização. (HONNETH, 2009).

Quanto à moralidade social contemporânea, podemos afirmar que a Dignidade da pessoa é dada quando garantidas condições mínimas para a sobrevivência, assim, na Declaração Universal dos Direitos Humanos é posto que a dignidade da pessoa faz parte de uma luta pela garantia ampla da liberdade. (SARLET, 1998). Buscou-se no pensamento kantiano, uma ideia para a definição de Dignidade, sendo que é colocado para tal conceito o significado de todo valor, inerente ao ser humano, que não tem preço e não pode ser substituído por um equivalente, ou seja, “...constitui a condição só graças à qual qualquer coisa pode ser um fim em si mesma, não tem somente um valor relativo, isto é um preço, mas um valor íntimo, isto é dignidade”. (KANT, 2009, p. 77). Honneth (2009) expressa essas ideias, tanto kantianas quanto de direitos humanos, em termos de reconhecimento jurídico, postulando que, através deste pode-se conceder proteção da **Dignidade**, tornando a pessoa membro de uma organização social e determinando seus direitos enquanto pessoa, sendo a dignidade definida como uma concretização dos direitos humanos.

O processo de desenvolvimento da sociedade a partir da experiência de desprezo e desrespeito pessoal, onde os direitos não são concretizados, em contradição à condição inata da pessoa de proteger-se, é representado por Honneth (1992) como **Impulso Moral**. O

impulso moral é resultante de conflitos sociais e exerce uma ação de incentivador da reflexão acerca das organizações civis voltadas para a emancipação. A intersubjetividade possui um caráter conflitivo e dialógico da experiência prática do indivíduo, partindo da tensão criativa, impulsionada por diferenciação identitária e diversidade humana, para determinar o reconhecimento de si e do outro. Dito isto, o papel do impulso moral é propor conflitos aos padrões de reconhecibilidade construídos socialmente, no qual o processo de luta social é um *médium* para o desenvolvimento de vínculos éticos mais maduros. (HONNETH, 1992; HONNETH, 2003; HONNETH, 2016; ROSENFELD; SAAVEDRA, 2013; PIROLI, 2018).

O impulso moral pode originar a reflexão sobre a **Justiça**, que segundo Honneth (2008), não existe sem reconhecimento, ou seja, toda pessoa espera da sociedade a possibilidade de ter suas capacidades reconhecidas, bem como suas contribuições sociais e generalização. A justiça aparece, principalmente, relacionada à esfera do direito e da performance, considerando as atribuições históricas, necessidade de universalizar e integrar-se socialmente. Entretanto, todo o processo de reconhecimento perpassa relações intersubjetivas conflituosas, e o mesmo ocorre na luta por justiça, a qual concretiza-se a partir da base comum de valor ético e normativo. (HONNETH, 2008; HONNETH, 2016; ROSENFELD; SAAVEDRA, 2013; SOBOTTKA, 2016; PINZANI, 2012). A justiça é considerada como o reconhecimento da dimensão fundamental intrínseca às necessidades dos sujeitos. A justiça articula-se com o conteúdo empírico próprio a cada sociedade concreta e particular, consistindo em um eixo estruturador de críticas e contribuições ético-sociais. (HONNETH, 2008; HONNETH, 2016). Ainda há, a concepção de justiça como o alicerce da autorrealização individual construída a partir de relações intersubjetivas de reconhecimento. Isso corrobora para a noção de justiça social alinhada com a autonomia relacional, social, intersubjetiva e situacional. Essa teia que une a justiça à concepção de moralidade é decorrente da relação de reconhecimento recíproco para a garantia de identidade pessoal, autorrealização individual e proteção cognitiva. (HONNETH, 2008; HONNETH, 2016; ROSENFELD; SAAVEDRA, 2013; SOBOTTKA, 2016; PINZANI, 2012).

A reflexão sobre Justiça leva a ideia de **Reciprocidade**, que é entendida por Honneth (2014) como a construção da ideia de justiça fundamentada na existência de um acordo compartilhado de reconhecimento intersubjetivo, identificando valores e garantindo a vida significativa no âmbito coletivo. A reciprocidade é um termo imerso em conceitos de justiça social e liberdade, à medida que é através dessa relação dinâmica de reconhecimento que ocorre a vivência constante da intersubjetividade na sociedade. (HONNETH, 2009; HONNETH, 2014). Nesse viés, o reconhecimento recíproco não pode ser entendido como

inflexível ou fixo, uma vez que necessita da cooperação constante entre indivíduos. Uma dimensão justa de valorização das necessidades, convicções e habilidades, consistindo na confirmação de desejos e metas para a autorrealização, liberdade e igualdade. Posto isso, fica claro que Honneth propõe a reciprocidade como a verificação constante da ideia do correto e do justo sob um enfoque que considere o substrato da dinâmica social. Ou seja, a ação recíproca entre indivíduos constitui-se de uma consciência comum da relação jurídica de reconciliação e conflito, envolvendo um sujeito que quer ser reconhecido, e o outro sujeito da relação, confirmador da identidade daquele. (HONNETH, 2014; HONNETH, 2009; BRITO, 2017; SOUZA, 2017; MACIEL, 2017).

Por fim, Honneth expressa o **Bem-Viver** em termos de uma sociedade em que existe ‘paridade de participação’, nessa perspectiva, a realização do Bem-Viver deve-se ao **Reconhecimento**, pois quando esse não ocorre há desrespeito dos direitos sociais das pessoas. Logo, uma definição conceitual prática, com base no reconhecimento de Honneth, coloca o Bem-Viver como o momento em que a pessoa se sinta amada, usufrua dos seus direitos de cidadania e se sinta valorizada socialmente. (PINTO, 2020; MENDONÇA, 2007; HONNETH, 2009).

Passamos então à análise e síntese conceitual do **Tempo** colocado aqui como um dos pilares para a formação conceitual do modelo teórico construído, urge como um processo, seja esse, um processo de vida social privada ou pública, um processo de criação de relações intersubjetivas, um processo de ambiência sócio-cultural, um processo de trabalho instrumentalizado, ou ainda, um processo de reconhecimento.

Entende-se que na instituição da relação ‘pessoa cuidada e enfermeira’ o tempo colocado é o processo de construção tanto da pessoa em sua diversidade, quanto o processo de construção da relação intersubjetiva pautada no reconhecimento do outro, porém entra aqui um terceiro processo constitutivo que carece ser pontuado, o processo de trabalho instrumentalizado da pessoa que cuida, ou seja, o processo de construção da enfermagem de reabilitação.

Logo, para conceituação do Tempo, colocado em termos de processo, se realiza a análise e síntese conceitual dos conceitos: Luta Social; Contemporaneidade; Reabilitação; e, Devir.

Inicialmente, coloca-se que, para Hegel, a luta é elemento moral intrínseco às relações sociais, considerando como Lutas Sociais a busca em garantir o reconhecimento recíproco (RAVAGNANI, 2009). A luta social por reconhecimento é definida pelos atributos morais assumidos socialmente, e em propriedades as quais as pessoas devem possuir para

integrar a participação social, passando assim, a ser compreendida como uma relação jurídica universal, reconhecendo a dignidade e a reputação social das pessoas em igualdade. (RAVAGNANI, 2009; VENTURA, 2011). Porém, Hegel leva em consideração que as transformações das esferas de reconhecimento resultam de lutas sociais em diversos grupos que buscam seu direito, estima e aspirações afetivas no processo de autorreconhecimento. (RAVAGNANI, 2009; VENTURA, 2011). Quando Honneth busca compreender as lutas sociais, ele destaca que o conceito utilitarista, dominante da Teoria Política, inibiu outras interpretações que permitissem considerar a percepção de injustiça e o sentimento de desrespeito das classes trabalhadoras, o que pode ser entendido como avaliar as lutas sociais além da simples exteriorização da privação econômica, ou da miséria. (RAVAGNANI, 2009; VENTURA, 2011). Assim, a **Luta Social** não é uma luta por poder onde o reconhecimento constitui uma autopreservação física apenas, mas sim uma luta por reconhecimento num processo de desenvolvimento das dimensões da subjetividade humana através do conflito, sendo esse conflito a lógica do desenvolvimento moral da sociedade.

A contemporaneidade proposta como um dos níveis do tempo, enquanto processo, no modelo teórico para enfermagem de reabilitação apresenta em sua análise e síntese uma complexidade contextual que necessita integrar alguns conceitos chave de filosofias diversas que tentam compreender uma definição de contemporaneidade que abarque um processo de integração social, de multiplicidade, de complexidade, e também, de incerteza.

A análise e síntese conceitual leva a um conceito de Contemporaneidade onde a relação pessoa e tempo é singular e imprescindível a um processo de mundo globalizado e interdependente em suas relações sociais. A conceituação de contemporaneidade considera que a pessoa é impelida ao movimento, sendo que as mudanças do ambiente em que se relaciona posiciona a visão da pessoa sobre si mesma. Logo, a pessoa não tem mais uma identidade formadora de sua personalidade, ou melhor, não se reconhece como apenas uma forma identitária, nessa relação experienciada de contemporaneidade, a pessoa tem capacidade de mudar e adquirir as identidades que julgue necessárias a sua convivência em sociedade. (SILVA; MENDES; ALVES, 2015; IRIART; CAPRARA, 2011; BAUMAN, 2007).

Partindo dessa análise conceitual de contemporaneidade em constante mudança das pessoas, pode-se sintetizar a ideia de trabalho, sendo esse agora, como uma forma de alcançar a felicidade através do consumo. Ou seja, o trabalho não se relaciona mais com a moral do trabalho, e sua identidade, mas sim com o propósito de consumir, e esse consumo é colocado como sinônimo da felicidade da pessoa, passando a colocar em segundo plano as relações

interpessoais que não provenham novos objetos. (SILVA; MENDES; ALVES, 2015; BAUMAN, 2007). Disso, surge uma outra síntese de contemporaneidade, que é o fator isolamento social. Esse isolamento social acontece quando colocamos a satisfação pessoal inversamente proporcional ao tempo investido nas relações, ocasionando uma fragilização dos vínculos a fim de potencializar a satisfação imediata, sendo que as relações tornam-se superficiais. (IRIART; CAPRARA, 2011; BAUMAN, 2007).

Logo, pode-se conceituar **Contemporaneidade** como um processo de tempo onde a relação da pessoa com outras, relacionadas também com o tempo circunscrito, permanece em constante movimento, em busca de mudança ou aquisição de identidades que proporcionem relações rentáveis à obtenção de novos objetos, e assim satisfazendo momentaneamente a pessoa, com objetivo de alcançar sua felicidade.

Um conceito de extrema relevância ao modelo proposto, é a Reabilitação. Entende-se **Reabilitação** enquanto processo, possibilidade, ou ainda enquanto desenvolvimento de habilidades funcionais, físicas, psíquicas, educacionais, sociais, profissionais e ocupacionais em qualquer fase do ciclo vital. O que se pode afirmar sobre reabilitação é sua imanência em ultrapassar disciplinas profissionais na busca compartilhada de potencialidades e esperanças, atribuindo valor à participação da família e comunidade, bem como estabelecendo espaço para o protagonismo do “eu” com o “outro”. É um processo de duração ilimitada, retroalimentado a cada tentativa sucedida, envolvendo as experiências exitosas e outras conflituosas como um impasse ou luta pela dignidade, autonomia e independência. A reabilitação é, ao mesmo tempo, o princípio de um potencial, mas também a conclusão de uma meta, à medida que funciona como um instrumento de ressocialização, garantia de cidadania, inclusão e igualdade. Para isso a reabilitação permite criar e recriar formas de exercer ou pensar para uma tomada de decisão mais consciente e crítica, facilitando os ajustes e reajustes individuais ou coletivos. A reabilitação é a ação de modificar a própria vida em vista da participação autônoma e emancipatória, é uma conduta pessoal de autocuidado, autogestão e auto manejo para o bem-viver. Poder-se-ia dizer ainda, que a reabilitação é dedicar-se constantemente às atualizações do processo de viver humano, proporcionando o melhor aproveitamento da experiência diária e preservação da autoestima. (OMS, 2011; NEVES; FARO, 2011; LOMONACO; CAZEIRO, 2006; SCHOELLER *et al.*, 2020).

Por fim, o conceito de devir, para fins do modelo teórico pautado no reconhecimento, é sintetizado através da dialética de Hegel (2006), na contradição do sujeito no ser e não ser. O devir pode ser colocado como a unidade relacional do ser que passou ao nada, e do nada que passou ao ser, surgindo como resultado do trânsito entre as duas categorias iniciais. Logo,

o **Devir** consiste no movimento do ser em igualdade ao nada, ou não ser, no qual a diferença dos mesmos é, e igualmente se suprassume e não é, como resultado, sendo afirmada então, a diferença entre ser e o nada, mas como uma diferença apenas visada. (HEGEL, 2016; HEGEL, 1995; ALBUQUERQUE, 2021).

A necessidade de analisar e sintetizar todos os conceitos que mostram relevância ao modelo de enfermagem de reabilitação leva ao conhecimento de diversas formas de pensar o cuidado como uma relação entre duas pessoas, que existem em um ambiente único a cada uma, e num processo de saúde e de tempo que é individual e também compartilhado entre ambos quando na relação intersubjetiva. Sendo que temos o reconhecimento como conceito central para alcançar os objetivos de ambas pessoas numa relação de cuidado de reabilitação.

Considerações finais

A construção metodológica de um Modelo Teórico inicia pela análise e síntese conceitual, processo esse que levanta dados de extrema relevância para a temática base para o modelo de enfermagem de reabilitação, através de dados literários científicos de origem na enfermagem, filosofia e sociologia.

Como primeiro passo, a análise de conceitos aumenta a riqueza de nosso vocabulário e fornece definições teóricas e operacionais precisas, além de rigorosamente construídas para uso em teoria e pesquisa. Enquanto a síntese de conceitos é uma estratégia que se desenvolve ao reunir vários elementos de dados em um padrão ou relacionamento não claramente visto antes, de modo a formar um novo conceito, sendo a síntese de conceitos uma atividade altamente criativa que pode agregar novas informações significativas a uma determinada área de interesse.

Esse processo metodológico nos permitiu construir uma base para a reflexão sobre o entrelaçamento de Enfermagem de Reabilitação com a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth.

Deve-se apontar algumas limitações do estudo, que foram principalmente, a falta de material de enfermagem de reabilitação tanto dessa prática enquanto forma de emancipação da pessoa, visando seu bem-viver em sociedade, como também, materiais que sustentem a ideia de uma reabilitação que transpassa as limitações humanas, sejam físicas ou de sociais, tentando entender que a diversidade humana é o principal fator que permite o reconhecimento intersubjetivo e através dele o entendimento e autorrealização dos outros e de si mesmo. Também, em contexto nacional, ainda não existem muitas pesquisas na área da enfermagem de reabilitação, e as que existem não tem a visão pautada no reconhecimento e bem-viver, o

que pode prejudicar o entendimento de alguns conceitos formulados pelas pesquisadoras e expostos nesse trabalho.

Referências

- ABREU, J. M. M. Reconhecimento e diferença na teoria ética de Axel Honneth: uma questão em forma de ensaio. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre**, v. 35, n. 1, p. 403-420, jun. 2019. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/conteudo/artigos/3d130b702ea7ae937d80b3a540dc42f6.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.
- AGUILLAR, O. M.; MENDES, I. A. C. Viabilidade da aplicação de teorias de enfermagem: relato de experiência no âmbito da pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 22, n. spe., p. 47-52, 1988.
- ALBORNOZ, S. G. As esferas do reconhecimento: uma introdução a axel honneth. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Santa Cruz do Sul, v. 14, n. 1, p. 127-143, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25720/27453>. Acesso em: 20 out. 2020.
- Albuquerque, R. G. AUFHEBUNG E DEVIR: Um estudo a partir da Doutrina do Ser da Ciência da lógica. **Pólemos**, [s.l.], v. 10, n. 21, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/polemos/article/view/37406>. Acesso em 25 out. 2021.
- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 39, p. 202-210, 2005.
- ALVARENGA, L. N.; NAUROSKI, E. A. Direito e conflitos sociais, uma reflexão a partir da teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Jicex**, Santa Cruz, v. 10, n. 10, p. 1-6, mai. 2017. Disponível em: <http://unisantacruz.edu.br//revistas/index.php/JICEX/article/view/2749>. Acesso em: 20 out. 2020.
- ANDERSON, J.; HONNETH, A. Autonomy, vulnerability, recognition, and justice. In: CHRISTMAN, J.; ANDERSON, J. (eds.). **Autonomy and the challenges to liberalism: new essays**. New York (EUA): Cambridge University Press, 2005.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- ANDRADE, B. B. *et al.* Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2008.
- BARBOSA, C. P. Redistribuição e reconhecimento a partir de Hegel: um diálogo sobre justiça entre Axel Honneth e Nancy Fraser. **Diálogo**, [s.l.], n. 41, p. 09-16, 2019.
- BARROS, M. V. M. A possível consciência moral coletiva em Sartre como uma releitura de um Marxismo. **Ensaios Filosóficos**, [s.l.], v. 20, n. 10, p. 177-196, dez. 2019. Disponível em: http://www.ensaiosfilosoficos.com.br/Artigos/Artigo20/13_Barros_Ensaios_XX.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.
- BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. São Paulo: Schwarcz-Companhia das Letras, 2007.

BLOCH, Ernst. **O princípio esperança**. v. 3. Rio de Janeiro: Contraponto/ UER, 2005-2006.

BRÅTEN, S. *et al.* **Intersubjective communication and emotion in early ontogeny**. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press, 1998.

BRITO, J. W. R. Contribuições de Axel Honneth para o debate sobre teorias da justiça na contemporaneidade. **Revista Opinião Filosófica**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 328-345, 2017. Disponível em: <https://www.opiniaofilosofica.org/index.php/opiniaofilosofica/article/view/808>. Acesso em: 26 out. 2020.

BRITTO, A. C. L.; LAGE, D. G. R. C.; CORRADI, A. Teoria do reconhecimento de Axel HONNETH: razões para preservar arquivos pessoais. **Ágora**, Florianópolis, v. 29, n. 58, p. 1-18, jun. 2019. Disponível em: <https://patua.iec.gov.br/bitstream/handle/iec/3765/Teoria%20do%20reconhecimento%20de%20Axel%20Honneth%3a%20raz%3%b5es%20para%20preservar%20arquivos%20pessoais.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 out. 2020.

CAICEDO, L. O. Experiencias artísticas de personas con dis_capacidad cognitiva: caminos para la estima social. Escena. **Revista de Las Artes**, [s.l.], v. 77, n. 2, p. 53-69, 25 jan. 2018... Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/escena/article/view/32138/31789>. Acesso em: 28 out. 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1997. 188p.

CAUX, L. P. Intersubjetividade e ontologia social nas revisões da teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Ethic@ - An International Journal For Moral Philosophy**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 35-62, 30 ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/1677-2954.2017v16n1p35/34745>. Acesso em: 20 out. 2020.

CHINN, P. Li.; JACOBS, M.K. **Theory and nursing: a systematic approach**. Saint Louis (EUA): Mosby, 1983.

COSTA, E. G. A luta por reconhecimento: aspectos teóricos do pensamento de Axel Honneth. **Prometeus**, Porto Alegre, v. 11, n. 26, p. 209-230, abr. 2018.

COSTA, L. A.; FONSECA, T. M. G. Da diversidade: uma definição do conceito de subjetividade. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 42, n. 3, p. 513-519, 2008.

CZERESNIA, D. Canguilhem e o caráter filosófico das ciências da vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 709-727, 2010.

CZERESNIA, D. Simondon e os sentidos da individuação biológica. **Doispontos**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 35-42, nov. 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/doispontos/article/view/70250>. Acesso em: 20 out. 2020.

DALBOSCO, C. A. Condição humana e formação virtuosa da vontade: profundezas do reconhecimento em Honneth e Rousseau. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 799-812, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-

97022014000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2020.

DE LIMA, F. J. G. Os limites do direito: uma abordagem a partir de Honneth. **Revista Quaestio Iuris**, [s.l.], v. 11, n. 04, p. 2445-2457, 2018.

DE LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

DEWEY, J. **Liberalismo, liberdade e cultura**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1970.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

FARO, A. C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FERREIRA, W. B. O conceito de diversidade na BNCC - relações de poder e interesses ocultos. **Retratos da Escola**, [s.l.], v. 9, n. 17, 2015.

FIGUEIREDO, M. J.; PRUDENCIO, K. Muito amor, pouca estima e (quase) nenhum reconhecimento: o trabalho dos professores sob a perspectiva de Axel Honneth. **Rev. Int. de Form. de Professores**, Itapetininga, v. 3, n. 1, p. 88-98, mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/RIFP/article/view/912/860>. Acesso em: 20 out. 2020.

FRASER, N.; HONNETH, Al. **Redistribuição ou reconhecimento?** Um debate político-filosófico. Madrid: Morata S.L, 2006.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, J. (Org.). **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília: UnB, 2001.

FRASER, N. A justiça social na globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 63, 2002. Disponível em: <http://rccs.revues.org/1250>. Acesso em: 26 nov. 2018.

FUHRMANN, N. Luta por reconhecimento: reflexões sobre a teoria de Axel Honneth e as origens dos conflitos sociais. **Barbaroi**, [s.l.], p. 79-96, 2013.

GIUSTI, M. Autonomía y Reconocimiento. **Ideas y Valores**, [s.l.], v. 56, n. 133, p. 39-56, abr. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/809/80915460003.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

GUIMARÃES, M. O.; VIANA, A. N. A educação como pressuposto para o exercício da cidadania: políticas públicas, inclusão e individuação na teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Educação e Filosofia Uberlândia**, Pará de Minas, v. 1, n. 8, p. 15-31, abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/154>. Acesso em: 20 out. 2020.

HABERMAS, J. Towards a theory of communicative competence. **Inquiry**, [s.l.], v. 13, n. 1-

4, p. 360-375, 1970.

HAMEL, M. R. Reificação: Uma categoria reformulada pela Teoria Crítica?. **Pensando-Revista de Filosofia**, [s.l.], v. 11, n. 22, p. 40-51, 2020.

HARDY, M.E. Perspectives on nursing theory. **Adv. Nurs. Sci.**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 37-48, 1978.

HEGEL. G.W. F. **Ciência da lógica: A Doutrina do Ser**. Trad. Christian G. Iber, Marloren L. Miranda e Federico Orsini. Petrópolis: Vozes, 2016.

HEGEL. G.W. F. **Enciclopédia das ciências filosóficas em compêndio**. v. 1. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Loyola, 1995.

HONNETH, A. As enfermidades da sociedade: Aproximação a um conceito quase impossível. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 575-594, mar. 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/22520>. Acessado em 28 de Out. 2020.

HONNETH, A. Recognition or redistribution? Changing perspectives on the moral order of society. **Theory, Culture & Society**, [s.l.], v. 18, n. 2-3, p. 43-55, 2001.

HONNETH, A.; ANDERSON, JI. Autonomia, Vulnerabilidade, Reconhecimento e Justiça. **Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade**, São Paulo, n. 17, p. 81-112, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/view/64839>. Acesso em: 23 out. 2020.

HONNETH, A. A textura da justiça: sobre os limites do procedimentalismo contemporâneo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 345-268, dez. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277166920_A_textura_da_justica_sobre_os_limites_do_procedimentalismo_contemporaneo. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. **Isegoría**, Constanza, n. 5, p. 78-92, 1992. Disponível em: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/339>. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: 34, 2009. 296 p.

HONNETH, A. **O direito da liberdade**. Tradução de Saulo Krieger. São Paulo: Martins Fontes, 2015. 648p.

HONNETH, A. O eu no nós: reconhecimento como força motriz de grupos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 56-80, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/v15n33/v15n33a03.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. Observações sobre a reificação. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 68-79, out. 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/4322/6868>. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. Reconocimiento y obligaciones morales. **Revista Internacional de Filosofía Política – RIFP**, Frankfurt, n. 8, p. 5-17, 1996. Disponível em: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:filopoli-1996-8-6443431F-2BE8-F544-3A97-47F0DA074DF8&dsID=reconocimiento_obligaciones.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

HONNETH, A. **Reificação: um estudo de teoria do reconhecimento**. São Paulo: Unesp, 2020.

HONNETH, A. **Sufrimento de indeterminação, uma reatualização da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Esfera Pública, 2007. 145p.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974.

INÁCIO, B. R. A liberdade e a autonomia na formação da consciência moral em Kant. **Debates Filosóficos: Direito, Ética e Educação**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://www.revista.unisal.br/lo/index.php/itinerarios-filosoficos/article/view/1079>. Acesso em: 22 out. 2020.

IRIART, J. A. B.; CAPRARA, A. Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1253-1268, 2011.

JACOX, A. Theory construction in nursing: an overview. **Nurs. Res.**, New York, v. 23, n. 1, p. 4-13, 1974.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Discurso Editorial: Barcarolla, 2009.

KREIBICH, S.; LEITE, T. S. A anterioridade ontológica da individuação: terceiro estudo. **Ekstasis: Revista de Hermenêutica e Fenomenologia**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 61-82, nov. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Ekstasis/article/view/42734>. Acesso em: 22 out. 2020.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LESSA, S. Trabalho, sociabilidade e individuação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 231-246, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

LOMONACO, J. F. B.; CAZEIRO, A. P. M. Concepções de deficiência e reabilitação: um estudo exploratório com graduandos de Fisioterapia. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 83-97, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

MACIEL, R. E. R.. A questão do reconhecimento e das patologias sociais segundo Axel Honneth. **Revista do Curso de Direito da Uniabeu**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 64-89, jul. 2017. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/rcd/article/view/2804>. Acesso em: 26 out.

2020.

MARTINS, P. G. Teoria do reconhecimento e economia solidária: uma proposta de recomposição entre igualdade e solidariedade theory of recognition and solidarity economy. **Duc In Altum** - Cadernos de Direito, [s.l.], v. 8, n. 16, p. 197-219, jan. 2017. Disponível em: <http://faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/article/view/401/390>. Acesso em: 20 out. 2020.

MARTINS, P. P. S. **A justiça entre a moralidade e a eticidade**: análise da teoria do reconhecimento de Axel Honneth à luz das objeções de Nancy Fraser. 2020. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Filosofia) - Curso de Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204916/T%20C%20C%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 out. 2020.

MATTOS, P. O reconhecimento na esfera do amor: para uma discussão sobre os paradoxos da transformação da intimidade. **Síntese**: Revista de Filosofia, Belo Horizonte, v. 43, n. 137, p. 421-442, nov. 2016. Disponível em: <http://periodicos.faje.edu.br/index.php/Sintese/article/view/3575/3666>. Acesso em: 20 out. 2020.

MATOS, S. M.M.; CHAGAS, N. A. D. O conceito de direito na teoria crítica de Axel Honneth: entre reconhecimento e patologia social. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, Curitiba, V. 66, n. 1, p. 67-94, abr. 2021.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: Development and progress**. Filadélfia (EUA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELLO, J. Os desencontros da teoria moral em Honneth e Kosgaard: uma análise do papel da intersubjetividade. **Revista Seara Filosófica**, [s.l.], n. 17, p. 34-51, 2018.

MELO, R. Reificação e reconhecimento: um estudo a partir da teoria crítica da sociedade de Axel Honneth. **Ethic@-An international Journal for Moral Philosophy**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 231-245, 2010.

MENDONCA, R. F. Democracia e desigualdade: as contribuições da teoria do reconhecimento. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 9, p. 119-146, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

MENDONCA, R. F. Dimensão intersubjetiva da auto-realização: em defesa da teoria do reconhecimento. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 70, p. 143-154, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092009000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

MENDONCA, R. F. Reconhecimento em debate: os modelos de Honneth e Fraser em sua relação com o legado habermasiano. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], 169-185, 2007.

MÖLLMANN, A. D. S. Trabalho, amor e reconhecimento. Jürgen Habermas. **Educação e Filosofia**, [s.l.], v. 25, n. 49, p. 337-341, 2011.

NEVES, L. A. S.; FARO, A. C. M. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. **Enfermeria Global**, São Paulo, v. 1, n. 24, p. 290-306, out. 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt_revision4.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: What it is, and what it is not. Filadélfia (EUA): Lippincott Williams & Wilkins, 1992.

NÔMADE, R. U. (Ed.). **Lugar Comum**: estudos de mídia, cultura e democracia. Rio de Janeiro: Lab Tec, 2004. 221 p.

OLIVEIRA, T. C.; DE OLIVEIRA LOPES, M. V.; DE ARAUJO, T. L. Modo fisiológico do Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy: análise reflexiva segundo Meleis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 116-127, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Geneva: Who Press, 2011. 350 p. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1. Acesso em: 20 out. 2020.

ORLANDI, L. Indivíduo e implexa individuação. **DoisPontos**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2003.

PELLIZZARO, N. Axel Honneth: repensando a justiça e a autonomia a partir do reconhecimento. **Revista de Filosofia**, Fortaleza, v. 12, n. 24, p. 229-254, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5755330>. Acesso em: 23 out. 2020.

PINTO, D. R. M. *et al.* Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 20-26, 2020.

PINZANI, A. Das Recht der Freiheit, de Honneth, Axel. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 94, pág. 207-237, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2020.

PIROLI, D. Vergonha social e teoria crítica. In: WERLE, D. L. (Org.). **Justiça, Teoria Crítica e Democracia**. 2. ed. Florianópolis: Néfiponline, 2018. p. 503. Disponível em: <http://www.nefipo.ufsc.br/files/2019/02/Justi%C3%A7a-Teoria-Cr%C3%ADtica-e-Democracia-Vol.pdf#page=162>. Acesso em: 28 out. 2020.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n° 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Diário da República**, 2.ª série, n. 35, p. 8658, 2011.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. **Regulamento n° 350/2015**: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. **Diário da República**, 2.ª série, n. 119, pg. 16655, 2015.

RAVAGNANI, H. B. Luta por reconhecimento: a filosofia social do jovem Hegel segundo Honneth. **Kínesis-Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, v. 1, n. 01, p. 39-57, 2009.

ROSENFELD, C. L.; SAAVEDRA, G. A. Reconhecimento, teoria crítica e sociedade: sobre desenvolvimento da obra de Axel Honneth e os desafios da sua aplicação no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 14-54, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2020.

SAAVEDRA, G. A.; SOBOTTKA, E. A. Introdução à teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Civitas**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/civitas/article/view/4319/6864>. Acesso em: 26 out. 2020.

SAFATLE, V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Scientiae Studia**, [s.l.], v. 13, p. 335-367, 2015.

SALVADORI, M.; HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. **Conjectura**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 189-192, abr. 2011. Disponível em: <http://www.ucs.com.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/895/618>. Acesso em: 26 out. 2020.

SARLET, W. I. A dignidade da pessoa humana. **Revista de Direito Administrativo**, [s.l.], v. 212, p. 84-94, 1998.

SCHIMITI, Jo.; FELDHAUS, C. A importância da esfera familiar na eticidade democrática na concepção teórico crítica de Axel Honneth. **Trágica: Estudos de Filosofia da Imanência**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 162-189, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/tragica/article/view/27196>. Acesso em: 20 out. 2020.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, B. *et al.* **Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem, 2014. p. 36-45.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Rehabilitation nursing care and emancipatory process. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. V, n. 2, p. e19084, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

SILVA, M. L. O “nós” da formação da vontade democrática: solidariedade e cidadania na teoria da justiça de Axel Honneth. **Revista Opinião Filosófica**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 346-360, jan. 2018. Disponível em: <https://opiniaofilosofica.org/index.php/opiniaofilosofica/article/view/809/698>. Acesso em: 28 out. 2020.

SILVA, R. B.; MENDES, J. P. S.; ALVES, R. S. L. O conceito de líquido em Zygmunt Bauman: Contemporaneidade e produção de subjetividade. Athenea Digital. **Revista de Pensamento e Investigación Social**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 249-264, 2015.

SOBOTTKA, E. A. Liberdade, reconhecimento e emancipação: raízes da teoria da justiça de Axel Honneth. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 142-168, ago. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/soc/v15n33/v15n33a06.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

SOUZA, A. V. M. A expressão da diferença nas tensões da identidade. **Revista Fórum**, [s.l.], v. 4, n. 4, dez. 2008.

SOUZA, L. G. C. Do reconhecimento recíproco à sociedade efetivamente social. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 1098-1114, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-60892017000301098&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2020.

SPINELLI, L. M. Amor, direito e estima social: intersubjetividade e emancipação em axel honneth. **Latitude**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 84-111, 2016. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/2099/pdf_1. Acesso em: 20 out. 2020.

TAYLOR, C. **As fontes do self: a construção da identidade moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

TIDRE, P.; HELFER, I. Entre Honneth e Hegel: da liberdade à eticidade em "o direito da liberdade". **Trans/form/ação**, Marília, v. 43, n. 2, p. 215-246, jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/transformacao/article/view/8310>. Acesso em: 28 out. 2020.

VAUGHN, S. *et al.* The competency model for professional rehabilitation nursing. **Rehabilitation Nursing**, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 33-44, 2016

VENTURA, T. Luta social por reconhecimento: dilemas e impasses na articulação pública do desrespeito. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], v. 19, n. 40, p. 159-170, 2011.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 3rd edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1983.

WERLE, De. L. Reconhecimento e autonomia na teoria da justiça de Axel Honneth. Síntese: **Revista de Filosofia, Belo Horizonte**, [s.l.], v. 43, n. 137, p. 401-420, nov. 2016. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/3574>. Acesso em: 22 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. 1946. **International Health Conference: Bulletin of the World Health Organization**, [s.l.], v. 80, n. 12, p. 983, 2002.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* O cuidado de enfermagem de reabilitação à luz do princípio da esperança: aplicando conhecimentos da neuromarketing. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 6, n. 7, p. 47033-47046, 2020.

4.3 MANUSCRITO III - CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ANÁLISE E SÍNTESE DAS AFIRMAÇÕES

Resumo

Introdução: A construção teórica de um modelo a partir de conceitos e afirmações propicia

uma enfermagem baseada em evidências, e fornece um quadro mais completo para a prática do que apenas o conhecimento factual. Objetivo: Construir as afirmações pertinentes ao modelo teórico de enfermagem de reabilitação, através da análise e síntese de afirmações. Método: O método proposto tem base na literatura clássica utilizada para a construção do modelo teórico para enfermagem de reabilitação, sendo que a análise e síntese de afirmações são parte imprescindível desse método. Resultados e Discussão: Iniciou-se pela análise das afirmações, sendo estas baseadas na relação Pessoa Cuidada e Enfermeira enquanto pessoa que atua na reabilitação dessa. Após foi realizada a síntese de afirmações visando a construção de afirmações teóricas a partir inter-relação de dois ou mais conceitos, sendo apropriado para a construção do modelo teórico de enfermagem de reabilitação a busca por conhecimentos específicos da área de pesquisa através da literatura existente. Conclusão: A análise e síntese das afirmações são estratégias empíricas para a construção de um modelo teórico, possibilitando a relação entre dois ou mais conceitos que são base para o desenvolvimento da teoria prevista.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Cuidado de Reabilitação; Reconhecimento; Modelo teórico de enfermagem.

Introdução

A construção teórica na enfermagem iniciou com objetivo de fundamentar a enfermagem enquanto profissão e disciplina, com ciência estudando temas específicos à sua finalidade. Com o decorrer do tempo, e com a profissão da Enfermagem consolidada teoricamente, o interesse na realização formal de teorias persiste, com base na necessidade de valorizar o processo de trabalho e aprofundar teoricamente a profissão. (WALKER; AVANT, 1983).

A melhoria e complexificação da teoria de enfermagem é importante para a educação profissional. Utiliza em sua prática um corpo teórico bem definido e organizado, especializando o cuidado. (WALKER; AVANT, 1983). A construção teórica propicia a enfermagem baseada em evidências, e fornece um quadro mais completo para a prática do que apenas o conhecimento factual. (WALKER; AVANT, 1983). Além disso, teorias bem desenvolvidas não apenas organizam o conhecimento existente, mas também auxiliam na realização de novas e importantes descobertas para o avanço da prática. (WALKER; AVANT, 1983).

Uma etapa imprescindível para a realização de um modelo teórico de enfermagem surge após os conceitos necessários estarem bem definidos. Essa etapa é a análise e síntese de afirmações, proposições, ou declarações, que formulam uma teia de conhecimentos teóricos que auxiliam na formulação do entendimento sobre o cuidado de enfermagem de reabilitação. (WALKER; AVANT, 1983).

A afirmação é parte importante para a construção de um corpo científico. No contexto da construção de teorias tais afirmações podem ser dos tipos relacionais ou não

relacionais. A afirmação relacional declara uma relação entre dois ou mais conceitos, e a não relacional declara a existência do conceito, em sua definição teórica ou prática. As definições teóricas são os meios pelos quais o teórico apresenta ao leitor os atributos críticos de cada conceito. Essas definições geralmente são abstratas e podem não ser mensuráveis. As definições operacionais refletem as definições teóricas, mas devem incluir as especificações de medição. As definições teóricas e operacionais são críticas para a construção da teoria. Sem elas não há como testar e assim validar a teoria no mundo real. (WALKER; AVANT, 1983).

Assim, na busca de construir o modelo teoria de enfermagem de reabilitação, propõe-se a seguir a construção de afirmações relacionais e não relacionais que dêem suporte teórico ao modelo.

Objetivo

Construir as afirmações pertinentes ao modelo teórico de enfermagem de reabilitação, através da análise e síntese de afirmações.

Método

O método proposto tem base na literatura clássica utilizada para a construção de modelo teórico para enfermagem de reabilitação, sendo que a análise e síntese de afirmações são parte imprescindível desse método. Tal método foi proposto por Walker e Avant (1983), e objetiva o desenvolvimento de afirmações para o modelo teórico final.

A análise de afirmações é o processo de examinar afirmações relacionais e determinar a maneira que essas são apresentadas e qual a relação que as afirmações têm entre si. Tal análise inclui o exame de cada parte e sua relação com outra parte e com o todo. (WALKER; AVANT, 1983). Na análise de afirmações devemos considerar os dois tipos de declarações, as relacionais e as não relacionais, e que dentro desses dois tipos temos mais dois subtipos para cada um.

As afirmações não relacionais são dos tipos: Afirmação de existência; e, Definição. A Afirmação de existência simplesmente identifica um conceito e reivindica sua existência. A definição descreve as características de um conceito, podendo ser uma definição teórica – abstrata e útil para a teoria, mas sem referências empíricas nomeadas, ou pode ser uma definição operacional onde o método de medição é claramente definido. As definições são úteis na teoria porque fornecem a base para uma comunicação clara entre o teórico e o leitor. (WALKER; AVANT, 1983).

As afirmações descrevem algum tipo de relação entre os conceitos. Dentre estas, as afirmações relacionais são mais complexas - podendo ser associativas, causais, determinísticas, probabilísticas ou teóricas. Essas configuram o esqueleto do modelo teórico fazendo com que tudo pareça se encaixar. Quando isoladas são base para a pesquisa; quando ocorrem em grupos e não são relacionadas, são estímulo para explorar e encontrar tais ligações; e, em grupos inter-relacionados, são chamadas de teoria. (WALKER; AVANT, 1983).

Existem sete passos na análise de afirmações: (1) selecionar as afirmações que serão analisadas; (2) simplificar a afirmação; (3) classificar a afirmação; (4) examinar os conceitos da afirmação para definição e validade; (5) especificar relações entre os conceitos por tipo, sinal e simetria; (6) examinar a lógica; e (7) determinar a testabilidade. (WALKER; AVANT, 1983).

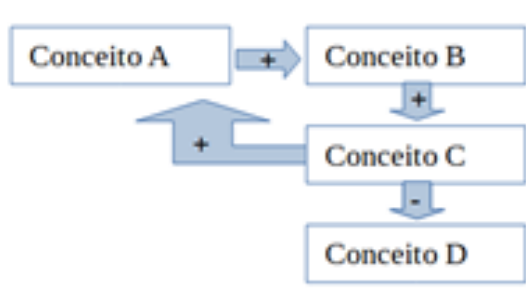
1. Selecionando as Afirmações

Selecionar as afirmações para serem analisadas envolve comprometimento com a ideia por trás da afirmação, afirmando que a teorista tem propósito para realização da análise das afirmações. Além disso, essa seleção é importante para diferenciar entre as afirmações maiores e menores, possibilitando a escolha de mais afirmações maiores que contém informações relevantes ao modelo teórico. (WALKER; AVANT, 1983).

2. Simplificando as Afirmações

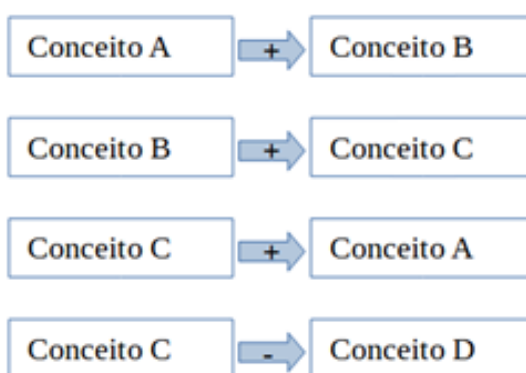
A simplificação das afirmações é necessária quando há um problema na elaboração verbal do modelo - devendo esse ser reduzido à afirmações gerenciáveis, ou, quando ocorre uma complexidade no link entre as afirmações. (WALKER; AVANT, 1983). Como exemplo temos na Figura 9 um diagrama que representa uma rede de relações entre conceitos que demonstra como são formuladas as afirmações nessas relações. Na Figura 10, essas relações são simplificadas para entendimento das afirmações que são necessárias de serem estudadas e aprofundadas.

Figura 9 - Diagrama que representa uma rede de relações entre conceitos.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Figura 10 - Diagrama das relações simplificadas para entendimento das afirmações.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

3. Classificando de Afirmações

A classificação de uma afirmação consiste no exame do uso da afirmação dentro do modelo teórico. Existem três classificações básicas de afirmações: afirmações de existência; afirmações de definições; e, afirmações relacionais.

As afirmações de existência reivindicam a existência de conceitos. São afirmações e não descrevem características do conceito. Simplesmente são uma afirmação de que algo é assim. (WALKER; AVANT, 1983). As definições têm três subformas: descritiva, estipulativa e operacional. Uma definição descritiva descreve o significado aceito para um termo já em uso, descreve o termo em outros termos que já são compreendidos e geralmente podem ser considerados precisos. (WALKER; AVANT, 1983).

Uma definição estipulativa descreve o termo de tal forma que tem um uso muito específico dentro da teoria, um uso que nem sempre é o mesmo que o significado geral do termo. Essas definições não podem ser consideradas exatas ou imprecisas porque são formuladas especificamente para uso da maneira que o autor da teoria decreta. (WALKER; AVANT, 1983).

Uma definição operacional inclui os meios específicos para medir ou testar cada

termo científico dentro dela. A definição operacional deve ser tão precisa que possa ser usada repetidamente por diferentes cientistas e ainda assim obter resultados objetivos. (WALKER; AVANT, 1983).

Uma afirmação relacional é aquela que especifica relações entre conceitos; em lógica funciona como uma lei ou um axioma dentro da teoria. Identificar as declarações relacionais é muito importante na análise de declarações, permitindo avançar para a etapa na qual se especificará exatamente que tipo de relacionamento a afirmação exemplifica. (WALKER; AVANT, 1983).

4. Examinando os conceitos dentro das Afirmações

O exame dos conceitos exige um certo rigor; implica em examinar a afirmação em busca das principais ideias nela expressas. Examinar os conceitos em uma afirmação abrange duas etapas após sua identificação: a primeira é determinar as definições dos termos que refletem os conceitos, sendo que a definição deve refletir todos os atributos ou características definidoras críticas do conceito para que todos que lerem a teoria saibam precisamente como o teórico pretende que o termo seja usado. (WALKER; AVANT, 1983).

A segunda etapa consiste em determinar se os conceitos tais como estão definidos são teoricamente válidos. Esse processo assemelha-se à determinação da validade de construto na pesquisa, ou seja: determinar se os conceitos como estão definidos são reflexos precisos do uso semântico geral desse conceito. Este processo envolve uma breve visão geral da literatura relevante que diz respeito ao conceito em consideração. Se o conceito está sendo usado da mesma forma que foi usado anteriormente na literatura e a definição o reflete, ele pode ser considerado válido. Além disso, se o teórico realizou uma análise cuidadosa do conceito, o conceito é considerado válido mesmo que não reflita a literatura relevante, mas vá além do uso tradicional do mesmo. (WALKER; AVANT, 1983).

5. Especificando Relações por Tipo, Sinal e Simetria

A avaliação de uma afirmação relacional por seu tipo, sinal e simetria tem o propósito de determinar sua função. Existem vários tipos de afirmações relacionais que podem ocorrer: causais, probabilísticas, concorrentes, condicionais, de ordem temporal, necessárias e suficientes. (WALKER; AVANT, 1983).

O enunciado causal é aquele em que se diz que o primeiro conceito é a causa do outro. As afirmações causais são geralmente deduzidas de leis. Existem poucas declarações causais nas ciências sociais e comportamentais principalmente porque existem muitas variáveis intervenientes que influenciam na causa. Afirmações causais são difíceis de encontrar, especialmente em tentativas iniciais de construção de teoria, porque o evento

causado sempre deve acontecer se o evento ou eventos causais ocorrerem. (WALKER; AVANT, 1983).

Afirmações probabilísticas são geralmente derivadas de dados estatísticos. Afirmam que se um evento ocorrer, o segundo evento provavelmente também ocorrerá. Um excelente exemplo de uma afirmação probabilística é que o tabagismo (CS) tem alta probabilidade de levar ao câncer de pulmão (LC). Não há causalidade direta nesta afirmação, uma vez que todos que fumam não adquirem câncer de pulmão, mas a probabilidade de adquirir câncer de pulmão aumenta significativamente na presença do tabagismo. As relações probabilísticas, se diagramadas, podem ter a seguinte aparência: Se CS, então provavelmente LC. (WALKER; AVANT, 1983).

Relacionamentos simultâneos demonstram que se o evento A ocorre, o evento B também ocorre, pode ou não haver qualquer correlação ou causalidade entre os dois eventos, sendo que eles simplesmente existem juntos. Um exemplo pode ser encontrado no estudo de enfermeiras de Muhlenkamp e Parsons (1972) e é confirmado no estudo de Kaiser e Bickle (1980), que constataram que os enfermeiros têm características de personalidade altamente femininas e não masculinas. Este é um bom exemplo de uma afirmação concorrente, pois ele simplesmente afirma que as características da enfermeira (N) e da personalidade feminina (PF) ocorrem juntas, e não faz nenhuma outra reivindicação. Um diagrama dessa afirmação seria: Se N, também PF. (WALKER; AVANT, 1983).

Uma afirmação condicional é aquela que demonstra uma relação entre dois conceitos ou eventos, mas que requer a presença de um terceiro conceito ou evento antes que a relação possa acontecer. Um bom exemplo de afirmação condicional é encontrado em um estudo de Reichert e Fuller (1980), sua afirmação indica que o bicarbonato de sódio (NaHCO_3) pode ser administrado para corrigir a acidose em prematuros com desconforto respiratório sem a ocorrência de hemorragia intraventricular (IVH), mas apenas se administrado em doses conservadoras (CD) e em um período de 15 a 30 minutos, período de tempo (TTP). Isso pode ser diagramado de forma simplista como: Se NaHCO_3 , então não há IVH, mas apenas se CD e TTP. (WALKER; AVANT, 1983).

Afirmações ordenadas pelo tempo são aquelas que indicam que a quantidade de tempo intervém entre o primeiro conceito ou evento e o segundo. Um exemplo de uma afirmação ordenada pelo tempo pode ser uma que indique que se uma pessoa experimentar vários eventos estressantes de vida (EST) dentro de um ano, a probabilidade de essa pessoa adoecer (A) é bastante alta, sendo que essa relação é ordenada pelo tempo porque o tempo passa entre os primeiros episódios de estresse e a doença resultante. Esta afirmação pode ser

esquemática assim: Se EST, então A. (WALKER; AVANT, 1983).

Uma relação necessária é mostrada por uma afirmação que indica que um e apenas um conceito ou evento pode levar ao segundo conceito ou evento. Um exemplo da enfermagem pode ser uma afirmação relacionada ao estresse e à adaptação, ambos do Roy (1976) e os modelos de enfermagem de Neuman (1980), afirmaram que a adaptação (A) ocorre como resposta aos estressores (E), logo, os estressores tornam-se necessários antes que a adaptação possa ocorrer. O diagrama ficaria assim: Se e somente se E, então A. (WALKER; AVANT, 1983).

Relacionamentos suficientes são refletidos em afirmações nas quais o primeiro conceito ou evento e o segundo conceito ou evento estão relacionados independentemente de qualquer outra coisa. Usando a ideia de adaptação ao estresse acima, podemos ver que, se ocorrerem estressores, a adaptação começará na pessoa, quer ela queira ou não, e se alguém intervém ou não para ajudar. Em outras palavras, a presença do primeiro conceito garante a presença do segundo conceito. Um relacionamento suficiente poderia ser diagramado assim: Se S, então A independentemente de qualquer outra coisa. (WALKER; AVANT, 1983).

A determinação do Sinal das afirmações geralmente se enquadra em uma das três categorias: positivo, negativo ou desconhecido. A regra geral é que se os conceitos variam na mesma direção, ou seja, à medida que um aumenta ou diminui o outro, então a relação é positiva. (WALKER; AVANT, 1983).

Quanto à Simetria, as relações podem ser simétricas ou assimétricas. As relações mais comuns nas teorias de enfermagem são relações assimétricas, ou seja, relações unidirecionais, onde a relação só vai de um conceito ao outro, mas nunca é recíproca. Há muitos exemplos de relacionamentos assimétricos em nossas discussões. Um exemplo é a afirmação de que a ansiedade está negativamente relacionada à coesão do grupo. Se a relação for uma relação de mão dupla em que cada conceito afeta o outro, ela é considerada simétrica. Um exemplo de afirmação simétrica pode ser uma pesquisa que afirma que: Altos escores de apego foram associados a baixos escores de ansiedade e altos escores de ansiedade foram associados a baixos escores de apego em mulheres primíparas. (WALKER; AVANT, 1983).

6. Examinando a Lógica

A lógica de uma afirmação pode ser examinada quanto à origem, razoabilidade e adequação.

Examinar a origem de uma afirmação, informa se a afirmação é construída dedutivamente, isto é, a partir de uma lei mais geral, ou indutivamente, a partir de observações ou dados disponíveis. Se a afirmação é de origem dedutiva, sua lógica deve ser

adequada, pois uma conclusão em um argumento dedutivo não pode ser falsa, se as premissas forem verdadeiras. Se a afirmação é indutiva, sua lógica não pode ser julgada, exceto pela quantidade de suporte empírico que possui e por comparação com o conhecimento existente, se tiver forte respaldo tanto em testes empíricos quanto de acordo com a literatura existente, sua lógica provavelmente é adequada. (WALKER; AVANT, 1983).

A lógica também pode ser determinada examinando as relações dos conceitos entre si. Se a relação não puder ser classificada por tipo, sinal ou simetria, pode haver uma falha lógica. A comparação com o conhecimento existente também é usada para determinar a razoabilidade de uma afirmação. Avalia-se se esta afirmação parece razoável frente ao que já se conhece sobre o assunto, se ela faz sentido à luz do conhecimento existente, se é razoável. Determinar a adequação de uma única afirmação é possível ao se desenhar um diagrama simples, rotulando os conceitos por letras ou números e determinando os tipos e sinais que são relevantes. Caso não se consiga fazer qualquer um dos três, há alguma falha na afirmação. (WALKER, AVANT, 1983).

7. Determinando a Testabilidade

A etapa final em uma análise de afirmação é determinar se a afirmação é empiricamente testável. Nesta etapa da análise deve se determinar se existem ou não medidas operacionais que podem ser usadas no mundo real para obter dados que irão apoiar ou refutar a afirmação (WALKER; AVANT, 1983).

Continuando o processo de construção das afirmações para o modelo teórico de enfermagem de reabilitação, a segunda estratégia é a Síntese de Afirmações. O propósito da síntese de afirmações é desenvolver, a partir da observação de fenômenos, uma ou mais afirmações sobre as relações que existem entre esses fenômenos.

A síntese de afirmações é realizada para especificar relações entre dois ou mais conceitos com base em evidências. A evidência pode proceder de diversas fontes: direto de observações clínicas em indivíduos; informações estatísticas coletadas em uma grande amostra; ou, materiais literários que reportem pesquisas científicas completas. (WALKER; AVANT, 1983).

No caso desta pesquisa, que visa a construção do modelo teórico de enfermagem de reabilitação, utilizou-se, para síntese de afirmações, materiais bibliográficos baseados em literatura científica da enfermagem, sociologia e filosofia.

Na construção de afirmações sobre um tópico que já apresenta conhecimento científico acumulado, as fontes de evidências disponíveis são documentos publicados. Uma pesquisa de literatura pode catalogar as relações entre as variáveis. Estas relações devem ser

organizadas e combinadas para se obter afirmações claras e gerais das relações entre os conceitos. Como algumas relações são encontradas repetidamente em estudos, enquanto outras raramente, as afirmações podem ser agrupadas de acordo com a quantidade de suporte ou evidências disponíveis para cada afirmação. (WALKER; AVANT, 1983).

Os métodos literários visam organizar as informações de pesquisas existentes sobre um tópico de interesse. As fontes de evidências constantes nestes métodos dependem fortemente de materiais científicos disponíveis - impressos ou online. Os métodos literários envolvem peneirar as informações disponíveis e colocá-las em uma forma mais compacta e geral. Os métodos literários de Síntese de Afirmações iniciam com afirmações baseadas em evidências empíricas - sendo que tal critério não invalida a construção de afirmações conjecturais sem suporte científico prévio. As afirmações conjecturais são úteis como estratégias de análise de afirmações, auxiliando na reescrita de afirmações a fim de esclarecer seu significado para o modelo proposto. (WALKER; AVANT, 1983).

As formas essencialmente equivalentes nas quais as afirmações relacionais podem se apresentar seguem (WALKER; AVANT, 1983):

- Quanto maior o X, maior o Y;
- À medida que X aumenta (ou diminui), Y aumenta (ou diminui);
- X e Y são covariáveis;
- X está positivamente (ou negativamente) relacionado a Y.

A forma em que essas declarações são escritas é ambígua, e ficam em aberto várias questões; entre estas a reversibilidade das afirmações, ou a causalidade destas. Essas questões só podem ser respondidas se o desenho da pesquisa da qual a afirmação foi derivada aponte a solução para elas. Caso contrário a dimensão teórica deve simplesmente reconhecer a ambiguidade e aguardar mais pesquisas que possam esclarecer as respostas às questões de reversibilidade e causalidade. (WALKER, AVANT, 1983).

Assim pode-se apoiar em formas de escrita das afirmações mais precisas como (WALKER, AVANT, 1983):

- Somente se houver aumento de X, haverá aumento de Y, mas o inverso não é verdadeiro (causalidade não reversível ou unidirecional);
- Somente se houver aumento de X, haverá aumento de Y, e vice-versa (reversibilidade ou causalidade bidirecional).

A síntese de afirmações literárias ocorre por meio de duas técnicas: tornando os significados dos conceitos incluídos em uma afirmação mais geral; ou, expandindo os limites para incluir uma variedade mais ampla de situações. A primeira ocorre pela fusão de

conceitos menos gerais em um conceito mais abstrato e geral, e a segunda é feita reformulando os limites de uma afirmação para aumentar as populações e situações às quais ela se aplica. (WALKER; AVANT, 1983).

Formular uma afirmação que generaliza para novos e mais amplos limites, requer que dados adicionais sejam buscados para fundamentar a nova generalização. No entanto, um movimento importante na construção da teoria pode ter sido feito, pois mais evidências estão sendo aguardadas. Os métodos literários de síntese de afirmações podem receber um nível ainda maior de escrutínio, quando uma série de afirmações foi sintetizada a partir da literatura de pesquisa sobre um fenômeno. Podemos então classificar as afirmações, colocando que as que têm evidências de apoio coletadas em vários estudos usando populações diversas seriam classificadas mais altamente do que aquelas com uma base de evidências mais limitada. (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese de afirmações a partir de fontes literárias, embora demorada, envolve custos e recursos mínimos em comparação com outros métodos de síntese de afirmações, e o acesso a redes de busca e internet, bem como a computadores e bibliotecas, é crucial.

As abordagens literárias para a síntese de afirmações são especialmente úteis porque as afirmações geradas não se limitam às descobertas de qualquer estudo, e o acesso às descobertas de vários estudos sobre um tópico de interesse oferece uma base de dados mais rica do que qualquer estudo único. (WALKER; AVANT, 1983).

Resultados e Discussão

Análise das Afirmações

Quando realizamos a análise das afirmações devemos então seguir os passos propostos pela referência utilizada no método. Walker e Avant (1983) indicam os 7 passos que devem ser seguidos para atingir uma boa performance na análise de afirmações. Iniciando-se a análise precisa-se formatar as afirmações que serão analisadas e sintetizadas.

No presente estudo, as afirmações são baseadas na relação Pessoa Cuidada e Enfermeira enquanto pessoa que atua na reabilitação da primeira. Coloca-se a seguir as afirmações iniciais, e a partir disso há a análise de tais afirmações seguindo os requisitos colocados por Walker e Avant (1983).

Afirma-se a princípio que a Pessoa, tanto a pessoa cuidada quanto a enfermeira, parte de afirmações formadas na subjetividade individual. Porém, quando há a relação intersubjetiva entre enfermeira e pessoa cuidada há o entrelaçamento de afirmações que relacionam os conceitos principais de Saúde, Pessoa, Ambiente e Tempo. Isso além dos

conceitos que aparecem para a formação desses eixos principais.

A princípio a análise das afirmações torna aparentes diversas afirmações que parecem imprescindíveis à realização do modelo teórico proposto. Mas, em uma segunda avaliação, constata-se a necessidade de, para se seguir os passos da análise de afirmações, prevenir o uso de afirmações demasiadas ou que não tenham base teórica que as suportem.

O primeiro passo para a análise das afirmações, a Seleção das afirmações, mostrou um levantamento de 172 afirmações iniciais (Apêndice A), que permitiram seguir os passos dois e três de Simplificação e Classificação das afirmações. No segundo momento buscou-se reduzir o número de afirmações, bem como, colocá-las em termos mais complexos e abstratos, priorizando as afirmações relacionais que estruturam o modelo teórico de enfermagem de reabilitação. Ao fim da simplificação e classificação são selecionadas afirmações que são essenciais na construção do modelo, e segue-se a análise em seus próximos passos. Tais afirmações selecionadas para as próximas etapas da análise são divididas em afirmações de definição e relacionais, de modo a facilitar o entendimento do fluxo complexo que se apresenta na construção do modelo teórico.

As afirmações de definição aqui colocadas são as que afirmam os conceitos primordiais à formulação das afirmações relacionais, e conseqüentemente, facilitam no entendimento do modelo teórico de enfermagem de reabilitação. Em seguida as afirmações de definição afirmam que tais afirmações são aceitas dentro do modelo.

Iniciamos afirmando as definições de Pessoa e Enfermeira, pensando que todo o modelo é centrado na relação entre essas duas pessoas. Também é necessário definir a Relação Intersubjetiva, ou Intersubjetividade, bem como a Reabilitação e o Cuidado de Enfermagem, o que é fundamental na relação unilateral instrumentalizada da Enfermeira com a Pessoa cuidada. Definimos a finalidade para a relação de reabilitação, como sendo a Autonomia, a Participação Autônoma e Igualitária, a Dignidade e o Bem-viver. Para tanto são afirmadas as definições que garantem o Reconhecimento e a Autorrealização, como as relações de Amor, Direito e Solidariedade e suas concretizações na Auto-confiança, Auto-estima e Auto respeito. Finalmente, são tratadas as definições necessárias de Cuidado de Enfermagem e de Tempo (as definições colocadas aqui encontram-se no Apêndice B. Os demais conceitos não aparecem como afirmações de definição, sendo considerados conceitos úteis na geração de afirmações relacionais e não definições.

As afirmações relacionais expressas neste momento da análise fazem relação das pessoas colocadas como centro no modelo e suas relações com o ambiente e o tempo - que é colocado como intrínseco ao modelo no propósito de estabelecer a relação intersubjetiva de

reconhecimento pautado no amor, direito, solidariedade, e com objetivo no bem-viver e autonomia. Tais afirmações relacionais permitem a continuidade na análise das afirmações com a análise criteriosa dos conceitos utilizados para a construção de afirmações. Esta etapa já foi concluída previamente quando da realização da análise e a síntese conceitual para o modelo.

O próximo passo refere-se à especificação das relações das afirmações relacionais por tipo, sinal e simetria, e nesse momento pode-se colocar que tipo de relação as afirmações apresentam, o que facilita sua posterior síntese, sendo a lógica das afirmações testada quando pode-se especificar o tipo das relações, seus sinais e simetrias. Nesse passo da análise, um esboço das afirmações é necessário, possibilitando a visualização das afirmações-chaves para a posterior síntese de afirmações. Logo, segue-se com uma lista das afirmações selecionadas e suas relações especificadas por tipo, sinal e simetria no Apêndice C.

As afirmações válidas, classificadas por tipo, sinal e simetria, seguem para o exame de sua lógica, possibilitando assim cumprir o último passo de aprovar as afirmações como testáveis na prática de enfermagem. As afirmações que são passíveis de aplicação por serem logicamente testáveis, e que dizem respeito a construção teórico-prática do modelo para enfermagem de reabilitação, são expressadas em sua contextualização lógica, baseada em literatura científica da enfermagem, filosofia e sociologia, e essas afirmações selecionadas são todas testadas durante a realização de síntese de afirmações, realizada posteriormente.

Síntese de Afirmações

A síntese de afirmações é um método que assume que a confrontação entre teoria e prática é útil para a produção de teorias na área da enfermagem, assumindo que é necessário o auxílio de teorias científicas para guiar uma prática de enfermagem qualificada e baseada em evidências. Logo, a síntese de afirmações visa a construção de afirmações teóricas a partir inter-relação de dois ou mais conceitos, sendo que tal método pode ocorrer de diversas maneiras, e a apropriada para a construção do modelo teórico de enfermagem de reabilitação é a busca por conhecimentos específicos da área de pesquisa através da literatura existente, por motivos já justificados como a existência de um déficit na atuação prática em enfermagem de reabilitação no Brasil, seja por falta de qualificações na área, ou, por falta de campos de atuação e pouco investimento técnico-científico na reabilitação.

Inicia-se a síntese de afirmações pelo método de busca em literatura e base de dados existentes, juntando as afirmações. Estas serão expostas de forma organizada por relevância na relação do Cuidado de Enfermagem, entre Pessoa cuidada e Enfermeira, sendo a

Reabilitação e o Reconhecimento as relações centrais, e que sofrem influência das outras afirmações e conceitos do modelo.

Quanto ao Cuidado de Enfermagem, seguem as afirmações:

- Se existe Cuidado de Enfermagem, então existe a relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, independentemente de qualquer coisa.
- Se existe Intersubjetividade das pessoas na relação, então a relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa é aumentada.

Pode-se realizar tais afirmações a partir da ideia de que o cuidado de enfermagem age através do vínculo intersubjetivo de confiança, atitudes respeitosas e valorativas, que envolve a interpretação do viver humano como um processo relacional, onde são internalizadas as intersubjetividades construídas através da interação social e historicamente determinada. (ZUCHETTO *et al.*, 2021).

O cuidado de enfermagem pode ser entendido como alicerce de relações interpessoais entre a pessoa cuidada e a enfermeira, sendo que, para tal compreensão, a relação entre tais pessoas precisam estar disposta e envolvida para estabelecer que é fundamental reconhecer o espaço intersubjetivo estabelecido nessa relação, permitindo a interação interpessoal e aumentando a percepção da intersubjetividade, tanto da pessoa cuidada como da enfermeira. (TORRES *et al.*, 2020).

- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Diversidade das pessoas na relação é aumentada.

As relações intersubjetivas no cuidado de enfermagem pressupõem a importância do cuidar permeado por ações, emoções e sensibilidades com a finalidade de atendimento de todas as demandas da singularidade humana, aumentando a compreensão da diversidade. Deve haver, assim, uma visão ampliada da relação entre enfermeira e pessoa cuidada, sendo essa respaldada no respeito às singularidades do outro, nas decisões eticamente fundamentadas e na dedicação emotiva e de confiança. (JESUS *et al.*, 2021).

A enfermeira deve estar sensível à diversidade cultural, promovendo um cuidado de enfermagem que, desde o planejamento das ações do cuidar, até a prática de enfermagem, seja diretamente relacionado com os valores culturais da pessoa e suas coletividades. Logo, deve-se entender que a relação intersubjetiva do cuidado de enfermagem é promotora de ações que valorizam e respeitam o ser humano, a comunidade e o ambiente no qual está inserido, com sua cultura e biodiversidade. (GRIMALDI *et al.*, 2021).

- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Esperança é aumentada.

A promoção da esperança auxilia a pessoa no enfrentamento de situações desfavoráveis à saúde, sendo a esperança considerada como sendo o sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade de viver, associado ao estabelecimento de metas e mobilização de energia. Auxiliar as pessoas a manter ou aumentar a esperança é um aspecto comum do cuidado de enfermagem, que deve atuar no desenvolvimento de estratégias cognitivas que ajudem no desenvolvimento de diferentes perspectivas de si mesmos e de seus futuros, descobrindo valores e estabelecendo metas.. (LARANJEIRA; QUERIDO; 2022).

Pode-se entender a enfermeira como catalisadora e facilitadora da esperança quando essa ajuda a pessoa a desenvolver ou manter relações pessoais, desenvolver ligações com a comunidade local e conhecer outras pessoas que passaram por experiências semelhantes. (LARANJEIRA; QUERIDO; 2022). Mais especificamente, a enfermeira de reabilitação torna-se uma fonte de esperança para que a mantenha a fagulha que se apaga progressivamente, apontando objetivos e fundamentos que justifiquem seu recomeço, visualizando suas possibilidades na vida. (ZUCHETTO *et al.*, 2020).

- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Reconstrução é aumentada.

A reconstrução das questões sobre a identidade, intersubjetividade e pretensões na autonomia pessoal e coletiva são incentivadas no cuidado de enfermagem de reabilitação, compreende-se tal cuidado reabilitador como construtivo e processual, envolvendo a autonomia libertadora na tomada de decisão, sendo que na reabilitação ocorre tal reconstrução após um momento de ruptura da vida. (ZUCHETTO *et al.*, 2019).

O cuidado de enfermagem de reabilitação valoriza a relação intersubjetiva entre enfermeira e pessoa cuidada, sendo que esse incentiva a ação e a reflexão sobre a realidade de vida singular da pessoa, existindo como um caráter construtivo que envolve a autonomia, colocando o cuidado com uma busca pela reconquista e reconstrução de personalidade. (ZUCHETTO *et al.*, 2021).

A reconstrução da vida das pessoas apresenta-se no dinamismo da relação intersubjetiva, tanto no reconhecimento de si, quanto na resposta ao regresso à vida social e contemplando os desafios e incertezas de uma vida na contemporaneidade. (AFONSO, 2020).

- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Autonomia é aumentada.

A autonomia da pessoa pode ser incentivada por um cuidado de enfermagem que considere as questões relacionais, biopsicossociais, de esperar e intersubjetivas dessa

pessoa. (ZUCHETTO *et al.*, 2021). Essa relação de cuidado pode ser entendida como uma estratégia para atender as necessidades da pessoa, independentemente de seu ciclo vital, aumentando a sua capacidade de autocuidado, prevenção de agravos de saúde e promoção da autonomia. (VARGAS *et al.*, 2020).

Uma relação intersubjetiva oriunda do cuidado de enfermagem prestado, respeita e incita a autonomia da pessoa, quando é orientada pela valorização da liberdade e ética dessa pessoa cuidada, como também pela compreensão das dimensões sócio-culturais que envolvem a sociabilidade das pessoas nessa relação intersubjetiva. Relações de cuidado intersubjetivas positivas, em geral, são praticadas com base no respeito das decisões das pessoas envolvidas nessa relação, seja a enfermeira como a pessoa cuidada, promovendo assim, o respeito à dignidade e a autonomia pessoal. (JESUS *et al.*, 2021).

- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então o caráter biológico da Saúde é aumentado.

O cuidado de enfermagem é de suma importância para restabelecimento das condições clínicas da pessoa. Essa relação de cuidado é prestada de forma humanizada, visando à promoção da saúde e a melhora nas situações de saúde-doença. A relação entre enfermeira e pessoa cuidada ocorre envolvendo todas as dimensões da vida dos seres humanos, sendo competência do profissional de enfermagem o cuidar do ser humano quando acometido por condições de saúde-doença. Tal relação está pautada em especificações profissionais, na ciência, estética, ética e política. (ANTUNES *et al.*, 2020).

A relação intersubjetiva não reside somente na dimensão biológica e no conhecimento técnico-científico no processo de cuidar; porém, o fator biológico da pessoa é importante para a subjetividade e a intersubjetividade, a fim de promover ações pautadas nessa relação interpessoal, valorizando uma relação de proximidade dialógica entre quem cuida e quem é cuidado. (SANTOS *et al.*, 2020).

No que diz respeito a relação de Reabilitação, proveniente da enfermeira em relação à pessoa cuidada, seguem as afirmações:

- Se a Reabilitação ocorre, então a Autonomia da Pessoa aumenta.

A reabilitação através da expressão da liberdade como estado de consciência experimentada pessoal e coletivamente, traz à pessoa o foco na autonomia, sendo que o cuidado reabilitador impulsiona a ação e a reflexão sobre a realidade de vida singular, desvelando criticamente a valorização dessa relação entre enfermeira e pessoa. (ZUCHETTO *et al.*, 2021). Esse cuidado de enfermagem de reabilitação baseado em estratégias de promoção do autocuidado e autocontrole em uma lógica centrada na pessoa, na rede de apoio

e na comunidade, propaga a autonomia e a independência da pessoa. (ZUCHETTO *et al.*, 2021).

- Se a Reabilitação ocorre, então a Liberdade Social da Pessoa aumenta.

A Reabilitação considera a relação da enfermagem para com a pessoa cuidada, em seus aspectos relacionais, biológicos, psicológicos e intersubjetivos, incentivando para além da autonomia a liberdade social da pessoa cuidada. Essa liberdade é concretizada na relação intersubjetiva entre enfermeira de reabilitação e pessoa, a fim de potencializar a emancipação da pessoa, que desenvolve sua autonomia através da consciência de si, incentivada assim, a uma maior participação social. O cuidado de reabilitação efetivo, com responsabilidade e, respeitando os direitos humanos, é uma intervenção que objetiva a liberdade social e a dignidade humana, buscando respeito aos valores de igualdade e justiça. (SILVA; PERES, 2021; ZUCHETTO *et al.*, 2021; BRISSOS *et al.*, 2020).

- Se a Reabilitação ocorre, então a Consciência da Pessoa aumenta.

O cuidado de enfermagem de reabilitação, através da aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos articulados técnica e eticamente, possibilita às pessoas cuidadas pensar, refletir e agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, e objetivando a tomada de consciência de si. (SILVA; PERES, 2021). Esse movimento da consciência crítica que a pessoa desenvolve, é constituído a partir de uma relação intersubjetiva que envolve enfermeira e pessoa na construção da reabilitação enquanto processo de cuidado, sendo refletido dialeticamente. O processo traz em si componentes que desenvolvem e compreendem a cidadania, autonomia, liberdade e consciência. (SILVA; PERES, 2021).

A reabilitação realizada por profissionais interessados em oferecer serviços qualificados e seguros contribui para a execução do cuidado pautado na dignidade, na liberdade e no reconhecimento, e incentiva a tomada de consciência individual e coletiva da pessoa em reabilitação. Assim, deve-se conceder o cuidado de reabilitação à pessoa com um olhar crítico que é determinante para o desenvolvimento da consciência. (PAES *et al.*, 2020; ZUCHETTO *et al.*, 2021).

- Se a Reabilitação ocorre, então a Esperança da Pessoa aumenta.

A enfermagem de reabilitação mostra-se como agenciadora de esperança por meio da relação intersubjetiva de confiança, respeito e estima, sendo que a enfermeira deve reconhecer as potencialidades de fomentar esperanças realísticas, visando o reconhecimento completo e emancipatório das pessoas cuidadas. (ZUCHETTO *et al.*, 2021). A reabilitação de enfermagem pautada no bem-estar biopsicossocial da pessoa cuidada é incentivadora da esperança, bem como, da compreensão sobre sua emancipação. (DE SOUZA PINHEIRO *et*

al., 2022).

- Se a Reabilitação ocorre, então a Desigualdade diminui.

A enfermeira que atua na reabilitação deve agir como um agente da igualdade e equidade naquilo que se prende com os cuidados de saúde, diminuindo as desigualdades em saúde. Estas desigualdades por vezes são inevitáveis, mas, em sua maioria são evitáveis e por este motivo, é necessário um cuidado de reabilitação pautado na atenuação das injustiças sociais. Pressupõe-se que a enfermeira de reabilitação demonstre conhecimento sobre a legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, bem como sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas. Assim, a reabilitação é posta como uma prática de cuidados que respeita tanto os direitos humanos como as responsabilidades profissionais que visa a forma mais justa de atuar nas intervenções prescritas assim como na prescrição de produtos de apoio, tendo a responsabilidade de prevenir as desigualdades com base no raciocínio clínico, e baseado na evidência científica e na legislação. (ALEXANDRE, 2020).

- Se a Reabilitação ocorre, então a Injustiça diminui.

A enfermagem de reabilitação é uma especialidade que atua ao longo do ciclo vital com especial enfoque para as diversas transições vivenciadas pelas pessoas. A reabilitação tem como finalidade promover mudanças nos estilos de vida e capacitar as pessoas a tornar-se cidadãos com competências para contribuir socialmente na luta contra a injustiça, como abusos físicos, privação de direitos e a degradação. Assim, a reabilitação deve fomentar o respeito pela diferença, pelas particularidades de cada pessoa, incentivando a pessoa a adotar um papel ativo, dando-lhe a possibilidade de desenvolver capacidades que potenciem as interações sociais em condições de igualdade e de máxima autonomia. (PINTO *et al.*, 2020).

- Se a Reabilitação ocorre, então o Reconhecimento da Pessoa e Enfermeira aumentam.

A enfermeira atuando na reabilitação da pessoa deve basear sua prática em bases científicas e teóricas que melhorem o bem viver da pessoa cuidada, em qualquer momento do seu ciclo vital e com quaisquer necessidades específicas para se capacitar à maior autonomia de vida. Nesse sentido, o processo de reabilitação deve ser pautado em especificações e habilidades de cada pessoa, considerando sua subjetividade e suas relações sociais intersubjetivas como essência para sua autoconfiança, autorrespeito e auto-estima. A reabilitação propõe-se a incentivar, através de uma comunicação ativa, relações intersubjetivas de reconhecimento, possibilitando a pessoa se compreender conscientemente

como ser de valor. social (PINTO *et al.*, 2020; ZUCHETTO *et al.*, 2021).

O Reconhecimento, entendido em sua definição já proposta, e com base na Teoria de Axel Honneth (2009), faz suscitar importantes afirmações que são imprescindíveis para a construção do modelo teórico. Seguem as afirmações:

- Se há o Reconhecimento na relação Enfermeira e Pessoas, então a Autonomia é aumentada.

As relações intersubjetivas de reconhecimento perpassam questões como a autonomia, a igualdade e a justiça. Isso ocorre quando se analisa os processos de intersubjetividade fundamentados no pilar do direito, onde tem-se que a pessoa se entende como uma pessoa com liberdade e autonomia, passando a interagir socialmente com base na possibilidade de desenvolver capacidades que potencializam suas condições de igualdade e autonomia. Além disso, o reconhecimento na esfera da solidariedade, dos valores e das capacidades pessoais, leva as pessoas a elevarem sua auto-estima, motivando-as para o exercício da autonomia. (PINTO *et al.*, 2020; SCHOELLER *et al.*, 2020; HONNETH, 2009).

- Se há o Reconhecimento, então a Autorrealização é aumentada.
- Se a Autorrealização é aumentada, então há relações de Amor, Direito e Solidariedade.

O cuidado de enfermagem de reabilitação pautado no Reconhecimento da relação intersubjetiva entre enfermeira e pessoa cuidada, fomenta o desenvolvimento da autoconfiança, autorrespeito e autovalorização da pessoa que está desenvolvendo suas capacidades adaptativas às condições biopsicossociais que perpassam sua saúde momentaneamente; sendo assim tem aumentada sua autorrealização. Logo, pode-se afirmar que as pessoas precisam buscar o alcance de capacidades e habilidades de vida para que seja possível sua autonomia, além de aumentar sua confiança, estima e respeito, na direção da autorrealização. (PINTO *et al.*, 2020; SCHOELLER *et al.*, 2020; MOREIRA *et al.*, 2020; HONNETH *et al.*, 2009).

- Se há o reconhecimento, então a Participação Autônoma é aumentada.
- Se há o reconhecimento, então a Participação Igualitária é aumentada.

Pode-se afirmar que o não reconhecimento social de pessoas em determinados grupos sociais, ou movimentos sociais, impede a participação autônoma e igualitária dessas pessoas, limitando quanto ao acesso aos direitos e à estima social. (HONNETH, 2009).

As relações positivas de reconhecimento em nível privado, que geram e aumentam a autoconfiança nas pessoas da relação, refletem na participação autônoma na vida pública. Complementarmente, o reconhecimento afirmativo da estima social e, mais amplamente, da

justiça social, tornam assertiva a paridade de participação das pessoas, ou seja, sua participação autônoma e igualitária na vida social. (VALE *et al.*, 2021; DE JESUS; VIEIRA; RODRIGUES, 2019; FRASER; HONNETH, 2019).

Assim, Fraser e Honneth (2019) apontam que na relação intersubjetiva, as pessoas buscam condições igualitárias de reconhecimento, e, quando esse reconhecimento é efetivado a partir da valorização sociocultural da subjetividade de cada pessoa, através da estima social é garantida a participação dessas pessoas em sociedade de forma igualitária. Também, o respeito aos direitos intersubjetivos da pessoa numa relação de reconhecimento, reduz a exclusão socioeconômica e a desigualdade, validando assim, a participação autônoma das pessoas. (VALE *et al.*, 2021; DE JESUS; VIEIRA; RODRIGUES, 2019; FRASER; HONNETH, 2019).

- Se há o reconhecimento, então a Liberdade Social é aumentada.

A liberdade individual da pessoa é entendida como um processo de diferenciação e institucionalização das esferas de eticidade propostas por Hegel e afirmadas por Honneth (2015). Porém, Honneth (2015) coloca em termos de liberdade social, intrinsecamente relacionada à esfera de relacionamento do amor, em uma ideia de estar-consigo-mesmo-no-outro. Também, Honneth (2015), vê a possibilidade de liberdade social quando existe algum nível de satisfação recíproca de carências e preferências individuais, sendo essa relação relativa ao mercado, que quando legitimadas são capazes de realizar essas demandas. (HONNETH, 2015; DE MENEZES; DE MOURA, 2019; CAMPELLO, 2013).

Quanto à relação intersubjetiva das pessoas no âmbito da esfera do Estado, existe a formação democrática da vontade, colocada por Honneth (2015) como referente à esfera propriamente jurídica, sendo que o reconhecimento nesse âmbito exprime garantias jurídicas de liberdade social (HONNETH, 2015; DE MENEZES; DE MOURA, 2019; CAMPELLO, 2013). Para Honneth (2015, p. 10): “[...] uma vez que para a realização da prometida liberdade, são sempre necessárias precondições sociais especiais e considerações recíprocas entre os indivíduos”.

- Se há o reconhecimento, então os Conflitos Sociais são diminuídos.

Para Honneth (2009), as lutas sociais são originárias das experiências morais negativas vividas pelos sujeitos nas suas subjetividades. A existência dos conflitos sociais é fundamentada na negação do reconhecimento intersubjetivo e social, e nesta leitura, o que Honneth coloca como déficit sociológico, justifica a formulação de uma base para as lutas sociais. (FUHRMANN, 2013; SALVADORI; HONNETH, 2011; HONNETH, 2009).

A ausência de reconhecimento intersubjetivo e social é a causa dos conflitos sociais,

ou seja: os conflitos sociais têm origem na luta pelo reconhecimento intersubjetivo e social. O reconhecimento, previamente negado, deflagra os conflitos sociais. Essa erupção e aumento dos conflitos sociais, é explicada por meio de desrespeito a qualquer uma das formas de reconhecimento, de experiências morais decorrentes da violação de expectativas normativas, estas necessárias à autodeterminação e à autorrealização. (FUHRMANN, 2013; SALVADORI; HONNETH, 2011; HONNETH, 2009).

- Se há o reconhecimento, então a Dignidade é aumentada.

Considerando-se a dignidade humana formada em noções de uma pessoa abstrata universal, com sua autonomia e singularidade, e de comunidade, com a noção de pertencimento a partir de valores culturais identitários, pode-se ver que a privação de estima social compromete o acesso a direitos sociais. O reconhecimento jurídico funciona como proteção social para a dignidade, sendo que, quando esse reconhecimento é efetivo no âmbito do direito é possível a pessoa conceber-se como membro completamente reconhecido de sua coletividade. A dignidade é então aumentada e efetivada quando a pessoa se vê reconhecida como membro de uma sociedade. O reconhecimento por parte da comunidade ocasionando na pessoa atitudes positivas para consigo mesmo, o auto-respeito. (HONNETH, 2009; ASSY, 2012).

- Se há o reconhecimento, então a Justiça é aumentada.

Honneth faz uma leitura de justiça como análise da luta social por reconhecimento na contemporaneidade, a partir do sistema hegeliano. Fraser enriquece sua análise promovendo uma discussão sobre o reconhecimento e a redistribuição, que para ela são complementares para a execução de uma teoria da justiça. (FRASER; HONNETH, 2019; HONNETH, 2007; BARBOSA, 2019). Pode-se ainda buscar em Honneth (2007) uma releitura do conceito de reconhecimento como promotora dos princípios universais da justiça social, proposta por Hegel. Logo, Honneth e Fraser (2019) propõem uma efetivação dialética materialista do reconhecimento enquanto direito para a autorrealização, tanto da identidade a ser reconhecida, como de uma distribuição material para uma análise atual e contextualizada da justiça, sendo que tal justiça apenas é efetivada quando existe realização pessoal através desse reconhecimento. (FRASER; HONNETH, 2019; HONNETH, 2007; BARBOSA, 2019).

- Se há o reconhecimento, então o Bem-Viver é aumentado.

O resultado de uma relação intersubjetiva com reconhecimento positivo, e constituída pelos três pilares, amor, direito e solidariedade, é o bem-viver. Esse bem-viver, que acontece apenas quando não há desrespeito da pessoa na relação de reconhecimento, implica que a pessoa se sinta amada, usufrua dos seus direitos de cidadania e se sinta

valorizada socialmente, desenvolvendo um autorrelacionamento positivo e de forma saudável, vivenciando seu bem-viver (PINTO *et al.*, 2020; ZUCHETTO *et al.*, 2021a).

- Se existe uma relação intersubjetiva de Amor, então a Autoconfiança é aumentada.
- Se não existe uma relação intersubjetiva de Amor, então a Autoconfiança é diminuída.
- Se existe uma relação intersubjetiva de Direito, então o Auto Respeito é aumentado.
- Se não existe uma relação intersubjetiva de Direito, então o Auto Respeito é diminuído.
- Se existe uma relação intersubjetiva de Solidariedade, então a Auto Estima é aumentada.
- Se não existe uma relação intersubjetiva de Solidariedade, então a Auto Estima é diminuída.

Quando tratamos do Reconhecimento inter-relacionado com as esferas de reconhecimento intersubjetivo, temos que Honneth (2009) em sua Teoria do Reconhecimento, firma a construção da autorrealização da pessoa a partir da criação de relações de amor, direito e solidariedade, sendo que, a partir destas, a pessoa aumenta respectivamente sua autoconfiança, autorrespeito e auto estima.

O nexos existente entre a experiência de reconhecimento e a relação consigo próprio resulta da estrutura intersubjetiva da identidade pessoal: os indivíduos se constituem como pessoas unicamente porque, da perspectiva dos outros que assentem ou encorajam, aprendem a se referir a si mesmos como seres a que cabem determinadas propriedades e capacidades. A extensão dessas propriedades e, por conseguinte, o grau da autorrealização positiva crescem com cada nova forma de reconhecimento, a qual o indivíduo pode referir a si mesmo como sujeito: desse modo, está inscrita na experiência do amor a possibilidade da autoconfiança, na experiência do reconhecimento jurídico, a do autorrespeito e, por fim, na experiência da solidariedade, a da autoestima (HONNETH, 2009, p. 272).

Ainda, devemos para fins da construção do modelo teórico, realizar afirmações acerca do Ambiente sociocultural, o qual as pessoas do modelo estão circunscritas:

- Se existe Desigualdade, então a Justiça Social diminui.

Em grande medida, a resposta antecipada por Honneth seria que, ao produzirmos padrões de desrespeito e de injustiça, o que é sinônimo de negação de reconhecimento do valor de atributos específicos intrínsecos a cada pessoa, estamos construindo a desigualdade. A teoria do reconhecimento não é uma teoria democrática na acepção mais usual do conceito. Ao menos, não foi proposta como tal. Trata-se de uma teoria da justiça que ganhou diferentes

contornos em autores distintos. No entanto, em todos eles, o foco é pensar as condições de superação de formas de opressão social que sistematicamente subordinam alguns indivíduos e grupos a outros indivíduos e grupos. A teoria parte da constatação da desigualdade, para conceber rotas profícuas em direção à emancipação e a um mundo mais igualitário. Esse foco na promoção da igualdade, bem como os meios propostos para sua realização, torna interessante a reflexão sobre a interface entre reconhecimento e democracia.

- Se existe a Justiça Social, então há Reconstrução independente de qualquer coisa.
- Se existe Reconstrução, então a Autorrealização é aumentada.
- Se existe a Reconstrução, então a Liberdade Social aumenta.

Uma mudança metodológica para a Teoria Crítica colocada por Honneth (2015) é um retorno à ideia de que uma das bases normativas da Teoria Crítica deve ser analisada a partir das experiências das pessoas exploradas. Assim, a Justiça social, a Liberdade Social e a Dignidade Humana estão intrinsecamente relacionadas a uma reconstrução normativa, método esse que pretende tomar os valores justificados como guia para a preparação e seleção do material empírico, onde as instituições sociais são então analisadas uma a uma para verificar se, e em que medida, elas realizam tais valores. (HONNETH, 2015; SOBOTTKA, 2013; CRISSIUMA, 2020; DE CAUX, 2015). Cabe a essa análise ser base a uma teoria da justiça válida nesse contexto social que se apresenta contemporaneamente. A reconstrução normativa procura guiar as concepções éticas e sociais, revelando crítica e reflexivamente as negligências e negações contidas nessa sociedade, oriundas de práticas sociais nas instituições existentes. (SOBOTTKA, 2013; CRISSIUMA, 2020; DE CAUX, 2015). A autorrealização é, então, dependente desse conjunto de valores contextualizados pela reconstrução normativa, proveniente de uma ideia de bem-viver, sem desconsiderar essa reconstrução como crítica às normas implícitas de uma sociedade, e, portanto, incentivadora de reconhecimento e autorrealização da pessoa. (HONNETH, 2009; DE CAUX, 2015).

- Se existem Obstáculos, então o Reconhecimento diminui.
- Se existe Desigualdade, então o Reconhecimento diminui.
- Se existem Conflitos Sociais, então o Reconhecimento diminui.
- Se existe Impulso Moral, então o Reconhecimento diminui.

O processo de autorrealização a partir do reconhecimento intersubjetivo na relação interpessoal, é perpassado de questões relacionadas à autonomia, à autoestima e à igualdade, sendo que estas são incentivadas a partir de um reconhecimento positivo entre as pessoas da relação. No contexto social contemporâneo, marcado por desigualdades sociais, onde a autorrealização busca ser um impulso para a luta por reconhecimento, quando esta conexão

entre autorrealização pessoal, relações intersubjetivas e sociedade não provê um reconhecimento intersubjetivo das pessoas nesse sistema, pode-se observar a sociabilidade permeada por obstáculos, desigualdades, conflitos sociais e por um impulso moral da sociedade, que não permitem a realização positiva da auto confiança, auto respeito e auto estima, diminuindo assim, o reconhecimento entre as pessoas. (WERNET; MELLO; AYRES, 2017; HONNETH, 2009).

- Se existem Obstáculos, então os Conflitos Sociais aumentam.
- Se existe Desigualdade, então os Conflitos Sociais aumentam.
- Se existe Impulso Moral, então os Conflitos Sociais aumentam.
- Se há Conflitos Sociais, então as Lutas Sociais são aumentadas.
- Se há Lutas Sociais, então a possibilidade do Reconhecimento é aumentada.

Na busca de compreender a luta por reconhecimento, Honneth parte dos sentimentos de desrespeito e de não reconhecimento. Ao reatualizar a concepção de luta por reconhecimento colocada por Hegel, estrutura uma concepção do caráter moral dos conflitos sociais que lhe confere um rol central no desenvolvimento moral das sociedades e do conflito. Honneth expressa as lutas sociais como sendo originárias das experiências morais negativas vividas pelos sujeitos nas suas subjetividades, onde a ausência de reconhecimento intersubjetivo é o propulsor dos conflitos sociais. Os conflitos sociais surgem na luta pelo reconhecimento intersubjetivo e social, de modo que a ausência de reconhecimento é o que os deflagra, tendo como propulsores as experiências de desigualdade, menosprezo, humilhação e ofensa vivenciadas pelas pessoas em sociedade. (HONNETH, 2009).

Finalizando, a síntese das afirmações permite, no caso do modelo teórico aqui proposto, entender a relação entre enfermeira e pessoa cuidada em duas grandes bases teóricas: do cuidado de enfermagem de reabilitação, e, do reconhecimento proposto por Honneth. A relação intersubjetiva entre as duas pessoas do modelo propõe uma relação de via dupla, o reconhecimento. Essa relação é concretizada pelas esferas sociais do amor, direito e solidariedade, e é incentivada reciprocamente pelo respeito à subjetividade individual. A autorrealização gera em cada pessoa autoconfiança, auto respeito e auto estima, que aumentam a cada relação de reconhecimento. O reconhecimento é imprescindível quando se propõe um modelo teórico relacional entre enfermeira de reabilitação e pessoa cuidada, sendo que a esperança, a ética, a justiça, e a diversidade, atuam como impulsionadoras para o reconhecimento com objetivo a aumentar a dignidade humana, a liberdade social, a participação autônoma e igualitária, resultando por fim no bem-viver da pessoa em sociedade.. Estas são obstaculizadas pelas injustiças, desigualdades, obstáculos e conflitos

sociais.

Ainda, deve-se colocar aqui a relação de Reabilitação, também como central ao modelo. A relação de reabilitação é de via única e flui da enfermeira para a pessoa cuidada, através do cuidado de enfermagem de reabilitação, sendo que, para tal necessita-se de instrumentalização teórica e prática por parte da profissional enfermeira. O cuidado de reabilitação deve ser alicerçado para a melhora da saúde biopsicossocial da pessoa, mas também, para estimular a liberdade, a autonomia, a auto realização, a consciência, a esperança, e o reconhecimento. Se a Reabilitação aumenta a chance de reconhecimento na relação enfermeira e pessoa, temos então que é necessário um trabalho pautado em normativas e bases científicas que qualifiquem profissionais da enfermagem para a atuação prática em reabilitação de forma qualificada, instrumentalizada, especializada e, principalmente, focada no bem-viver da pessoa cuidada.

Considerações Finais

A análise e síntese das afirmações são estratégias empíricas para a construção de um modelo teórico, possibilitando a relação entre dois ou mais conceitos que são base para o desenvolvimento da teoria prevista.

No desenvolvimento das afirmações para o embasar a construção do modelo teórico de enfermagem de reabilitação, buscou-se relacionar de forma coerente dados da literatura de enfermagem, sociologia e filosofia, baseando em evidências o propósito final do modelo que é o bem-viver da pessoa em reabilitação, através da relação interpessoal com a enfermeira de reconhecimento, e comprometido positivamente ou não, pelas pessoas do sistema, o ambiente sócio-cultural e a contemporaneidade processual da vida em sociedade.

Este estudo apresenta limitações quanto a formatação clássica da metodologia que nos permite uma busca ampliada de dados mas também restringe os resultados a apenas aqueles que cabem na lógica apresentada pelas autoras do método, de toda forma, a metodologia é apropriadamente utilizada. Também, deve-se citar a dificuldade em encontrar dados científicos embasados sobre a enfermagem de reabilitação voltada para a relação intersubjetiva entre enfermeira e pessoa cuidada, além de que tal relação é colocada e entendida de diversas maneiras nos diferentes locais onde a reabilitação acontece.

Referências

AFONSO, C. I. C. **Reconstrução da vida quotidiana: experiência vivida do pós-cuidador familiar**. Tese (Doutorado) Universidade de Lisboa (Portugal), Lisboa, 2020.

ALEXANDRE, B. M. V. **Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2020.

ANTUNES, L. **Cuidados de Enfermagem para a pessoa com a síndrome da fibromialgia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ASSY, B. A dignidade dos invisíveis: invisibilidade social, reconhecimento e direitos humanos. In: PAIVA, A. R. (Org.). **Direitos humanos em seus desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2012. p. 147-163.

BARBOSA, C. P. Redistribuição e reconhecimento a partir de Hegel: um diálogo sobre justiça entre Axel Honneth e Nancy Fraser. **Diálogo**, [s.l.], n. 41, p. 09-16, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/5081>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRISSOS, V. P. *et al.* Enfermagem de reabilitação: Mobilização precoce no doente com ventilação mecânica. **Riase**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 326-346, 2020. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/30204>. Acesso em: 15 mai. 2021.

CAMPELLO, F. Do reconhecimento à liberdade social: sobre o "direito da liberdade", de Axel Honneth. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, [s.l.], v. 2, n. 23, p. 185-199, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/74736>. Acesso em: 19 out. 2021.

CRISSIUMA, R. Reconstrução e indignação: Sobre o potencial transformador do último modelo de Teoria Crítica de Axel Honneth. **Cadernos de filosofia alemã**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 35-58, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/view/168604>. Acesso em: 25 mai. 2022.

DE CAUX, L. P. A reconstrução normativa como método em Honneth. **Peri**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 83-98, 2015.

DE JESUS, B. O.; VIEIRA, C. V. L.; RODRIGUES, A. A. Reconhecimento social e movimento feminista: caminhos para pensar uma sociedade mais justa?. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 127-148, 2019. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/239/149>. Acesso em: 15 nov. 2021.

DE MENEZES, A. A.; DE MOURA, D. C. Do direito da liberdade à solidariedade. **P2P E INOVAÇÃO**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 10-23, 2019. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/110845>. Acesso em: 19 mai. 2022.

DE SOUZA PINHEIRO, H. *et al.* Aplicação da teoria de médio alcance para enfermagem em reabilitação cardiovascular de pacientes com insuficiência cardíaca. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. e25011326579-e25011326579, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26579>. Acesso em: 17 mai. 2022.

DOS SANTOS, R. A.; KOEPPE, G. B. O.; DE CARVALHO, M. S. N. Espaço para profissional de saúde versus Intersubjetividade: relato de experiência. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 265, p. 4269-4276, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118278>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FRASER, N. **From distribution to recognition?** Dilemmas of justice in a ‘postsocialist’ age”, em *Justice interruptus: critical reflections on the “postsocialist” condition*. London: Routledge, 1997.

FUHRMANN, N. Luta por reconhecimento: reflexões sobre a teoria de Axel Honneth e as origens dos conflitos sociais. **Barbaroi**, [s.l.], p. 79-96, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100006&script=sci_abstract. Acesso em: 15 out. 2021.

GRIMALDI, M. R. M. *et al.* O papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em populações vulneráveis. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 12, n. 4, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4501#:~:text=Pr%C3%A1ticas%20de%20sa%C3%BAde%20desenvolvidas%20pela,estar%20ambiental%20e%20na%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 25 mar. 2022.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: 34, 2009.

HONNETH, A. **O direito da liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

HONNETH, A. **Sofrimento de indeterminação: uma reatualização da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Esfera Pública, 2007.

HONNETH, A. Redistribution as recognition: a response to Nancy Fraser. In: FRASER, N.; HONNETH, A. **Redistribution or recognition? A political-philosophical Exchange**. Londres, Nova York: Verso, 2003.

JESUS, S. C. *et al.* Honneth: Contribuições para o cuidar em enfermagem à luz do amor, direito e solidariedade. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732021000100407#:~:text=O%20amor%2C%20direito%20e%20solidariedade,humana%20e%20%C3%A0%20sua%20autonomia. Acesso em: 05 fev. 2022.

LARANJEIRA, C. A.; QUERIDO, A. I. F. The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JtgKBJhjTQcXmJHvPW7mzjr/abstract/?lang=en>. Acesso em: 15 jun. 2022,

MENDONÇA, R. F. Democracia e desigualdade: as contribuições da teoria do reconhecimento. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [s.l.], p. 119-146, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/vnbrjVgD3fdyxydHMXc9ky/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2021.

MOREIRA, M. R. C. *et al.* Enfermagem na pandemia da COVID-19: análise de reportagens à luz da Teoria do Reconhecimento. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 11, n. 1, 2020. Disponível em:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/EnfermagemPandemiaCOVID19.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

PAES, G. O. *et al.* Segurança do paciente e seu reconhecimento para a ética nos cuidados de Enfermagem. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 8, p. e135985112-e135985112, 2020. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/342595866_Seguranca_do_paciente_e_seu_reconhecimento_para_a_etica_nos_cuidados_de_Enfermagem. Acesso em: 15 dez. 2021.

PINTO, D. R. M. *et al.* Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 20-26, 2020. Disponível em:

<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/60>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SALVADORI, M.; HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. **Conjectura: filosofia e educação**, [s.l.], v. 16, n. 1, 2011. Disponível em:

<https://philpapers.org/rec/SALLPR-2>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SILVA, A. D.; PERES, M. A. A. Acolhimento como tecnologia do cuidado emancipatório em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 62626, 2021. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/62626/41175>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SOBOTTKA, E. A. Liberdade, reconhecimento e emancipação: raízes da teoria da justiça de Axel Honneth. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 142-168, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/9pdyB5p9JTqsMWTkJPyXmJM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Cuidado em enfermagem de reabilitação e processo emancipatório. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], n. 2, 2020. Disponível em:

<https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?>

[module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3531&id_revista=55&id_edicao=225](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3531&id_revista=55&id_edicao=225). Acesso em: 18 nov. 2021.

TORRES, G. M. C. *et al.* Production of care and intersubjective relationships with patients suffering of high blood pressure in the Family Health Strategy. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 837-846, 2020. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/4979/497966365003/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

VALE, J. *et al.* Potenciais contribuições da teoria da luta por reconhecimento, de Axel Honneth, para o desenvolvimento de reflexões críticas e pesquisas empíricas sobre as práticas de saúde. **RevSALUS-Revista Científica Internacional da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 56-60, 2021. Disponível em:

<https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/87>. Acesso em: 15 fev. 2022.

VARGAS, C. P. *et al.* Teoria de Enfermagem de Reabilitação como processo emancipatório: nota prévia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 76-79, 2020. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/66>. Acesso em: 18 nov. 2021.

WERNET, M.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: scielo.br/j/tce/a/R7YKr7j4jVvWh3kK3S9Cb8j/?lang=pt. Acesso em: 15 dez. 2021.

ZUCHETTO, M. A. **Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* O cuidado de enfermagem de reabilitação à luz do princípio da esperança: aplicando conhecimentos da neuromarketing. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 6, n. 7, p. 47033-47046, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/13235>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/111386>. Acesso em: 15 jan. 2022.

4.4 MANUSCRITO IV - MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Resumo

Introdução: A reabilitação atua influenciando em sua liberdade social e autonomia individual, fomentando a reflexão sobre a subjetividade e estabelecendo relações intersubjetivas de reconhecimento recíproco, logo é necessário compreender a enfermagem de reabilitação através de um modelo teórico com possibilidades de atuação prática. **Objetivo:** Construir a partir dos conceitos e afirmações um modelo teórico para enfermagem de reabilitação com base no reconhecimento intersubjetivo, focando o bem-viver da pessoa. **Método:** Foi utilizada a Síntese de teorias proposta como passo para a construção de modelos teóricos e teorias em enfermagem por Walker e Avant (1983), tal síntese busca organizar um arranjo de conceitos e afirmações que possibilitam visualizar a relação de reabilitação entre as pessoas do modelo. **Resultados e Discussão:** O Modelo foi centrado na relação interpessoal entre Pessoa e Enfermeira, tal relação gera os relacionamentos de Reabilitação e Reconhecimento que atuam positivamente em ambos e possibilita a autorrealização, a participação autônoma e igualitária da pessoa em reabilitação, garantindo seu bem-viver social. **Conclusão:** O Bem-viver da pessoa em reabilitação pode ser incentivado, ou ainda garantido, numa relação intersubjetiva de reconhecimento que acontece quando enfermeira e pessoa cuidada se compreendem em suas diferenças, respeitando, confiando e estimando socialmente um ao outro, fortalecendo como resultado dessa reabilitação uma autonomia, liberdade social e dignidade humana.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Cuidado de Reabilitação; Reconhecimento; Modelo teórico de enfermagem.

Introdução

A enfermagem de reabilitação é descrita como o cuidado de enfermagem baseado em um corpo de conhecimentos e procedimentos reabilitadores e restaurativos, com foco na manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida. Esse cuidado é dirigido a todas as pessoas em qualquer fase do ciclo vital, processo de saúde-doença, e, contexto socioeconômico e cultural, tendo como objetivo, em artigos científicos da área da enfermagem de reabilitação, como sendo, a maximização das habilidades funcionais, a ótima saúde e a adaptação às alterações no estilo de vida (SCHOELLER *et al.*, 2018).

Porém, estudos recentes refletem sobre o cuidado de enfermagem de reabilitação, transcendendo a funcionalidade e a saúde biopsicossocial, e apontando a necessidade a realização de cuidados de reabilitação que objetivem a autonomia para participação igualitária em sociedade, sendo garantido, dessa maneira a dignidade, a liberdade e o bem-viver da pessoa cuidada (ZUCHETTO *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020).

A reabilitação atua na pessoa e sociedade, influenciando um estado de liberdade social e autonomia individual, fomentando a reflexão sobre a subjetividade e estabelecendo relações interpessoais de confiança, respeito e estima, a fim de fortalecer a reconstrução da pessoa em seu processo de viver, ou seja, relações intersubjetivas de reconhecimento recíproco (ZUCHETTO *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020).

Usando-se das ideias críticas e construtivas sobre esse cuidado de enfermagem de reabilitação, pautado em uma emancipação humana e social através das relações de reconhecimento, com foco em um bem-viver na contemporaneidade, buscou-se um método de construção de ideias que fossem cientificamente embasadas (ZUCHETTO *et al.*, 2021; SCHOELLER *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020). Assim, a construção de um modelo teórico de Enfermagem de Reabilitação faz sentido, visto que não existe base teórica específica para enfermagem de reabilitação, e que, tal demanda acarretaria em uma melhora significativa do trabalho de enfermeiras que atuam diretamente com pessoas em reabilitação, suas famílias e sociedade.

Objetivo

Construir um modelo teórico para enfermagem de reabilitação, com base no reconhecimento intersubjetivo e focando o bem-viver da pessoa, a partir dos conceitos e afirmações.

Método

A construção do método teve início com o desenvolvimento de conceitos e afirma-

ções que dão suporte ao modelo teórico finalizado. Isto é afirmado pelo método de construção de teorias colocado por Walker e Avant em seu trabalho publicado no livro “Strategies for theory construction in nursing” (1983), onde é posto que a elaboração de um modelo teórico é composto por três elementos básicos, respectivamente: os conceitos, as afirmações e as teorias.

A ideia de construir um modelo teórico de enfermagem de reabilitação é buscar e fornecer conhecimentos que baseiem uma melhor prática de enfermagem de reabilitação, objetivando descrever, explicar, prever e controlar os fenômenos e aumentando a autonomia das enfermeiras que têm acesso a mais conhecimento teórico para orientar sua prática, educação e pesquisa na área da reabilitação (MARRINER-TOMEY, 1989; FITZPATRICK, WHALL, 1983).

Para a realização do modelo teórico a estratégia utilizada, a partir de conceitos e afirmações já desenvolvidos, foi a síntese de teoria, estratégia proposta por Walker e Avant (1983) que tem como objetivo relacionar um sistema de ideias baseadas em evidências, onde conceitos e afirmações são organizados em uma rede que sintetiza a teoria. Os objetivos dessa síntese são representar os fatores que influenciam um evento em particular, representar eventos que ocorrem após um evento, e simplificar conhecimentos teóricos sobre um evento de maneira organizada (WALKER; AVANT, 1983).

A síntese da teoria deve ser realizada através de alguns procedimentos que validam o inter-relacionamento dos conceitos e afirmações desenvolvidos. Para iniciar, o primeiro passo processual é demarcar o conceito ou afirmação central ao modelo, para que seja possível delimitar como os outros conceitos e afirmações interagem com esse foco central (WALKER; AVANT, 1983).

O segundo procedimento a ser realizado para síntese da teoria é buscar embasamento para realizar relações entre todos os conceitos e afirmações como esse foco central colocado, esses relacionamentos devem ser fundamentados no desenvolvimento processual dos conceitos e afirmações já firmados previamente por análise e síntese. Sendo que, tais relacionamentos, nesse ponto, devem explicar como se relacionam e sua natureza de relação, ou seja, se são relacionamentos unilaterais ou bilaterais, se são relações positivas, negativas ou neutras, e também, se influenciam e de que forma outras relações (WALKER; AVANT, 1983).

O terceiro passo é a organização dos conceitos e afirmações sobre o fenômeno de forma integrada e representar efetivamente tal integração, a criação de um diagrama que auxilia na expressão dos relacionamentos é utilizado de forma a organizar todo material sintetizado facilitando o entendimento do modelo teórico em si (WALKER; AVANT, 1983).

Assim, seguindo tais procedimentos, a síntese de teorias baseada em um grande arcabouço teórico pode ser efetivamente organizada, integrando os conhecimentos buscados para basear um modelo teórico que auxilie na prática de enfermagem (WALKER; AVANT, 1983).

O método está relacionado à construção de um modelo teórico de enfermagem de reabilitação, de forma a fundamentar o cuidado na especialidade.

Resultados

A construção do modelo teórico de enfermagem de reabilitação inicia pelos passos procedimentais da síntese de teorias proposta por Walker e Avant (1983). Logo, deve-se pensar no foco central para o desenvolvimento do modelo teórico sintetizado, e tal foco foi definido como a relação interpessoal entre enfermeira de reabilitação e pessoa cuidada. Assim, foi possível focar em conceitos que validem a relação das pessoas do modelo, colocando como central o desenvolvimento relacional dessas, bem como as influências ambientais, subjetivas e intersubjetivas que afetam positivamente ou negativamente tais pessoas.

Primeiramente, focando nas pessoas da relação, colocadas como centrais, temos fatores que influenciam diretamente nessas pessoas. Tais fatores são oriundos dos conceitos e afirmações que expressam no modelo os níveis intersubjetivos da Pessoa e Ambiente. Pensando nos níveis intersubjetivos da Pessoa temos que a intersubjetividade, a diversidade, a esperança, a reconstrução, a autonomia e a saúde biopsicossocial ou biológica de cada pessoa do modelo influenciam em sua relação interpessoal. Estes fatores são prévios à relação podendo influenciar, tanto positivamente, quanto negativamente nessa relação, e podendo também ser alterado após a relação acontecer.

Quanto ao Ambiente influenciando diretamente nas pessoas da relação, há conceitos que influenciam positivamente na pessoa como a reconstrução, a liberdade social e a justiça social, e, também, influenciadores negativos nas pessoas como os obstáculos, a desigualdade, o impulso moral, os conflitos sociais e as lutas sociais. Esses fatores ambientais são colocados como prévios da relação, sendo construídos na pessoa a partir de suas relações interpessoais com outras pessoas e com processos sociais e culturais a qual a pessoa socializa. Estes fatores podem ser modificados pela relação pessoa e Enfermeira, tendo, no entanto, uma determinação significativa dada por sua história e sociedade em que vive.

Partindo da relação entre Enfermeira e Pessoa, pode-se afirmar outros relacionamentos, todos embasados nos conceitos e afirmações já estruturadas previamente (Manuscritos I e II), que apontam que tal relação interpessoal é fortalecida por dois tipos de relação diferentes, o Cuidado de Enfermagem de Reabilitação e a relação intersubjetiva de Reconhecimento.

A relação interpessoal de Reabilitação tem direção unilateral, partindo da Enfermeira para a Pessoa em Reabilitação. Essa é uma relação positiva e assim, influencia positivamente na Pessoa em sua subjetivação e reconhecimento. A Reabilitação influencia positivamente na relação interpessoal das pessoas do modelo, sendo influenciada pelo Tempo enquanto processo social e de cuidado.

A reabilitação partindo da Enfermeira para a Pessoa é incentivadora da saúde biopsicossocial da pessoa, mas além disso, promove o aumento de sua diversidade, intersubjetividade, esperança, reconstrução, autonomia, liberdade social, consciência e reconhecimento. Além disso, a reabilitação diminui na pessoa, a desigualdade e a injustiça social.

Focando na relação interpessoal entre a Pessoa cuidada e a Enfermeira que incentiva o Reconhecimento, pode-se afirmar que o Reconhecimento é uma relação bilateral, influenciando em ambas as pessoas da relação positivamente e de modos diferentes. Essa relação de Reconhecimento é influenciada por conceitos relacionais colocados como fatores do reconhecimento e tais fatores influenciam de forma alternada no reconhecimento, não se podendo definir o sinal da relação colocada. O reconhecimento é influenciado pela justiça social, pela desigualdade, pelo respeito, amor, solidariedade, pelo impulso moral, liberdade social, pelas lutas sociais e pelos conflitos sociais.

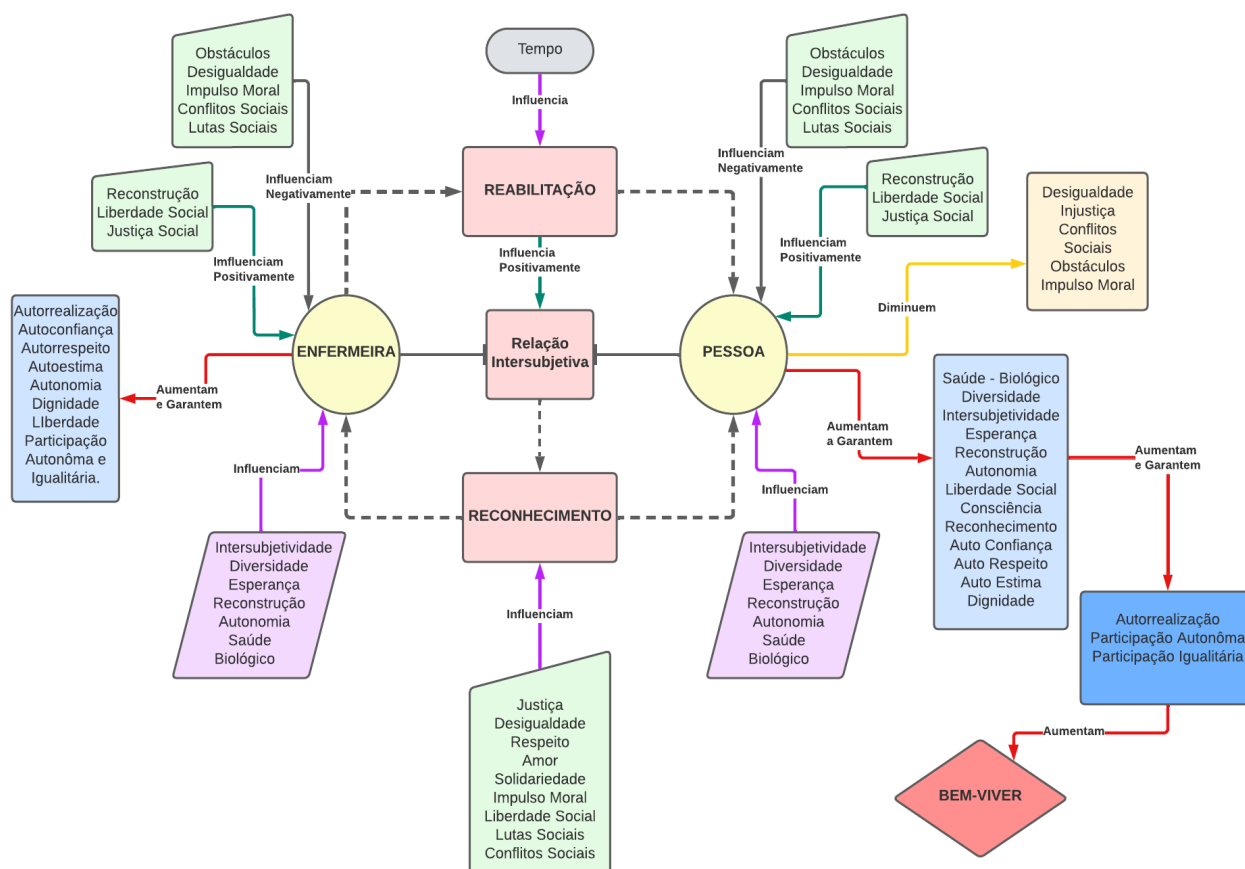
A relação intersubjetiva de Reconhecimento influencia na subjetivação da pessoa (em ambas envolvidas na relação), aumentando a autorrealização, autoconfiança, auto respeito, auto estima, autonomia profissional e pessoal, dignidade humana, liberdade social, participação autônoma e igualitária. Na Pessoa em reabilitação a relação intersubjetiva de Reconhecimento aumenta a autoconfiança, o auto respeito, a auto estima, a autonomia, a dignidade e a liberdade social, e diminui os conflitos sociais, os obstáculos, o impulso moral, a desigualdade social e a injustiça social.

Partindo para uma síntese de todos os influenciadores positivos na Pessoa através das relações de Reabilitação e de Reconhecimento, pode-se sintetizar a ideia que a Pessoa cuidada do modelo tem aumentada ou garantida sua Autorrealização, Participação Autônoma e Participação Igualitária, permitindo sintetizar o objetivo final do modelo teórico de enfermagem de reabilitação, que é propor o aumento ou a garantia do Bem-Viver da Pessoa em Reabilitação, a partir da relação intersubjetiva de Reconhecimento.

O procedimento três da síntese de teorias fez-se no diagrama proposto como modelo teórico de Enfermagem de Reabilitação (Figura 1) que exprime de forma visual todo entendimento sobre a relação interpessoal entre enfermeira e pessoa cuidada pelas relações de reabilitação e reconhecimento e voltado ao Bem-viver da pessoa em reabilitação.

Nesse Diagrama é colocado a Relação Pessoa e Enfermeira centralizado e as relações de Reabilitação e Reconhecimento expressas por setas no sentido da relação, temos também a influência dos níveis intersubjetivos da Pessoa colocados nos quadros verdes e influenciando diretamente a Enfermeira a Pessoa e a relação intersubjetiva de Reconhecimento. Influenciando a Pessoa e a Enfermeira têm os conceitos nos quadros roxos. Por fim, os quadros azuis expressam fatores que foram aumentados e/ou garantidos pela relação colocada, aumentando ou garantindo o Bem-Viver da pessoa em Reabilitação.

Figura 11 - Diagrama que representa o Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação



Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Discussão

Utilizando-se da síntese de teorias proposta por Walker e Avant (1983) foi possível sistematizar e organizar os conceitos e afirmações propostas a um Modelo Teórico pautado na relação interpessoal entre Enfermeira e Pessoa no contexto da enfermagem de reabilitação. Tal síntese foi desenvolvida nos princípios básicos necessários a uma teoria de enfermagem formal, que são os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem, e seguiu após uma extensa pesquisa literária que buscou em artigos científicos e literaturas clássicas tanto da enfermagem quanto da sociologia e filosofia. A abordagem da síntese de teorias possibilita aos pesquisadores uma análise profunda dos componentes internos e externos da relação colocada como foco central do modelo, que é a relação Pessoa e Enfermeira, norteando questões necessárias de esclarecimento para a construção final do modelo. Além disso, a partir do Diagrama do Modelo Teórico é possível a futura validação de uma Teoria de Enfermagem de Reabilitação.

Para além da utilização de um método fidedigno e clássico para a construção do Modelo Teórico é necessário discutir aqui a importância das relações colocadas como centrais no modelo, a Reabilitação e o Reconhecimento.

A Reabilitação, proposta como um processo de trabalho da enfermeira de reabilitação com propósito de aumentar o Bem-viver da pessoa em sua diversidade sociocultural, deve ser compreendida aqui como uma relação positiva que parte da enfermeira para a pessoa em busca de garantir sua dignidade humana e incentivar sua liberdade social e autonomia. Essa reabilitação parece abstrata à primeira vista, mas ela parte das ferramentas da enfermeira no cuidado à pessoa em reabilitação, sendo que tal cuidado deve ser pautado no processo de vida da pessoa, internalizando na relação a esperança e intersubjetividade que a pessoa traz de sua interação histórica e social, ainda esse cuidado deve visar uma formação mais bem-sucedida da subjetividade da pessoa, possibilitando através da relação intersubjetiva uma satisfação de questões biopsicossociais, e intersubjetivas. Apesar de unilateral, a relação de Reabilitação também influencia na intersubjetividade da Enfermeira, pois ao ver a Pessoa atingir suas expectativas de Bem-viver, a Enfermeira reconhece com positividade o seu cuidado de enfermagem, valorizando seu trabalho e atingindo algum grau de autorrealização (SCHOELLER *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020; ZUCHETTO *et al.*, 2021).

O Reconhecimento colocado a partir da relação interpessoal da pessoa cuidada com a enfermeira de reabilitação e oriundo da teoria do reconhecimento de Axel Honneth (2009) (cujo foco são as relações intersubjetivas entre as pessoas, o que cabe perfeitamente para um

modelo teórico de enfermagem pautado na relação das pessoas quando no cuidado de enfermagem), serviu de base para o entendimento das relações interpessoais com foco na intersubjetividade humana e na possibilidade da autorrealização dessas pessoas garantindo seu bem-viver social. De um lado a enfermeira de reabilitação se autorrealizando pelo alcance da finalidade do seu trabalho que é o bem viver da pessoa cuidada e, de outro, a (re)construção da pessoa em reabilitação.

O reconhecimento, de acordo com a teoria de Honneth (2009), é um processo intersubjetivo que tem três dimensões, o amor, o direito e a solidariedade, sendo que tal processo relacional é centrado em um ambiente e tempo pré-determinados pelo contexto histórico, social, cultural e econômico em que as pessoas relacionadas se encontram. Essa relação de reconhecimento é concretizada nas diferenças entre as pessoas, sendo construída conjuntamente durante o processo de relação intersubjetiva, que considera sempre os contextos subjetivos da pessoa e da enfermeira, bem como suas ambiências relacionadas a sua socialização e cultura em que está inscrita. Pensando nas diferenças, que podem gerar conflitos surge uma tentativa de reconhecimento recíproco entre as pessoas da relação. Assim, o cuidado de enfermagem de reabilitação torna-se um processo pautado na vontade da pessoa cuidada e na confiança, respeito e estima oferecido e recebido pela enfermeira na relação intersubjetiva com a pessoa, em busca desse reconhecimento que garante uma autorrealização de ambas para fomentar o bem-viver (SCHOELLER *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020; ZUCHETTO *et al.*, 2021).

O cuidado de enfermagem de reabilitação quando considera esse reconhecimento intersubjetivo como seu foco central, expõe a necessidade de buscar uma relação entre enfermeira de reabilitação e pessoa cuidada que considere o reconhecimento de direitos sociais, ligações efetivas e estima social, na tentativa de emancipação do sujeito cuidado para além do cuidado prático, mas sendo mais pragmático, atuando positivamente na confiança, estima e respeito da pessoa, de forma otimista, esperançosa e concreta. A relação estabelecida inicia a reabilitação de forma a possibilitar a pessoa em reabilitação capacitar-se para reconstruir sua realidade, descobrindo possibilidades para o bem-viver em sociedade (SCHOELLER *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020; ZUCHETTO *et al.*, 2021).

É necessário nesse ponto de construção de uma teoria formal validar o modelo teórico de Enfermagem de Reabilitação para aplicação prática, o que será realizado pelo trabalho da Doutoranda de Enfermagem Milena Amorim Zuchetto, através de bases metodológicas formais da enfermagem e embasado na teoria do reconhecimento de Axel Honneth (2009). Tal validação é extremamente necessária para firmar conceitualmente o

conhecimento gerado pelo trabalho de construção do Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação, e possibilitando o incentivo a formação de enfermeiras com conhecimento teórico e prático na reabilitação de pessoas em qualquer momento de seu ciclo vital, e em qualquer contexto sociocultural. Espera-se assim, com este trabalho auxiliar na criação de uma formação complementar de especialização da enfermagem de reabilitação no contexto nacional.

Considerações finais

A construção do modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação possibilitou visualizar a relação entre enfermeira e pessoa cuidada para além da prática dos cuidados de enfermagem pautado no bem-estar biopsicossocial da pessoa com alguma deficiência, e ultrapassou o entendimento de reabilitação para uma relação que possibilita o cuidado a qualquer pessoa independente de sua subjetividade e diversidade, propondo o reconhecimento intersubjetivo das diferenças do outro como aliado na geração de autoconfiança, auto respeito e auto estima, o que acarreta num aumento da autonomia e liberdade social.

É interessante colocar o reconhecimento como aliado do processo de enfermagem de reabilitação, esse entendimento de que vários fatores ambientais, pessoais e temporais podem alterar a relação interpessoal da enfermeira com a pessoas, e assim os conflitos sociais propiciam uma busca pelo reconhecimento, o que propicia uma luta para participação autônoma e igualitária que só advém da autorrealização gerada por esse reconhecimento na relação. Logo, a pessoa em reabilitação consegue compreender, aprender, resolver, e refletir melhor o cuidado de reabilitação quando é garantida sua participação paritária em sociedade, mostrando a importância do reconhecimento para que o bem-viver seja alcançado como final desse processo.

Referências

FITZPATRICK, J. J.; WHALL, A. L. **Conceptual models of nursing: Analysis and application.** Norwalk (EUA): Appleton & Lange, 1989.

MOCCIA, P. **New approaches to theory development.** Nova York: National League for Nursing, 1986.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 6-12, 2018.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Cuidado em enfermagem de reabilitação e processo emancipatório. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], n. 2, 2020. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3531&id_revista=55&id_edicao=225. Acesso em: 18 nov. 2021.

VARGAS, C. P. *et al.* Teoria de Enfermagem de Reabilitação como processo emancipatório: nota prévia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 76-79, 2020. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/66>. Acesso em: 18 nov. 2021.

WALKER, L. O.; AVANT, Kay C. *Strategies for theory construction in nursing*. 3rd edition. Norwalk (EUA): Appleton & Lange, 1983.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/111386>. Acesso em: 15 jan. 2022.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação possibilitou compreender e refletir sobre a relação de cuidado prestado pela enfermagem de reabilitação às pessoas em suas mais complexas e diversas realidades. Analisar a relação de enfermeira de reabilitação com uma pessoa cuidada fez suscitar transformações em concepções filosóficas anteriores, as quais as pesquisadoras já envolvidas acabavam por reproduzir, sendo que o fenômeno alterado fez crescer o envolvimento com a área teórica tanto da enfermagem de reabilitação quanto da sociologia e filosofia.

A metodologia clássica empregada na construção do Modelo foi importante para o desenvolvimento dessa pesquisa, pois serviu como um referencial para a concepção de conceitos e afirmações que a primeira vista pareceriam impossíveis de serem visualizados em forma de modelo, devido sua complexidade e imprevisibilidade, norteando assim, uma pesquisa ética e baseada na literatura, pensando em uma base sólida para prática da enfermagem de reabilitação. Algumas limitações sobre o método devem ser colocadas, como a dificuldade de seguir todos os passos colocados, o que não impossibilitou que todos fossem seguidos, mas fez exaurir as pesquisadoras no campo teórico e de busca, também, esse método sendo clássico pode ser de difícil esclarecimento aos leitores, pois trata de passos de lógica e reflexão muitas vezes não utilizados em outras metodologias de construção de teorias informais. Como positivo da utilização desse método temos que, esse é um método que é detalhado e não deixa locais para falha na pesquisa, validando assim os dados encontrados e possibilitando uma pesquisa realmente crítica para a construção de teorias.

O Modelo de Enfermagem de Reabilitação concluído vislumbra possibilidades para a enfermagem de reabilitação no contexto nacional quando colocamos a busca por mais modelos e teorias que embasam cientificamente a prática de enfermagem de reabilitação que já é prestada em diversos serviços públicos e particulares no Brasil, por enfermeiras que muitas vezes nunca refletiram sobre a importância dessa prática ou de como realmente deveriam atuar de forma a reconhecer a pessoa cuidada como uma pessoa que tem necessidades diferentes da sua e por isso é digna de respeito, amor e solidariedade. A Enfermagem de Reabilitação deve passar de uma especialização da enfermagem para um entendimento dos cuidados de reabilitação prestados à toda diversidade humana, em quaisquer contextos históricos, sociais, culturais e econômicos, a partir daí então, poderemos pensar em como praticar o cuidado de reabilitação efetivo a cada pessoa, valorizando assim a enfermagem de reabilitação.

O próximo passo após a conclusão desse Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação, será a realização de uma Teoria formal de Enfermagem de Reabilitação pensando no bem-viver da pessoa na diversidade, e pautada também, na metodologia clássica de construção teórica já introduzida aqui, esse trabalho será ainda mais desafiador e já teve início com a pesquisa para Tese de Doutorado da doutoranda Milena Amorim Zuchetto, e terá final apenas quando testadas todas as possibilidades teóricas e práticas que esse modelo iniciou e a teoria deve formalizar.

O trabalho de pesquisa realizado apresentou algumas limitações, já colocadas enquanto ao método, mas também no que diz respeito ao entendimento sobre a sociologia clássica e a teoria crítica para a construção de uma ideia de relação intersubjetiva entre enfermeira e pessoa cuidada com vista a teoria do reconhecimento, para que isso fosse possível foi solicitado auxílio ao professor Doutor Luiz Gustavo da Cunha de Souza, que fez esclarecer ideias sobre o reconhecimento mas também como suas esferas intersubjetivas podem ser importantes na construção de uma relação recíproca entre duas pessoas mesmo no contexto da saúde. Outra limitação, são as poucas pesquisas na área da enfermagem de reabilitação que tratam do assunto de maneira reflexiva e diversa, recorreu-se principalmente às ideias de reabilitação de Portugal, e buscou-se então, colocar uma ideia transformadora, onde a reabilitação seria o start para a relação de reconhecimento recíproco entre duas pessoas, o que foi trabalhoso de ser explicado em algumas poucas páginas e necessitará de muito reforço teórico ainda.

Por fim, a concepção de um Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação foi um trabalho que exigiu de todos os envolvidos muito cuidado com a perspectiva de uma Enfermagem de Reabilitação universalizadora, integradora e emancipadora, pensando que o cuidado de enfermagem faz parte de uma relação única em tempo e ambiente, mas diversa na intersubjetividade das pessoas envolvidas, valorizando, confiando e respeitando a todas as pessoas em qualquer momento da vida se encontre.

Para além, espera-se que esse trabalho seja um ponto inicial para formatar uma Enfermagem de Reabilitação que atue, com e para, todas as pessoas no nosso contexto de Brasil, podendo a ideia de uma especialização focada no cuidado de enfermagem para o bem-viver das pessoas na diversidade, ser um foco de luz realmente visível nem futuro próximo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. M. M. Reconhecimento e diferença na teoria ética de Axel Honneth: uma questão em forma de ensaio. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre**, v. 35, n. 1, p. 403-420, jun. 2019. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/conteudo/artigos/3d130b702ea7ae937d80b3a540dc42f6.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.
- ADORNO, Theodor W. **Educação e emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ADORNO, Theodor. **Dialética do esclarecimento**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 1985.
- AFONSO, C. I. C. **Reconstrução da vida cotidiana: experiência vivida do pós-cuidador familiar**. Tese (Doutorado) Universidade de Lisboa (Portugal), Lisboa, 2020.
- AGUILLAR, O. M.; MENDES, I. A. C. Viabilidade da aplicação de teorias de enfermagem: relato de experiência no âmbito da pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 22, n. spe., p. 47-52, 1988.
- ALBORNOZ, S. G. As esferas do reconhecimento: uma introdução a axel honneth. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Santa Cruz do Sul, v. 14, n. 1, p. 127-143, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25720/27453>. Acesso em: 20 out. 2020.
- ALBUQUERQUE, R. G. AUFHEBUNG E DEVIR: Um estudo a partir da Doutrina do Ser da Ciência da lógica. **Pólemos**, [s.l.], v. 10, n. 21, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/polemos/article/view/37406>. Acesso em 25 out. 2021.
- ALEXANDRE, B. M. V. **Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2020.
- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 39, p. 202-210, 2005.
- ALVARENGA, L. N.; NAUROSKI, E. A. Direito e conflitos sociais, uma reflexão a partir da teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Jicex**, Santa Cruz, v. 10, n. 10, p. 1-6, mai. 2017. Disponível em: <http://unisantacruz.edu.br/revistas/index.php/JICEX/article/view/2749>. Acesso em: 20 out. 2020.
- ANDERSON, J.; HONNETH, A. Autonomy, vulnerability, recognition, and justice. In: CHRISTMAN, J.; ANDERSON, J. (eds.). **Autonomy and the challenges to liberalism: new essays**. New York (EUA): Cambridge University Press, 2005.
- ANDRADE, B. B. *et al.* Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2008.
- ANGELO, M.; FORCELLA, H. T.; FUKUDA, I. M. K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 211-223, 1995.

ANGERAMI, E. L. S.; DE ASSIS CORREIA, F. Em que consiste a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 337-344, 1989.

ANTUNES, L. **Cuidados de Enfermagem para a pessoa com a síndrome da fibromialgia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

ASSY, B. A dignidade dos invisíveis: invisibilidade social, reconhecimento e direitos humanos. In: PAIVA, A. R. (Org.). **Direitos humanos em seus desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2012. p. 147-163.

BACKES, D. S. *et al.* Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichan**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 24-31, 2016.

BARBOSA, C. P. Redistribuição e reconhecimento a partir de Hegel: um diálogo sobre justiça entre Axel Honneth e Nancy Fraser. **Diálogo**, [s.l.], n. 41, p. 09-16, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/5081>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BARROS, L. B. F. *et al.* Cuidado clínico de enfermagem fundamentado em Parse: contribuição no processo de transcendência de transplantados cardíacos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2017.

BARROS, M. V. M. A possível consciência moral coletiva em Sartre como uma releitura de um Marxismo. **Ensaios Filosóficos**, [s.l.], v. 20, n. 10, p. 177-196, dez. 2019. Disponível em: http://www.ensaiosfilosoficos.com.br/Artigos/Artigo20/13_Barros_Ensaios_XX.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BITENCOURT MAGAGNIN, A. *et al.* O enfermeiro enquanto ser político-social: perspectivas de um profissional em transformação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 1, 2018.

BLOCH, Ernst. **O princípio esperança**. v. 3. Rio de Janeiro: Contraponto/ UER, 2005-2006.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Zouk, 2007.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm#:~:text=LEI%20No%207.498%2C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,Art.&text=4%C2%BA%20A%20programa%20de%20enfermagem%20inclui%20a%20prescri%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20de%20enfermagem. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução**

CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRÅTEN, S. *et al.* **Intersubjective communication and emotion in early ontogeny.** Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press, 1998.

BRISSOS, V. P. *et al.* Enfermagem de reabilitação: Mobilização precoce no doente com ventilação mecânica. **Riase**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 326-346, 2020. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/30204>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRITO, J. W. R. Contribuições de Axel Honneth para o debate sobre teorias da justiça na contemporaneidade. **Revista Opinião Filosófica**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 328-345, 2017. Disponível em: <https://www.opiniaofilosofica.org/index.php/opiniaofilosofica/article/view/808>. Acesso em: 26 out. 2020.

BRITTO, A. C. L.; LAGE, D. G. R. C.; CORRADI, A. Teoria do reconhecimento de Axel HONNETH: razões para preservar arquivos pessoais. **Ágora**, Florianópolis, v. 29, n. 58, p. 1-18, jun. 2019. Disponível em: <https://patua.iec.gov.br/bitstream/handle/iec/3765/Teoria%20do%20reconhecimento%20de%20Axel%20Honneth%3a%20raz%0c3%0b5es%20para%20preservar%20arquivos%20pessoais.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 out. 2020.

BUSFIELD, J., & CAMPLING, J. Gender and feminist theorising. **Men, Women and Madness**, [s.l.], p. 31-50, 1996.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, [s.l.], v. 17, p. 77-93, 2007.

CAICEDO, L. O. Experiencias artísticas de personas con dis _capacidad cognitiva: caminos para la estima social. Escena. **Revista de Las Artes**, [s.l.], v. 77, n. 2, p. 53-69, 25 jan. 2018. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/escena/article/view/32138/31789>. Acesso em: 28 out. 2020.

CÂMARA, J. D. J. C. *et al.* Estratégias implementadas pelo enfermeiro para aprendizagem do transplantado renal em imunossupressão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 282-287, 2016.

CAMPBELL, C. **A ética romântica e o espírito do consumismo moderno.** Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CAMPELLO, F. Do reconhecimento à liberdade social: sobre o "direito da liberdade", de Axel Honneth. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, [s.l.], v. 2, n. 23, p. 185-199, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cefpa/article/view/74736>. Acesso em: 19 out. 2021.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. **Exam Blueprint and Specialty Competencies.**

2011. Disponível em:

https://mycna.ca/-/media/nurseone/files/en/rehabilitation_2011_prep_guide_blueprint_en.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. **Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada**. 2015. Disponível em: https://www.caccn.ca/files/RN%20Framework%20Revision%20V2%2014_11_13.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Universitária, 2006.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1997. 188p.

CARRETAS, N. C. M. **Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de Évora, Portugal, 2018.

CARVALHO-FREITAS, M. N. D.; MARQUES, A. L. A diversidade através da história: a inserção no trabalho de pessoas com deficiência. **Organizações & Sociedade**, [s.l.], v. 14, n. 41, p. 59-78, 2007.

CASTANEDA, L. *et al.* Identificação de Conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Medidas de Qualidade de Vida para o Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.l.], v. 64, n. 4, 509-516, 2018.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

CAUX, L. P. Intersubjetividade e ontologia social nas revisões da teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Ethic@ - An International Journal For Moral Philosophy**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 35-62, 30 ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/1677-2954.2017v16n1p35/34745>. Acesso em: 20 out. 2020.

CEOLIN, S. *et al.* Bases teóricas de pensamento crítico na enfermagem ibero-americana: revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017.

CHAUI, M. **O mito da caverna**. 2003. Disponível em: https://asmayr.pro.br/arq/cul_mito_caverna.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

CHINN, P. Li.; JACOBS, M.K. **Theory and nursing: a systematic approach**. Saint Louis (EUA): Mosby, 1983.

CHITTY, Andrew. Recognition and property in Hegel and the early Marx. **Ethical theory and moral practice**, v. 16, n. 4, p. 685-697, 2013.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. D. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, p. 13-36, 1999.

COSTA, E. G. A luta por reconhecimento: aspectos teóricos do pensamento de Axel Honneth. **Prometeus**, Porto Alegre, v. 11, n. 26, p. 209-230, abr. 2018.

COSTA, L. A.; FONSECA, T. M. G. Da diversidade: uma definição do conceito de subjetivi-

- dade. **Revista Interamericana de Psicología**, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 513-519, 2008.
- COSTA, N. D. R., MARCELINO, M. A., DUARTE, C. M. R., UHR, D. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, p. 3037-3047, 2016.
- COUTO, A. M. D., CALDAS, C. P., & CASTRO, E. A. B. D. Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 959-966, 2018.
- CRISSIUMA, R. Reconstrução e indignação: Sobre o potencial transformador do último modelo de Teoria Crítica de Axel Honneth. **Cadernos de filosofia alemã**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 35-58, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/view/168604>. Acesso em: 25 mai. 2022.
- CZERESNIA, D. Canguilhem e o caráter filosófico das ciências da vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 709-727, 2010.
- CZERESNIA, D. Simondon e os sentidos da individuação biológica. **DoisPontos**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 35-42, nov. 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/doisPontos/article/view/70250>. Acesso em: 20 out. 2020.
- DA SILVA BAMPI, L. N., GUILHEM, D., & ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, 2010.
- DA SILVA, A. G. I. *et al.* Enfermagem e a Diversidade Transcultural Amazônica: Um Relato de Experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 19, e212-e212, 2019.
- DALBOSCO, C. A. Condição humana e formação virtuosa da vontade: profundezas do reconhecimento em Honneth e Rousseau. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 799-812, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022014000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.
- DARWIN, C. A origem do homem. In: DARWIN, C. **A origem do homem e a seleção sexual**. São Paulo: Hemus, 1974.
- DE CAUX, L. P. A reconstrução normativa como método em Honneth. **Peri**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 83-98, 2015.
- DE JESUS, B. O.; VIEIRA, C. V. L.; RODRIGUES, A. A. Reconhecimento social e movimento feminista: caminhos para pensar uma sociedade mais justa?. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 127-148, 2019. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/239/149>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- DE LIMA, F. J. G. Os limites do direito: uma abordagem a partir de Honneth. **Revista Quaestio Iuris**, [s.l.], v. 11, n. 04, p. 2445-2457, 2018.
- DE LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2017.
- DE MENEZES, A. A.; DE MOURA, D. C. Do direito da liberdade à solidariedade. **P2P E INOVAÇÃO**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 10-23, 2019. Disponível em:

<https://brapci.inf.br/index.php/res/v/110845>. Acesso em: 19 mai. 2022.

DE OLIVEIRA GOMES, V. L. *et al.* Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Investigación y Educación en Enfermería**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 108-115, 2007.

DE SOUZA PINHEIRO, H. *et al.* Aplicação da teoria de médio alcance para enfermagem em reabilitação cardiovascular de pacientes com insuficiência cardíaca. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. e25011326579-e25011326579, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26579>. Acesso em: 17 mai. 2022.

DEWEY, J. **Liberalismo, liberdade e cultura**. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 1970.

DO ESPÍRITO SANTO, F. H., PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

DOS SANTOS, R. A.; KOEPPE, G. B. O.; DE CARVALHO, M. S. N. Espaço para profissional de saúde versus Intersubjetividade: relato de experiência. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 265, p. 4269-4276, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118278>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ELLIS, R. Characteristics of significant theories. **Nursing Research**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 217-222, 1968.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

FARO, A. C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FAWCETT, J.; DOWNS, F. S. **The relationship of theory and research**. Appleton-Century-Crofts / Norway, Connecticut; 1986.

FERREIRA, W. B. O conceito de diversidade na BNCC - relações de poder e interesses ocultos. **Retratos da Escola**, [s.l.], v. 9, n. 17, 2015.

FERTONANI, H. P *et al.* A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, M. J.; PRUDENCIO, K. Muito amor, pouca estima e (quase) nenhum reconhecimento: o trabalho dos professores sob a perspectiva de Axel Honneth. **Rev. Int. de Form. de Professores**, Itapetininga, v. 3, n. 1, p. 88-98, mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/RIFP/article/view/912/860>. Acesso em: 20 out. 2020.

FINKELSTEIN, V. The 'social model of disability' and the disability movement. **Manchester, GMCDDP**, 2007.

FINKELSTEIN, V. The social model of disability repossessed. **Manchester Coalition of Disabled People**, v. 1, p. 1-5, 2001.

FITZPATRICK, J. J.; WHALL, A. L. **Conceptual models of nursing: Analysis and application**. Norwalk (EUA): Appleton & Lange, 1989.

FOSSIER, A. **Philippe Descola, Par-delà nature et culture**. Paris: Gallimard, 2005.

FRASER, N. A justiça social na globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 63, 2002. Disponível em: <http://rccs.revues.org/1250>. Acesso em: 26 nov. 2018.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, J. (Org.). **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília: UnB, 2001.

FRASER, N. **From distribution to recognition?** Dilemmas of justice in a ‘postsocialist’ age”, em *Justice interruptus: critical reflections on the “postsocialist” condition*. London: Routledge, 1997.

FRASER, N.; HONNETH, Al. **Redistribuição ou reconhecimento?** Um debate político-filosófico. Madrid: Morata S.L, 2006.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FUHRMANN, N. Luta por reconhecimento: reflexões sobre a teoria de Axel Honneth e as origens dos conflitos sociais. **Barbaroi**, [s.l.], p. 79-96, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100006&script=sci_abstract. Acesso em: 15 out. 2021.

GALEÃO-SILVA, L. G., & ALVES, M. A. A crítica do conceito de diversidade nas organizações. **Encontro de Estudos Organizacionais**, [s.l.], v. 2, 2002.

GARGHETTI, F. C.; MEDEIROS, J. G.; NUERNBERG, A. H. Breve história da deficiência intelectual. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, [s.l.], v. 10, p. 101-116, 2013.

GAUDENZI, P., & ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v.21, p. 3061-3070, 2016.

GIUGLIANI, C. *et al.* Saúde e cidadania na escola: experiências inovadoras que promovem o bem viver. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 33-54, 2018.

GIUSTI, M. Autonomía y Reconocimiento. **Ideas y Valores**, [s.l.], v. 56, n. 133, p. 39-56, abr. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/809/80915460003.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

GODOY, M. G. C. *et al.* Teko Porã, Bem Viver e Saúde-algumas perspectivas para trabalhar com concepções ampliadas de cuidado em saúde. **Revista da Extensão**, [s.l.], n. 14, p. 67-70, 2017.

GOFFMAN, E. Estigma e identidade social. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**, p.11-50, 1988.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GRIMALDI, M. R. M. *et al.* O papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em populações vulneráveis. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 12, n. 4, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4501#:~:text=Pr%C3%A1ticas%20de%20sa%C3%BAde%20desenvolvidas%20pela,estar%20ambiental%20e%20na%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 25 mar. 2022.

GUIMARÃES, M. O.; VIANA, A. N. A educação como pressuposto para o exercício da cidadania: políticas públicas, inclusão e individuação na teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Educação e Filosofia Uberlândia**, Pará de Minas, v. 1, n. 8, p. 15-31, abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/154>. Acesso em: 20 out. 2020.

HABERMAS, J. Towards a theory of communicative competence. **Inquiry**, [s.l.], v. 13, n. 1-4, p. 360-375, 1970.

HADDAD, V. C. D. N.; SANTOS, T. C. F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 755-761, 2011.

HAMEL, M. R. Reificação: Uma categoria reformulada pela Teoria Crítica?. **Pensando-Revista de Filosofia**, [s.l.], v. 11, n. 22, p. 40-51, 2020.

HARDY, M.E. Perspectives on nursing theory. **Adv. Nurs. Sci.**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 37-48, 1978.

HARDY, M. E. Theories: Components, development, evaluation. **Nursing Research**, 1974.

HEGEL. G.W. F. **Ciência da lógica: A Doutrina do Ser**. Petrópolis: Vozes, 2016.

HEGEL. G.W. F. **Enciclopédia das ciências filosóficas em compêndio**. v. 1. São Paulo: Loyola, 1995.

HONNETH, A. A textura da justiça: sobre os limites do procedimentalismo contemporâneo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 345-268, dez. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277166920_A_textura_da_justica_sobre_os_limites_do_procedimentalismo_contemporaneo. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. As enfermidades da sociedade: Aproximação a um conceito quase impossível. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 575-594, mar. 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/22520>. Acessado em 28 de Out. 2020.

HONNETH, A. Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. **Isegoría**, Constanza, n. 5, p. 78-92, 1992. Disponível em: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/339>. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**. A gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: 34, 2009.

HONNETH, A. **O direito da liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

HONNETH, A. O eu no nós: reconhecimento como força motriz de grupos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 56-80, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/v15n33/v15n33a03.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. Observações sobre a reificação. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 68-79, out. 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/4322/6868>. Acesso em: 28 out. 2020.

HONNETH, A. Recognition or redistribution? Changing perspectives on the moral order of society. **Theory, Culture & Society**, [s.l.], v. 18, n. 2-3, p. 43-55, 2001.

HONNETH, A. Reconocimiento y obligaciones morales. **Revista Internacional de Filosofía Política – RIFP**, Frankfurt, n. 8, p. 5-17, 1996. Disponível em: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:filopoli-1996-8-6443431F-2BE8-F544-3A97-47F0DA074DF8&dsID=reconocimiento_obligaciones.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

HONNETH, A. Redistribution as recognition: a response to Nancy Fraser. In: FRASER, N.; HONNETH, A. **Redistribution or recognition? A political-philosophical Exchange**. Londres, Nova York: Verso, 2003.

HONNETH, A. **Reificação: um estudo de teoria do reconhecimento**. São Paulo: Unesp, 2020.

HONNETH, A. **Sufrimento de indeterminação, uma reatualização da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Esfera Pública, 2007. 145p.

HONNETH, A.; ANDERSON, JI. Autonomia, Vulnerabilidade, Reconhecimento e Justiça. **Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade**, São Paulo, n. 17, p. 81-112, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/view/64839>. Acesso em: 23 out. 2020.

HONNETH, Axel. O capitalismo como forma de vida fracassada: esboço sobre a teoria da sociedade de Adorno. **Política & Trabalho**, n. 24, p. 9-26, 2006.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974.

HORTA, W. D. A. Conceito de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 1-5, 1968.

INÁCIO, B. R. A liberdade e a autonomia na formação da consciência moral em Kant. **Debates Filosóficos: Direito, Ética e Educação**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://www.revista.unisal.br/lo/index.php/itinerarios-filosoficos/article/view/1079>. Acesso em: 22 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. 2010.

IRIART, J. A. B.; CAPRARA, A. Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1253-1268, 2011.

JACOX, A. Theory construction in nursing: an overview. **Nurs. Bes.**, New York, v. 23, n. 1, p. 4-13, 1974.

JENKINS, R. Rethinking ethnicity: identity, categorization and power. **Ethnic and Racial Studies**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 197-223, 1994.

JESUS, S. C. *et al.* Honneth: Contribuições para o cuidar em enfermagem à luz do amor, direito e solidariedade. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: [KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Discurso Editorial: Barcarolla, 2009.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732021000100407#:~:text=O%20amor%2C%20direito%20e%20solidariedade,humana%20e%20%C3%A0%20sua%20autonomia. Acesso em: 05 fev. 2022.</p>
</div>
<div data-bbox=)

KEARNEY, P. M.; PRYOR, J. The international classification of functioning, disability and health (ICF) and nursing. **Journal of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 46, n. 2, p. 162-170, 2004.

KERLINGER, F.N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: Epu, 1980.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: Wiley Medical Publications, 1981.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, 2003.

KODAMA, C. M.; SPURAS, M. V.; PADULA, M. P. C. Cuidados prestados pelos enfermeiros aos pacientes de reabilitação. **Arquivos médicos dos Hospitais e da faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 100-106, 2018.

KREIBICH, S.; LEITE, T. S. A anterioridade ontológica da individuação: terceiro estudo. **Ekstasis: Revista de Hermenêutica e Fenomenologia**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 61-82, nov. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Ekstasis/article/view/42734>. Acesso em: 22 out. 2020.

LAPLANTINE, F. A doença e o sagrado, a medicina e a religião, a cura e a salvação: Da Antropologia médica à antropologia religiosa. In: **Antropologia da doença**. São Paulo: Martin, 2004. p. 211-251.

LARANJEIRA, C. A.; QUERIDO, A. I. F. The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JtgKBJhjTQcXmJHvPW7mzjr/abstract/?lang=en>. Acesso em: 15 jun. 2022,

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LESSA, S. Trabalho, sociabilidade e individuação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 231-246, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

LÉVI-STRAUSS, C. Raça e História. In: **Os Pensadores**. v. L. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

LOMONACO, J. F. B.; CAZEIRO, A. P. M. Concepções de deficiência e reabilitação: um estudo exploratório com graduandos de Fisioterapia. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 83-97, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

LUPTON, DEBORAH. **Digital sociology**. Routledge, 2015.

LUTZ, B.; DAVIS, S. Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. **Enfermagem de Reabilitação–Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**, p. 15-30, 2011.

MACIEL, R. E. R.. A questão do reconhecimento e das patologias sociais segundo Axel Honneth. **Revista do Curso de Direito da Uniabeu**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 64-89, jul. 2017. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/rcd/article/view/2804>. Acesso em: 26 out. 2020.

MANCUSSI, A. C. *et al.* Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

MANTOAN, M. T. E. Inclusão, diferença e deficiência: sentidos, deslocamentos, proposições. **Inclusão Social**, [s.l.], v. 10, n. 2, 2017.

MARQUES, Ana Filipa Rocha Araújo. **Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social Aplicada), Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal, 2017.

MARRINER-TOMEY, A. **Nursing theorists and their work**. 2. ed. Missouri]; Mosby Company, 1989.

MARTINS, P. G. Teoria do reconhecimento e economia solidária: uma proposta de recomposição entre igualdade e solidariedade theory of recognition and solidarity economy. **Duc In Altum - Cadernos de Direito**, [s.l.], v. 8, n. 16, p. 197-219, jan. 2017. Disponível em: <http://faculdedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/article/view/401/390>. Acesso em: 20 out. 2020.

MARTINS, P. P. S. **A justiça entre a moralidade e a eticidade**: análise da teoria do reconhecimento de Axel Honneth à luz das objeções de Nancy Fraser. 2020. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Filosofia) - Curso de Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204916/T%20C%20C%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 out. 2020.

MATOS, S. M.M.; CHAGAS, N. A. D. O conceito de direito na teoria crítica de Axel Honneth: entre reconhecimento e patologia social. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, Curitiba, V. 66, n. 1, p. 67-94, abr. 2021.

MATTOS, P. O reconhecimento na esfera do amor: para uma discussão sobre os paradoxos da transformação da intimidade. **Síntese**: Revista de Filosofia, Belo Horizonte, v. 43, n. 137, p. 421-442, nov. 2016. Disponível em: <http://periodicos.faje.edu.br/index.php/Sintese/article/view/3575/3666>. Acesso em: 20 out. 2020.

MCEWEN, M.; WILLIS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: Development and progress**. Philadelphia (EUA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELLO, J. Os desencontros da teoria moral em Honneth e Kosgaard: uma análise do papel da intersubjetividade. **Revista Seara Filosófica**, [s.l.], n. 17, p. 34-51, 2018.

MELO, R. Reificação e reconhecimento: um estudo a partir da teoria crítica da sociedade de Axel Honneth. **Ethic@-An international Journal for Moral Philosophy**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 231-245, 2010.

MENDONÇA, R. F. Democracia e desigualdade: as contribuições da teoria do reconhecimento. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 9, p. 119-146, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

MENDONÇA, R. F. Dimensão intersubjetiva da auto-realização: em defesa da teoria do reconhecimento. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 70, p. 143-154, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092009000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

MENDONÇA, R. F. Reconhecimento em debate: os modelos de Honneth e Fraser em sua relação com o legado habermasiano. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], p.169-185, 2007.

MILLER, D. **Stuff**. Cambridge: Polity, 2009.

MIRANDA, A. A. B. História, deficiência e educação especial. **Revista HISTEDBR Online**, Campinas, v. 15, p. 1-7, 2004.

MOCCIA, P. **New approaches to theory development**. Nova York: National League for Nursing, 1986.

MÖLLMANN, A. D. S. Trabalho, amor e reconhecimento. Jürgen Habermas. **Educação e Filosofia**, [s.l.], v. 25, n. 49, p. 337-341, 2011.

MOREIRA, M. R. C. *et al.* Enfermagem na pandemia da COVID-19: análise de reportagens à luz da Teoria do Reconhecimento. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/EnfermagemPandemiaCOVID19.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

MORIN, A. Encouraging scientific responsibility. In: MARX, M. H. **Science and Ethical Responsibility**. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1980. p. 13-18.

MORIN, Edgar. **Por una reforma del pensamiento**. 2015. Disponível em: <https://es.unesco.org/courier/fevrier-1996/reforma-del-pensamiento>. Acesso em: 15 jun. 2020.

NEVES, L. A. S.; FARO, A. C. M. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. **Enfermería Global**, São Paulo, v. 1, n. 24, p. 290-306, out. 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt_revision4.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, p. 626-637, 2017.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: What it is, and what it is not**. Filadélfia (EUA): Lippincott Williams & Wilkins, 1992.

NÔMADE, R. U. (Ed.). **Lugar Comum: estudos de mídia, cultura e democracia**. Rio de Janeiro: Lab Tec, 2004. 221 p.

NOVAK, J. D. **Learning, Creating and Using Knowledge: Concept Maps as Facilitative Tools in Schools and Corporations**. New York (EUA): Taylor e Francis, 2010.

OLIVEIRA, T. C.; DE OLIVEIRA LOPES, M. V.; DE ARAUJO, T. L. Modo fisiológico do Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy: análise reflexiva segundo Meleis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 116-127, 2006.

OLIVER, M. Understanding disability: From theory to practice. **Macmillan International Higher Education**. 1995.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. 6. ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Geneva: Who Press, 2011. 350 p. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1. Acesso em: 20 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORLANDI, L. Indivíduo e implexa individuação. **DoisPontos**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2003.

PAES, G. O. *et al.* Segurança do paciente e seu reconhecimento para a ética nos cuidados de Enfermagem. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 8, p. e135985112-e135985112, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342595866_Seguranca_do_paciente_e_seu_reconhecimento_para_a_etica_nos_cuidados_de_Enfermagem. Acesso em: 15 dez. 2021.

PALGRAVE, L.; WILKINSON, R., PICKETT, K. **O nível: por que uma sociedade mais igualitária é melhor para todos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

PALMEIRA, A. B. P.; GEWEHR, R. B. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.],

v. 23, p. 2469-2478, 2018.

PARSONS, T. **The social system**. 2. ed. Londres: Routledge, 2013.

PELLIZZARO, N. Axel Honneth: repensando a justiça e a autonomia a partir do reconhecimento. **Revista de Filosofia**, Fortaleza, v. 12, n. 24, p. 229-254, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5755330>. Acesso em: 23 out. 2020.

PEPLAU, H. E. Peplau's theory of interpersonal relations. **Nursing science quarterly**,]-[s.l.], v. 10, n. 4, p. 162-167, 1997.

PEPLAU, H. E. Toward new concepts in nursing and nursing education. **The American journal of nursing**, [s.l.], p. 722-724, 1951.

PETRONILHO, F., MACHADO, M. Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de Reabilitação. In: VIEIRA, C.; SOUZA, L. M. C. **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidacta, 2017.

PICOLLO, G. M. **Por um pensar sociológico sobre a deficiência**. Curitiba: Appris, 2015.

PICQ, P. **A diversidade em perigo: de Darwin a Lévi- Strauss**. Rio de Janeiro: Valentina, 2016.

PINTO, D. R. M. *et al.* Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 20-26, 2020.

PINTO, D. R. M. *et al.* Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 20-26, 2020. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/60>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PINZANI, A. Das Recht der Freiheit, de Honneth, Axel. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 94, pág. 207-237, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2020.

PIROLI, D. Vergonha social e teoria crítica. In: WERLE, D. L. (Org.). **Justiça, Teoria Crítica e Democracia**. 2. ed. Florianópolis: Néfiponline, 2018. p. 503. Disponível em: <http://www.nefipo.ufsc.br/files/2019/02/Justi%C3%A7a-Teoria-Cr%C3%ADtica-e-Democracia-Vol.pdf#page=162>. Acesso em: 28 out. 2020.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. **Regulamento nº 125/2011**: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Diário da República**, 2.ª série, n. 35, p. 8658, 2011.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. **Regulamento nº 350/2015**: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. **Diário da República**, 2.ª série, n. 119, pg. 16655, 2015.

PORTUGAL. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. **Percurso e programa formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação**. 2015.

Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

PORTUGAL. **Regulamento n.º 392/2019**. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. 2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>. Acesso em: 25 nov. 2021.

RAVAGNANI, H. B. Luta por reconhecimento: a filosofia social do jovem Hegel segundo Honneth. **Kínesis** - Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia, [s.l.], v. 1, n. 01, p. 39-57, 2009.

RIBEIRO, Olga Maria Pimenta Lopes et al. Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 24-31, 2019.

ROSENFELD, C. L.; SAAVEDRA, G. A. Reconhecimento, teoria crítica e sociedade: sobre desenvolvimento da obra de Axel Honneth e os desafios da sua aplicação no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 14-54, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2020.

ROY, C. O Modelo de Adaptação de Roy na investigação da enfermagem. In: ROY, C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. p. 499- 514.

SAAVEDRA, G. A.; SOBOTTKA, E. A. Introdução à teoria do reconhecimento de Axel Honneth. **Civitas**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/civitas/article/view/4319/6864>. Acesso em: 26 out. 2020.

SAFATLE, V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Scientiae Studia**, [s.l.], v. 13, p. 335-367, 2015.

SALVADORI, M.; HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. **Conjectura**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 189-192, abr. 2011. Disponível em: <http://www.ucs.com.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/895/618>. Acesso em: 26 out. 2020.

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, 2016.

SAMPAIO, C. A. C. *et al.* Bem viver para a próxima geração: entre subjetividade e bem comum a partir da perspectiva da ecossocioeconomia. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, p. 40-50, 2017.

SAMPAIO, C. A. C.; ALCÂNTARA, L. C. S. Desenvolvimento em direção à sustentabilidade: um diálogo necessário entre Bem Viver e vida saudável. **Inovação nas práticas e ações rumo à sustentabilidade**, p. 175, 2019.

SANTOS, J.M. F. **Ganhos em saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação: contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Dissertação (Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem) Escola Superior de Enfermagem do Porto,

Porto Portugal, 2017.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, p. 3007-3015, 2016.

SARLET, W. I. A dignidade da pessoa humana. **Revista de Direito Administrativo**, [s.l.], v. 212, p. 84-94, 1998.

SCHIMITI, J.; FELDHAUS, C. A importância da esfera familiar na eticidade democrática na concepção teórico crítica de Axel Honneth. **Trágica: Estudos de Filosofia da Imanência**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 162-189, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/tragica/article/view/27196>. Acesso em: 20 out. 2020.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 6-12, 2018.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Cuidado em enfermagem de reabilitação e processo emancipatório. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], n. 2, 2020. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3531&id_revista=55&id_edicao=225. Acesso em: 18 nov. 2021.

SCHOELLER, S. D. *et al.* **Enfermagem de reabilitação**. São Paulo: Thieme Revinter, 2021.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, B. *et al.* **Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem, 2014. p. 36-45.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Processo de trabalho em reabilitação: a perspectiva do trabalhador e do usuário. **Aquichan**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 403-412, 2015.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. **Rev Port Enferm Reabil**, [s.l.], p. 7-13, 2018.

SCOTT, S. **Shyness and society: the illusion of competence**. Londres: Palgrave, 2007.

SILVA, A. D.; PERES, M. A. A. Acolhimento como tecnologia do cuidado emancipatório em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 62626, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/62626/41175>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & saúde coletiva**, [s.l.], v. 20, p. 3033-3042, 2015.

SILVA, M. L. O “nós” da formação da vontade democrática: solidariedade e cidadania na teoria da justiça de axel honneth. **Revista Opinião Filosófica**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 346-360, jan. 2018. Disponível em: <https://opiniaofilosofica.org/index.php/opiniaofilosofica/article/view/809/698>. Acesso em: 28 out. 2020.

SILVA, R. B.; MENDES, J. P. S.; ALVES, R. S. L. O conceito de líquido em Zygmunt Bauman: Contemporaneidade e produção de subjetividade. Athenea Digital. **Revista de Pensamento e Investigación Social**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 249-264, 2015.

SOBOTTKA, E. A. Liberdade, reconhecimento e emancipação: raízes da teoria da justiça de Axel Honneth. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 142-168, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/v15n33/v15n33a06.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

SOUZA, A. V. M. A expressão da diferença nas tensões da identidade. **Revista Fórum**, [s.l.], v. 4, n. 4, dez. 2008.

SOUZA, L. G. C. Do reconhecimento recíproco à sociedade efetivamente social. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 1098-1114, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-60892017000301098&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2020.

SPINELLI, L. M. Amor, direito e estima social: intersubjetividade e emancipação em Axel Honneth. **Latitude**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 84-111, 2016. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/2099/pdf_1. Acesso em: 20 out. 2020.

STEVENS, B. **Nursing theory: Analysis, application, evaluation**. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Co., 1984.

TAYLOR, C. **As fontes do self: a construção da identidade moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

TAYLOR, C. *et al.* **Multiculturalism: Examining the politics of recognition**. Nova Jersey (EUA): Princeton University Press, 1994.

TERRA, R.; REPA, L/. Teoria crítica: introdução. **Caderno CRH**, [s.l.], v. 24, n. 62, p. 245-248, 2011.

THOMPSON, S. **The political theory of recognition: A critical introduction**. Cambridge (Reino Unido): Polity, 2006.

TIDRE, P.; HELFER, I. Entre Honneth e Hegel: da liberdade à eticidade em "o direito da liberdade". **Trans/form/ação**, Marília, v. 43, n. 2, p. 215-246, jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/transformacao/article/view/8310>. Acesso em: 28 out. 2020.

TORRES, G. M. C. *et al.* Production of care and intersubjective relationships with patients suffering of high blood pressure in the Family Health Strategy. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 837-846, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497966365003/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

TORTOSA-MARTÍNEZ, J.; CAUS-PERTEGAZ, N.; MARTÍNEZ-ROMÁN, M.A. Vida Triste y Buen Vivir según personas adultas mayores en Otavalo, Ecuador. **Convergencia**, [s.l.], v. 21, n. 65, p. 147-169, 2014.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. Filadélfia (EUA): FA Davis Company, 1971.

TULLY, J. Recognition and dialogue: the emergence of a new field. **Critical Review of International Social and Political Philosophy**, [s.l.], v. 7, n. 3, p. 84-106, 2004.

UNITED NATIONS. **Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities**. 2006. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/final-report-of-the-ad-hoc-committee-on-a-comprehensive-and-integral-international-convention-on-the-protection-and-promotion-of-the-rights-and-dignity-of-persons-with-disabilities.html>. Acesso em: 15 dez. 2021.

VALE, J. *et al.* Potenciais contribuições da teoria da luta por reconhecimento, de Axel Honneth, para o desenvolvimento de reflexões críticas e pesquisas empíricas sobre as práticas de saúde. **RevSALUS-Revista Científica Internacional da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 56-60, 2021. Disponível em: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/87>. Acesso em: 15 fev. 2022.

VARGAS, C. P. *et al.* Teoria de Enfermagem de Reabilitação como processo emancipatório: nota prévia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 76-79, 2020. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/66>. Acesso em: 18 nov. 2021.

VAUGHN, S. *et al.* The competency model for professional rehabilitation nursing. **Rehabilitation Nursing**, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 33-44, 2016

VENTURA, T. Luta social por reconhecimento: dilemas e impasses na articulação pública do desrespeito. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], v. 19, n. 40, p. 159-170, 2011.

VIDAL, A. A.; PADULA, M. P. C. A Enfermagem em reabilitação física como tema de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, [s.l.], v. 57, n. 3, p. 97-102 2018.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 3rd edition. Norwalk (EUA): Appleton & Lange, 1983.

WALKER, Lorraine Olszewski; AVANT, Kay Coalson. **Strategies for theory construction in nursing**. 1ª ed. Appleton-Century-Crofts / Norwalk, Connecticut; 1983.

WERLE, De. L. Reconhecimento e autonomia na teoria da justiça de Axel Honneth. Síntese: **Revista de Filosofia, Belo Horizonte**, [s.l.], v. 43, n. 137, p. 401-420, nov. 2016. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/3574>. Acesso em: 22 out. 2020.

WERNET, M.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: scielo.br/j/tce/a/R7YKr7j4jVvWh3kK3S9Cb8j/?lang=pt. Acesso em: 15 dez. 2021.

WHOQOL GROUP *et al.* The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. 1946. **International Health Conference:** Bulletin of the World Health Organization, [s.l.], v. 80, n. 12, p. 983, 2002.

ZUCHETTO, M. A. **Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* O cuidado de enfermagem de reabilitação à luz do princípio da esperança: aplicando conhecimentos da neuromarketing. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 6, n. 7, p. 47033-47046, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/13235>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/111386>. Acesso em: 15 jan. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Seleção das Afirmções: Levantamento das afirmações iniciais.

Afirmções levantadas inicialmente na realização do primeiro passo da análise das afirmações. Todas com base na literatura científica utilizada para análise e síntese conceitual.

1. A individuação da Pessoa é formada a partir de seu entendimento sobre sua identidade, dimensão biológica, espírito e vontade, formada a partir de vivências sócio-ambientais prévios à relação interpessoal com a enfermeira, e vice-versa.
2. A Identidade da Pessoa é formada em sua vivência social, sendo essa prévia à relação com outra pessoa.
3. A Pessoa apresenta sua dimensão Biológica em consonância com a interação sócio-ambiental prévia ao contato com a outra pessoa que se relaciona.
4. O Espírito é intrínseco a cada Pessoa, formada de suas concepções individuais de vida.
5. A Vontade é uma formação individual de cada Pessoa, sendo essa adquirida pela formação pessoal desde a infância.
6. A consciência da pessoa depende da relação intersubjetiva dela com outras pessoas.
7. A esperança da pessoa é presenciada previamente a relação interpessoal.
8. A esperança da pessoa pode variar na relação interpessoal com outras pessoas.
9. A consciência da Pessoa pode ser alterada positivamente ou negativamente na relação com a Enfermeira. E vice e versa.
10. A esperança da Pessoa pode ser alterada positivamente ou negativamente na relação com a Enfermeira. E vice e versa.
11. A relação interpessoal pode alterar a identidade da Pessoa.
12. A relação interpessoal pode incentivar a criação de novas identidades da Pessoa.
13. A intersubjetividade é criada na relação interpessoal da pessoa com outras pessoas.
14. A intersubjetividade é alterada na Pessoa em relação com a enfermeira.
15. A diversidade da Pessoa é expressa na relação intersubjetiva com outra pessoa.
16. A relação interpessoal da Pessoa com a Enfermeira aumenta a expressão de sua Diversidade.
17. O Respeito Social é compreendido pela Pessoa em suas relações interpessoais.
18. A relação interpessoal da Pessoa com a Enfermeira faz aumentar a compreensão de seu Respeito Social.
19. A relação interpessoal de amor é incentivadora da Autoconfiança da Pessoa na relação.
20. Relações não concretizadas de amor diminuem a Autoconfiança da Pessoa na relação.

21. A relação interpessoal de direito é incentivadora do Auto respeito da Pessoa na relação.
22. Relações não concretizadas de direito diminuem o Auto respeito da Pessoa na relação.
23. A relação interpessoal de solidariedade é incentivadora da Auto-estima da Pessoa na relação.
24. Relações não concretizadas de solidariedade diminuem a Auto-estima da Pessoa na relação.
25. A relação bem sucedida na esfera do amor aumenta a participação autônoma da pessoa.
26. A autonomia aumenta a participação autônoma da pessoa.
27. A relação bem sucedida na esfera do direito aumenta a participação igualitária da pessoa.
28. As relações interpessoais com entendimento da justiça aumentam a participação igualitária da pessoa.
29. O reconhecimento aumenta a participação autônoma da pessoa.
30. O reconhecimento aumenta a participação igualitária da pessoa.
31. A autoconfiança aumenta a participação autônoma da pessoa.
32. O auto respeito aumenta a participação igualitária da pessoa.
33. A autorrealização aumenta a Participação Autônoma.
34. A autorrealização aumenta a Participação Igualitária.
35. A auto-estima incentiva o aumento da Participação Igualitária.
36. A relação interpessoal da Enfermeira com as pessoas, aumenta a autorrealização da pessoa.
37. Relações positivas de amor aumentam a autorrealização da pessoa.
38. Relações positivas de direito aumentam a autorrealização da pessoa.
39. Relações positivas de solidariedade aumentam a autorrealização da pessoa.
40. A autonomia incentiva a autorrealização da pessoa.
41. A autorrealização da pessoa incentiva sua reconstrução.
42. A relação Enfermeira e Pessoa incentiva a reconstrução da Pessoa.
43. A autonomia da Pessoa é incentivada pela relação com a enfermeira.
44. A reconstrução da Pessoa é aumentada pela justiça social.
45. A reconstrução incentiva a liberdade social da Pessoa.
46. A autonomia incentiva o auto respeito da pessoa.

47. O reconhecimento aumenta a autorrealização da pessoa.
48. O reconhecimento aumenta a autonomia da pessoa.
49. A estima social interfere positivamente na autonomia, e vice versa.
50. A confiança interfere positivamente na autonomia, e vice versa.
51. O respeito interfere positivamente na autonomia, e vice versa.
52. O ambiente interfere positivamente ou negativamente na realidade social da pessoa.
53. A relação enfermeira e pessoa interfere positivamente na realidade social.
54. As relações intersubjetivas interferem positivamente ou negativamente na realidade social da pessoa.
55. Os obstáculos interferem negativamente na realidade social.
56. A desigualdade interfere negativamente na realidade social.
57. A universalização interfere positivamente na realidade social.
58. A reificação interfere negativamente na realidade social.
59. A ética interfere positivamente ou negativamente na realidade social.
60. Os obstáculos diminuem o reconhecimento.
61. Os obstáculos interferem negativamente na intersubjetividade.
62. Os obstáculos interferem negativamente na diversidade.
63. A desigualdade diminui a reconstrução da pessoa.
64. A desigualdade diminui o respeito da pessoa.
65. A desigualdade diminui a confiança da pessoa.
66. A desigualdade diminui a estima da pessoa.
67. A desigualdade diminui o reconhecimento.
68. A desigualdade diminui a liberdade social da pessoa.
69. A desigualdade aumenta a tensão moral.
70. A desigualdade interfere positivamente para o conflito social.
71. A desigualdade diminui a justiça social.
72. A desigualdade influencia negativamente na diversidade.
73. O direito influencia positivamente na universalização.
74. A universalização aumenta o reconhecimento.
75. A universalização é influenciada positivamente pela justiça.
76. A universalização aumenta a autonomia.

77. A universalização aumenta a liberdade.
78. A solidariedade influencia positivamente na ética.
79. A auto-estima melhora a compreensão ética da pessoa.
80. A ética influencia positivamente ou negativamente na autorrealização.
81. A estima interfere positivamente ou negativamente na ética.
82. A ética aumenta ou diminui o bem-viver, sendo dependente das relações intersubjetivas de solidariedade.
83. A reificação nega o reconhecimento.
84. Intuição recíproca aumenta a autonomia da pessoa.
85. A intuição recíproca aumenta o reconhecimento.
86. O reconhecimento interfere positivamente na liberdade.
87. O direito interfere positivamente na liberdade.
88. A desigualdade nega a mutualidade.
89. O desrespeito nega a mutualidade.
90. As relações intersubjetivas de respeito e estima afirmam a mutualidade.
91. A mutualidade afirma a liberdade social.
92. O reconhecimento afirma a mutualidade.
93. A tensão moral incentiva as lutas sociais.
94. A tensão moral é presente nas relações intersubjetivas.
95. A individuação interfere na tensão moral, de forma nem positiva, nem negativa.
96. A tensão moral interfere nas vidas intersubjetivas.
97. A falta de reconhecimento aumenta os conflitos sociais.
98. O desrespeito aumenta os conflitos sociais.
99. A desigualdade aumenta os conflitos sociais.
100. Conflitos sociais aumentam a luta por reconhecimento.
101. Conflitos sociais interferem negativamente nas vidas intersubjetivas.
102. A garantia da autonomia aumenta o reconhecimento.
103. A individuação aumenta o reconhecimento.
104. O amor aumenta o reconhecimento.
105. O direito aumenta o reconhecimento.
106. A solidariedade aumenta o reconhecimento.

107. As relações intersubjetivas positivas nas esferas do amor, direito e solidariedade garantem o reconhecimento.
108. O reconhecimento aumenta a autoconfiança.
109. O reconhecimento aumenta o auto respeito.
110. O reconhecimento aumenta a auto-estima.
111. O reconhecimento impulsiona positivamente as vidas intersubjetivas na contemporaneidade.
112. As lutas sociais impulsionam a busca por reconhecimento.
113. O reconhecimento garante a autorrealização.
114. O respeito aumenta a dignidade.
115. As relações bem sucedidas da esfera do direito garantem a dignidade.
116. O desrespeito aumenta o impulso moral.
117. As relações mal sucedidas da esfera do direito incentivam o impulso moral.
118. O impulso moral aumenta os conflitos sociais.
119. A ética influencia positivamente no impulso moral.
120. A diversidade aumenta o impulso moral.
121. O reconhecimento diminui o impulso moral.
122. O reconhecimento garante a justiça social.
123. A justiça aumenta a autorrealização.
124. A justiça garante a identidade.
125. As relações da esfera do direito interferem positivamente ou negativamente na justiça.
126. O respeito aumenta a justiça.
127. O desrespeito diminui a justiça.
128. A reciprocidade interfere positivamente nas vidas intersubjetivas.
129. A reciprocidade interfere positivamente no reconhecimento.
130. A intersubjetividade aumenta a reciprocidade.
131. O reconhecimento aumenta a reciprocidade.
132. A justiça aumenta a reciprocidade.
133. A reciprocidade interfere positivamente na autorrealização.
134. A reciprocidade aumenta a liberdade da pessoa.
135. A reciprocidade interfere negativamente na desigualdade.

136. A participação igualitária aumenta o bem-viver.
137. O reconhecimento aumenta o bem-viver.
138. O bem-viver diminui o desrespeito.
139. O amor aumenta o bem-viver.
140. O direito aumenta o bem-viver.
141. A solidariedade aumenta o bem-viver.
142. O tempo interfere positivamente ou negativamente nas relações intersubjetivas.
143. O tempo interfere positivamente ou negativamente na intersubjetividade.
144. O tempo interfere positivamente ou negativamente no reconhecimento.
145. O conflito social interfere positivamente nas lutas sociais.
146. As lutas sociais interferem positivamente ou negativamente no reconhecimento.
147. As lutas sociais interferem positivamente ou negativamente nas vidas intersubjetivas.
148. As lutas sociais interferem positivamente ou negativamente na intersubjetividade.
149. A contemporaneidade interfere positivamente ou negativamente na reconstrução da pessoa.
150. A contemporaneidade interfere positivamente ou negativamente na identidade da pessoa.
151. A contemporaneidade interfere positivamente ou negativamente na diversidade social.
152. A contemporaneidade interfere positivamente ou negativamente na reificação.
153. A contemporaneidade interfere positivamente ou negativamente no reconhecimento.
154. A reabilitação interfere na relação intersubjetiva entre pessoa e enfermeira.
155. A reabilitação aumenta a saúde biológica da pessoa.
156. A reabilitação aumenta a autonomia da pessoa.
157. A reabilitação aumenta a liberdade social da pessoa.
158. A reabilitação aumenta a consciência da pessoa.
159. A reabilitação aumenta a esperança da pessoa.
160. A reabilitação interfere positivamente no reconhecimento da pessoa.
161. A reabilitação interfere positivamente na autorrealização.
162. A reabilitação interfere positivamente na autoconfiança.
163. A reabilitação interfere positivamente no auto respeito.
164. A reabilitação interfere positivamente na auto estima.

165. A reabilitação interfere positivamente no bem-viver.
166. A reabilitação interfere negativamente na desigualdade.
167. A reabilitação interfere negativamente na injustiça.
168. O cuidado de enfermagem aumenta a reabilitação.
169. O cuidado de enfermagem aumenta a saúde biológica.
170. O cuidado de enfermagem aumenta a intersubjetividade.
171. A desigualdade diminui o devir.
172. O reconhecimento aumenta o devir.

APÊNDICE B - Afirmações Classificadas como Definições

- Definições apresentadas são oriundas da análise e síntese conceitual que tem corpo do II Manuscrito da Tese: Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação.

As definições a seguir são resultado de análise e síntese conceitual segundo as estratégias de construção de teorias embasadas pela referência de Walker e Avant (1983). As referências dessas definições apresentam-se no II Manuscrito da Tese, e foram construídas a partir de diversos conceitos filosóficos, sociológicos e da enfermagem para utilização na Enfermagem de Reabilitação.

Pessoa - Um ser humano em qualquer ciclo no processo de viver com sua individualização formada e que relaciona-se intersubjetivamente com o mundo na busca de uma participação autônoma e igualitária em sociedade.

Enfermeira - Uma Pessoa instrumentalizada para realizar o cuidado de enfermagem à quaisquer pessoas em qualquer ciclo do processo de viver através de relações intersubjetivas de cuidado, sendo o processo de cuidado parte integrante de sua individualização, e com objetivo a participação autônoma e igualitária de todos envolvidos na relação.

Intersubjetividade - É a consciência-de-si, formada por interação comunicativa nas relações interpessoais, constituindo um movimento dialético de formação das identidades da pessoa, sendo que nesse movimento, os indivíduos se contrapõem entre si em busca de reconhecimento.

Reabilitação - Enquanto processo de duração ilimitada, retroalimentado a cada tentativa sucedida, envolvendo as experiências exitosas e outras conflituosas como um impasse ou luta pela dignidade, autonomia e independência, ou ainda enquanto desenvolvimento de habilidades funcionais, físicas, psíquicas, educacionais, sociais, profissionais e ocupacionais em qualquer fase do ciclo vital.

Cuidado de Enfermagem - A parte assistencial e instrumentalizada do processo de enfermagem que ocorre na interação entre os sujeitos da relação de cuidado, sendo eles enfermeiro e pessoa cuidada, considerando sempre a realidade social dos envolvidos.

Autonomia - É o conjunto de capacidades adquiridas para a condução da própria vida, comprometido com uma sociedade liberal e recíproca, sendo um aporte à compreensão da dimensão social dos processos identitários e de construção da individualidade, o qual repousa sobre as três esferas do reconhecimento: dedicação emotiva, respeito e estima social.

Participação Autônoma - Compreendida como uma autonomia que existe no contexto de relações sociais que a suportam, em uma conjunção com a sentimento da pessoa de ser um ser autônomo, onde a institucionalização de padrões sócio-culturais expressa igual respeito por todas as pessoas, sendo essa autonomia intersubjetiva e pautada no reconhecimento, com base na esfera do amor.

Participação Igualitária - Paridade Participativa - Entendida como uma norma dialógica de deliberação da justiça, julgando se as reivindicações por redistribuição, reconhecimento e representação são justas, visando a redução das diferenças sociais na tentativa de promover uma igualdade de status e conferir expressão política às pessoas, respeitando a igualdade de autonomia e de valor moral na interação social.

Dignidade - Definida como uma concretização dos direitos humanos, tornando a pessoa membro de uma organização social e determinando seus direitos enquanto pessoa.

Bem-viver - Momento em que a pessoa se sinta amada, usufrua dos seus direitos de cidadania e se sinta valorizada socialmente.

Reconhecimento - Possibilidade de ser recíproco ao mesmo tempo que distinto um dos outros segundo o grau de autonomia, impulsionando a ação dos sujeitos no mundo e o progresso moral da sociedade.

Autorrealização - É uma construção dialógica e intersubjetiva, onde as pessoas podem experienciar o reconhecimento intersubjetivo de determinadas capacidades particulares e autonomia pessoal, através das relações de amor, respeito e solidariedade, criando assim autoconfiança, autorrespeito e autoestima, desenvolvendo capacidades e propriedades valorosas para o ambiente social.

Amor - Descrita como a esfera de necessidades e desejos individuais que dizem respeito ao eixo afetivo, correspondente à constituição da autoconfiança individual, sendo o ideal de autorrealização pautado em relações de confiança e autoconfiança.

Direito - Remete-se à esfera jurídica-moral equivalente à interpretação do indivíduo enquanto reconhecido como pessoa autônoma e moralmente imputável, constituída de autorrespeito, individual e coletivo.

Solidariedade - Refere-se a uma pluralidade de valores intersubjetivamente compartilhados que constituem a busca coletiva do projeto de autorrealização individual, devendo assumir a forma da estima para com o outro e a si próprio.

Autoconfiança - É uma propriedade que emerge de um processo dinâmico no qual indivíduos passam a experienciar a si mesmos como possuidores um certo *status*, contributo de valorização partilhado e pessoal, sendo o resultado de um processo intersubjetivo e contínuo de atitude do outro e de si.

Auto-estima - É a dimensão emergente de relações em grupos sociais, haja vista a exigência da aprovação recíproca das qualidades individuais, julgadas a partir dos valores existentes na comunidade.

Auto respeito - É a intensificação da capacidade da pessoa referir a si mesma como uma pessoa moralmente imputável, protegendo a posse do direito, decidindo racionalmente com autonomia individual sobre questões morais.

Tempo - Processo tanto de vida social privada ou pública, como de criação de relações intersubjetivas, de ambiência sócio-cultural, de trabalho instrumentalizado, ou ainda, um processo de reconhecimento.

APÊNDICE C - Lista das afirmações selecionadas e suas relações especificadas por tipo, sinal e simetria.

Considera-se a relação intersubjetiva entre a Pessoa cuidada e a Enfermeira como central para a análise das afirmações que constituem o Modelo Teórico de Enfermagem de Reabilitação. Desta relação surgem as afirmações:

- Se existe Cuidado de Enfermagem, então existe a relação intersubjetiva entre Enfermeira e pessoa, independente de qualquer coisa. (Tipo - Suficiente; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe Intersubjetividade das pessoas na relação, então a relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe a relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Diversidade das pessoas na relação é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Esperança é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Reconstrução é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Autonomia é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se existe uma relação intersubjetiva entre Enfermeira e Pessoa, então a Saúde (Biológico) é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)

A Relação da Enfermeira com a Pessoa, pode ocorrer no Processo de Reabilitação, e assim, essa relação faz suscitar outras afirmações necessárias.

- Se a Reabilitação ocorre, então a Autonomia da Pessoa aumenta. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se a Reabilitação ocorre, então a Liberdade Social da Pessoa aumenta. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se a Reabilitação ocorre, então a Consciência da Pessoa aumenta. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se a Reabilitação ocorre, então a Esperança da Pessoa aumenta. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se a Reabilitação ocorre, então a Desigualdade diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se a Reabilitação ocorre, então a Injustiça diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se a Reabilitação ocorre, então o Reconhecimento da Pessoa e Enfermeira aumentam. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)

Da afirmação que a Reabilitação incentiva o Reconhecimento das pessoas na relação intersubjetiva, temos a construção de novas afirmações que surgem da Definição de Reconhecimento:

- Se há o Reconhecimento na relação Enfermeira e Pessoas, então a Autonomia é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se há o Reconhecimento, então a Autorrealização é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se há o reconhecimento, então a Participação Autônoma é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se há o reconhecimento, então a Participação Igualitária é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se há o reconhecimento, então a Liberdade Social é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se há o reconhecimento, então os Conflitos Sociais são diminuídos. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se há o reconhecimento, então a Dignidade é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se há o reconhecimento, então a Justiça é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se há o reconhecimento, então o Bem-Viver é aumentado. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)

Partindo do conceito de Reconhecimento e sua relação intrínseca com as esferas intersubjetivas do Amor, Direito e Solidariedade, também há a construção de afirmações importantes para o modelo a ser constituído:

- Se existe uma relação intersubjetiva de Amor, então a Autoconfiança é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se não existe uma relação intersubjetiva de Amor, então a Autoconfiança é diminuída. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe uma relação intersubjetiva de Direito, então o Auto Respeito é aumentado. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se não existe uma relação intersubjetiva de Direito, então o Auto Respeito é diminuído. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe uma relação intersubjetiva de Solidariedade, então a Auto Estima é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se não existe uma relação intersubjetiva de Solidariedade, então a Auto Estima é diminuída. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se a Autorrealização é aumentada, então há relações de Amor, Direito e Solidariedade. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)

Deve-se também, considerar a influência do Ambiente na relação entre Pessoa e Enfermeira, bem como, sua relação direta nas relações de Reconhecimento entre essas pessoas. Assim pode-se afirmar que:

- Se existe Desigualdade, então a Justiça Social diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativa, Simétrica)
- Se existe a Justiça Social, então há Reconstrução independente de qualquer coisa. (Tipo - Suficiente; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se existe Reconstrução, então a Autorrealização é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se existe a Reconstrução, então a Liberdade Social aumenta. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existem Obstáculos, então o Reconhecimento diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se existe Desigualdade, então o Reconhecimento diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se existem Conflitos Sociais, então o Reconhecimento diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se existe Impulso Moral, então o Reconhecimento diminui. (Tipo - Ordenada; Sinal - Negativo, Simétrica)
- Se existem Obstáculos, então os Conflitos Sociais aumentam. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe Desigualdade, então os Conflitos Sociais aumentam. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se existe Impulso Moral, então os Conflitos Sociais aumentam. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Simétrica)
- Se há Conflitos Sociais, então as Lutas Sociais são aumentadas. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)
- Se há Lutas Sociais, então a possibilidade do Reconhecimento é aumentada. (Tipo - Ordenada; Sinal - Positivo, Assimétrica)