



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

Milena Amorim Zuchetto

**CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO  
EMANCIPATÓRIO**

Florianópolis

2019

Milena Amorim Zuchetto

**CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO  
EMANCIPATÓRIO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller.

Co-orientador: Dr. Luiz Gustavo da Cunha de Souza.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra.

Zuchetto, Milena Amorim  
CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO  
EMANCIPATÓRIO / Milena Amorim Zuchetto ; orientadora,  
Soraia Dornelles Schoeller, coorientador, Luiz Gustavo da  
Cunha de Souza, 2019.  
202 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

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

Milena Amorim Zuchetto

**CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO  
EMANCIPATÓRIO**

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

Florianópolis, 05 de agosto de 2019.

---

Profa. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa. Cristine Moraes Roos, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Dra.  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

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

---

Profa. Jussara Gue Martini, Dra.  
Coordenadora do Curso

---

Profa. Soraia Dornelles Schoeller, Dra.  
Orientadora (Presidente)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2019.

Dedico este trabalho às treze pessoas em reabilitação e dezessete enfermeiros de reabilitação do estado de Santa Catarina que participaram desta pesquisa, pelos quais tenho profunda admiração e respeito pelos valores agregados à minha formação acadêmica, profissional e pessoal, bem como dedico à minha família e amigos.

## AGRADECIMENTOS

O Processo de formação do mestrado acadêmico é uma jornada de construção e amadurecimento, não apenas na formação acadêmica, mas também no aspecto profissional e familiar. É uma mudança no ritmo de viver, configurando-se um desafio. Distanciamos-nos das pessoas, lugares e hábitos que amamos, justamente no momento em que precisamos tê-los por perto para completar a jornada, mas há sempre uma centelha de luz que nos inspira a caminhada e, é por isto, que muito me alegro em agradecer neste momento.

Agradeço a minha família, em especial, minha mãe **Ligia** e meu pai **Antônio Carlos**, por serem meu porto-seguro em momentos de insegurança e, também pelas noites de canastra que amenizaram os obstáculos do mestrado. Amo vocês.

Agradeço ao meu marido **Vitor**, que na trajetória do mestrado foi meu melhor amigo, companheiro e parceiro de vida. Muito obrigada pelo apoio e tolerância. Amo você.

Agradeço aos meus avós **Jurema** e **Vilson**, por transmitirem seus ensinamentos e experiências de vida. Bem como agradeço à minha tia **Mara** e ao meu tio **Antônio**, por sempre acreditarem em mim e no meu esforço.

Agradeço aos meus padrinhos **Marta** e **Wilson**, que sempre estiveram presentes em pensamento, transmitindo confiança e aconchego nos momentos de dificuldade.

Agradeço à minha sogra **Rita** e ao meu sogro **Valter**, que me fortaleceram nesse caminho, trazendo segurança e afetividade.

Agradeço à minha irmã **Caroline** e ao meu irmão **Carlos Eduardo** pelo suporte emocional, pelo amor e pelo conforto.

Agradeço aos meus cunhados **Maximiliano**, **Karina**, **Mariana**, **Elaine**, **Bruna**, **Júnior** e **Gabriel**, que foram sustento da minha autoconfiança e perseverança.

Agradeço aos meus sobrinhos **Leandro**, **Maitê**, **Lara** e **João Vitor**, pela renovação e criatividade.

Agradeço à minha orientadora **Soraia** por compartilhar seu conhecimento, amizade e família. Não será possível descrever em palavras a imensa gratidão que tenho por ser sua amiga. No mundo há poucas como você! Alegra-me é lembrar todos os dias que tive a oportunidade de te cativar.

Agradeço ao meu co-orientador **Luiz Gustavo**, por compartilhar conhecimentos

profundos acerca da Teoria do Reconhecimento e potencializar em mim reflexões para a fundamentação teórica deste estudo.

Agradeço à minha amiga **Camila Akina**, por ser presente, amiga e irmã. Foram momentos de alegria que tive com você que me mantiveram tentando. Estendo esse agradecimento à família Yamanishi pela acolhida e carinho.

Agradeço à minha amiga **Ana Carolina**, por ser irmã de coração e fonte de inspiração. Você é a prova que a distância em quilômetros não muda uma amizade verdadeira. Estendo esse agradecimento à família Davet Köhler pela dedicação e amor.

Agradeço aos meus amigos e amigas **Júlia, Ana Cristina, Gabrielly, Daniela, Adair, Maiara, Ricardo, Deisi, Luiza, Jordana, Alan e Hugo**, que não devem saber o tanto que me fortaleceram, mas foram imprescindíveis para minha chegada até aqui.

Agradeço aos meus amigos **Caroline Porcelis e Lucas Antunes**, pelo apoio nos momentos de dificuldade, comemorações nas histórias exitosas e por estarem presentes nos momentos de luta. Vocês foram essenciais para a realização deste estudo.

Agradeço ao Laboratório de pesquisa, ensino e tecnologia sobre saúde, enfermagem e reabilitação - (Re)Habilitar – que me forneceu o espaço aprender, a oportunidade de amadurecer e a inquietação de pesquisar. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC por me permitir crescer em conhecimento intelectual e profissional.

Agradeço também aos Centros Especializados de Reabilitação do estado de Santa Catarina, das cidades de Florianópolis, Itajaí, Blumenau, Criciúma e Lages pela acolhida, compartilhamento dos conhecimentos e motivação. Agradeço, especialmente, às enfermeiras e pessoas em reabilitação que participaram do meu estudo, revelando segredos, contando suas próprias histórias e transformando a minha compreensão de cuidado de reabilitação.

Aos membros efetivos e suplentes da banca, professores: **Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Cristine Moraes Roos, Dulcinéia Ghizoni Schneider, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas e Luciana Neves da Silva Bampi**, muito obrigada pelo agradável acolhimento, por aceitarem compor esta banca e por suas valiosas contribuições.

Muito obrigada!

*“Talvez seja este o aprendizado mais difícil: manter o movimento permanente, a renovação constante, a vida vivida como caminho e mudança.”*

***Maria Helena Kuhner***

ZUCHETTO, Milena Amorim. **Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório**. Florianópolis – SC. 2019. 210p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A prática dos enfermeiros de reabilitação é essencial para potencializar emancipação, autonomia e independência do indivíduo, visando a equacionar estratégias de promoção do autocuidado centrado na pessoa e sua família, proporcionando a saúde para o bem-viver. **Objetivos:** Construir o cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, que adotou o método da pesquisa-ação calcada no materialismo-histórico dialético, com fundamentação teórico-filosófica pautada na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, atravessada pelo Princípio da Esperança de Ernst Bloch. O cenário de estudo compreendeu os cinco Centros Especializados de Reabilitação do estado de Santa Catarina. A amostra incluiu 13 pessoas em reabilitação e 17 enfermeiros reabilitadores, sendo que a coleta aconteceu em quatro momentos: 1) Reconhecimento e sensibilização dos cenários em estudo; 2) Desenvolvimento das entrevistas individuais com pessoas em reabilitação e enfermeiros de reabilitação, objetivando apreender os problemas e possíveis transformações; 3) Grupo focal com enfermeiros de reabilitação, visando consolidar achados acerca do contexto da reabilitação; e 4) Desenvolvimento da ação transformadora trazendo à tona as necessidades elencadas pelos participantes. A organização e análise dos dados foram fundamentadas nos preceitos de Bardin, respeitando os preceitos éticos do comitê de ética em pesquisa vigente. **Resultados:** Os achados deram origem a quatro manuscritos desenvolvidos nesta pesquisa. No primeiro manuscrito, intitulado “Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança”, trata-se de um estudo de reflexão sobre o cuidado de enfermagem de reabilitação sob a ótica da Teoria do Reconhecimento e do Princípio da Esperança. No segundo manuscrito, denominado “Percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem”, foi pautado no método da pesquisa-ação calcado no materialismo-histórico dialético, visando compreender a percepção do cuidado de enfermagem na ótica de pessoas em reabilitação. O terceiro manuscrito, intitulado “(Re)conhecendo cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório”, trata-se de uma pesquisa-ação calcada no materialismo-histórico dialético que visou construir a reflexão do cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório na perspectiva de enfermeiros de reabilitação. O quarto manuscrito foi intitulado “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina: um relato de experiência”, o qual possuiu como finalidade descrever a ação transformadora realizada durante a 80ª Semana Brasileira de Enfermagem de 2019 e promover o reconhecimento da enfermagem de reabilitação desvelando suas potências e obstáculos. **Considerações finais:** O cuidado de enfermagem de reabilitação, enquanto processo emancipatório, evidenciou questões de vulnerabilidade que necessitam ser estudadas, a fim de orientar o profissional no processo de trabalho focado na confiança, no respeito, na estima e no esperar do outro. **Palavras-chave:** Reabilitação; Cuidados de Enfermagem; Esperança; Filosofia; Filosofia em Enfermagem; Enfermagem.

ZUCHETTO, Milena Amorim. **Rehabilitation nurse care as an emancipatory process**. Florianópolis – SC. 2019. 210p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

### ***ABSTRACT***

**Introduction:** The practice of rehabilitation nurses is essential to enhance the emancipation, autonomy and independence of the individual, aiming to equate strategies to promote self-care centered on the person and their family, providing health for well-being. **Objectives:** To build rehabilitation nursing care as an emancipatory process. **Methodology:** Qualitative research, which adopted the action research method based on dialectical historical materialism, with theoretical and philosophical foundation based on Axel Honneth's Theory of Recognition, crossed by Ernst Bloch's Principle of Hope. The study scenario comprised the five specialized rehabilitation centers in the state of Santa Catarina. The sample included 13 people in rehabilitation and 17 rehabilitative nurses, and the collection took place in four moments: 1) Recognition and sensitization of the scenarios under study; 2) Development of individual interviews with people in rehabilitation and rehabilitation nurses, aiming to apprehend the problems and possible transformations; 3) Focus group with rehabilitation nurses, aiming to consolidate findings about the context of rehabilitation; and 4) Development of transformative action bringing out the needs listed by the participants. The organization and analysis of the data were based on Bardin's precepts, respecting the ethical precepts of the current research ethics committee. **Results:** The findings gave rise to four manuscripts developed in this research. In the first manuscript, entitled “Reflecting Rehabilitation Nursing Care: Theory of Recognition Crossed by the Hope Principle”, this is a reflection study on rehabilitation nursing care from the perspective of the Recognition Theory and the Principle of Hope. Hope. The second manuscript, entitled “Perception of people in rehabilitation about nursing care”, was based on the action research method based on dialectical materialism-history, aiming to understand the perception of nursing care from the perspective of people in rehabilitation. The third manuscript, entitled “(Re) Knowing Rehabilitation Nursing Care as an Emancipatory Process”, is an action research based on dialectical historical materialism that aimed to build the reflection of rehabilitation nursing care as an emancipatory process in the perspective of rehabilitation nurses. The fourth manuscript was entitled “Promoting Recognition of Rehabilitation Nursing in the State of Santa Catarina: An Experience Report”, which aimed to describe the transformative action taken during the 80th Brazilian Nursing Week 2019 and to promote the recognition of rehabilitation nursing unveiling its powers and obstacles. **Final considerations:** Rehabilitation nursing care, as an emancipatory process, highlighted issues of vulnerability that need to be studied, in order to guide the professional in the work process focused on trust, respect, esteem and hope for the other.

**Keywords:** Rehabilitation; Nursing care; Hope; Philosophy; Philosophy in Nursing; Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Fluxograma de busca em bases de dados.....	26
<b>Figura 2</b> – Mapa mundial de países que possuem a enfermagem de reabilitação como especialidade.....	31
<b>Figura 3</b> – Nuvem de palavras sobre Esperança elaborada através das reflexões filosóficas de Ernst Bloch.....	51
<b>Figura 4</b> – Distribuição dos cinco Centros Especializados de Reabilitação no estado de Santa Catarina.....	59
<b>Figura 5</b> – <i>Flyer</i> de divulgação da Semana da Enfermagem intitulada “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina” nos dias 16 e 17 de maio de 2019.....	68
<b>Figura 6</b> – Fluxograma descritivo dos momentos da coleta de dados.....	69
<b>Figura 7</b> – Interloquções do cuidado de enfermagem de reabilitação com o amor, o direito, a solidariedade, a esperança, e suas repercussões no processo emancipatório...88	
<b>Figura 8</b> – <i>Flyer</i> de divulgação do evento no dia 16 de maio de 2019.....	144
<b>Figura 9</b> – <i>Flyer</i> de divulgação do evento no dia 17 de maio de 2019.....	144
<b>Figura 10</b> – Profissionais do Centro Especializado de Reabilitação do município de Blumenau.....	148
<b>Figura 11</b> – Pessoas que constroem a história da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina.....	149

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Artigos selecionados para leitura na íntegra.....	26
<b>Quadro 2</b> – Classificação dos serviços especializados ofertados pelos Centros de Reabilitação.....	58
<b>Quadro 3</b> – Quantitativo de enfermeiros lotados em Centros Especializados em Reabilitação no estado de Santa Catarina.....	63
<b>Quadro 4</b> – Descrição geral dos sujeitos investigados no estudo.....	75
<b>Quadro 5</b> – Descrição geral das pessoas em reabilitação investigadas no estudo.....	76
<b>Quadro 6</b> – Descrição geral dos componentes das mesas-redondas investigados no estudo.....	76
<b>Quadro 7</b> – Cronograma do desenvolvimento das atividades pertinentes ao processo de construção do projeto de dissertação de mestrado.....	159
<b>Quadro 8</b> – Plano orçamentário para o desenvolvimento do projeto de dissertação de mestrado.....	160

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Dados sóciodemográficos das pessoas em reabilitação em Centros especializados em Santa Catarina, em frequência absoluta e relativa. (n=13) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.....96
- Tabela 2** – Intervalo e médias das idades, tempo de diagnóstico, tempo do diagnóstico até o início da reabilitação e tempo em reabilitação das pessoas em reabilitação nos Centros de reabilitação em Santa Catarina. (n=13) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.....97
- Tabela 3** – Dados sóciodemográficos dos enfermeiros de reabilitação de Centros especializados de Santa Catarina, em frequência absoluta e relativa. (n=17) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.....118
- Tabela 4** – Intervalo e médias das idades e tempo de trabalho nos Centros de reabilitação em Santa Catarina dos enfermeiros. (n=17) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.....119
- Tabela 5** – Informações das pessoas presentes no evento em frequência absoluta e relativa. (n=98) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.....142

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABEN** – Associação Brasileira de Enfermagem

**AVE** – Acidente Vascular Encefálico

**BVS/BIREME** – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS e BDENF)

**CCR** – Centro Catarinense de Reabilitação

**CDPD** – Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

**CEP** – Comissão de Ética Pública

**CER** – Centros Especializados em Reabilitação

**CER-II/FURB** – Centro Especializado em Reabilitação de Blumenau

**CER-II/UNESC** – Centro Especializado em Reabilitação de Criciúma

**CER-II/UNIVALI** – Centro Especializado em Reabilitação de Itajaí

**CER-II/UNIPLAC** – Centro Especializado em Reabilitação de Lages

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**CINAHL** – *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatura*

**COREN/SC** – Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

**DECS** – Descritores em Ciências da Saúde

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ICIDH** – *International Clasification of Impairment, Disabilities and Handicaps*

**NO** – Notas de Observação

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPM** – Ambulatório do Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

**PC** – Paralisia Cerebral

**PEN** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**RIA** – Serviço de Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo

**SCIELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**SES-SC** – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

**SUR** – Superintendência de Serviços Especializados e Regulação

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso

**TCE** – Traumatismo Crânio-Encefálico

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TEA** – Transtorno de Espectro Autista

**TRM** – Trauma Raquimedulares

**UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina

## CARTA DE APRESENTAÇÃO DA AUTORA

Sou a Milena Amorim Zuchetto, mulher, 24 anos, casada, enfermeira pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista em Neurologia Clínica e Intensiva pelo Hospital Israelita Albert Einstein e participante do grupo “(Re) Habilitar” na UFSC. Minha história acadêmica de graduação é repleta de incentivos à iniciação científica voltados à educação e reabilitação das pessoas, visando à prevenção, promoção e reabilitação da saúde para o bem-viver. Minha aproximação com a temática da reabilitação advém de um acidente em 2013, o qual se revelou como um “ponta-pé” para mudanças de significados pessoais e ajustes às novas condições da vida. O grupo (Re)Habilitar emergiu em minha vida como uma forma de buscar respostas a algumas perguntas que inquietavam meus pensamentos. Pertencço a esse grupo há cerca de seis anos, através do qual tive a oportunidade de participar presencialmente do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação em Portugal, conhecer instituições de ensino e pesquisa *experts* na área e, também, participar integralmente da construção de uma dissertação de mestrado, a qual falava sobre os conceitos do termo “Autonomia”. Esse processo de amadurecimento intelectual serviu de subsídio para revelar minha maior inquietação: a Esperança. A partir disso, durante um ano, desenvolvi trabalhos de maneira voluntária no Centro Catarinense de Reabilitação, buscando me aproximar dessa energia motivadora e natural que chamara “Esperança”. Durante esses meses de experiência pude conhecer histórias, aproximar-me de pessoas, mudar paradigmas e transformar concepções, possibilitando um crescimento profissional e pessoal imensurável. Para finalizar minha formação acadêmica em nível de graduação desenvolvi um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), objetivando compreender essa força otimista e impulsionadora que circundava as pessoas com lesão medular. Em meu TCC intitulado “Esperança para pessoas com lesão medular” pude conhecer a filosofia e o empirismo da esperança, através das falas das pessoas com lesão medular, o que comprovou a imanência do esperar no processo de viver, bem como seu dever dialético de construção de metas e mecanismo próprio para o desenvolvimento de estratégias passíveis, mirando resultados possíveis. Ao ingressar no mestrado acadêmico em enfermagem, tive a oportunidade de participar em diversos projetos que trabalham a temática da enfermagem de reabilitação, como por exemplo: projeto de extensão sobre os desafios da acessibilidade no campus universitário, o qual visa sensibilizar as pessoas sobre questões sociais e arquitetônicas da acessibilidade; projeto de extensão do Consultório na Rua, que propõe dar atenção à saúde dos indivíduos em situação de rua; projeto de extensão, em formato de curso, sobre cuidado de enfermagem de reabilitação para a saúde e autocuidado; e também participo de discussões ideológicas e filosóficas, com base na Teoria do Reconhecimento e Princípio da Esperança. Para além dos projetos em que participo colaborativamente, possuo esta proposição de dissertação de mestrado, enfrentando os desafios executivos acerca da incipiência ou insuficiência sobre a dada especialidade no Brasil e, ao mesmo tempo, evocando uma urgência profissional, social, política e econômica. Atualmente, possuo o comprometimento com a ciência em desvelar o cuidado de enfermagem de reabilitação na realidade de Santa Catarina – Brasil, sob a ótica filosófica da esperança e sociológica do reconhecimento.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2. OBJETIVO</b> .....	24
2.1 OBJETIVO GERAL .....	24
2.1 OBJETIVO GERAL .....	24
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	25
3.1 ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	27
3.1.1 O cuidado de enfermagem de reabilitação: panorama nacional e internacional.....	29
3.2 DEFICIÊNCIA .....	32
3.3 PROCESSO EMANCIPATÓRIO .....	34
3.3.1 Autonomia .....	36
3.3.2 Esperança.....	37
3.3.3 Amor.....	38
3.3.4 Direito.....	40
3.3.5 Solidariedade .....	41
3.4 CUIDADO DE ENFERMAGEM EMANCIPATÓRIO.....	42
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	46
4.1 TEORIA DO RECONHECIMENTO .....	47
4.2 PRINCÍPIO DA ESPERANÇA.....	49
<b>5. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA</b> .....	52
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	54
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	54
6.2 MÉTODO DIALÉTICO .....	57
6.3 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO.....	58
6.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	62
6.5 COLETA DE DADOS.....	64
6.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	69

6.7	ASPECTOS ÉTICOS DE PESQUISA .....	72
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
7.1	IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS INVESTIGADOS.....	75
7.2	MANUSCRITO I – Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança....	77
7.3	MANUSCRITO II – Percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem.....	91
7.4	MANUSCRITO III – (Re)Conhecendo cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório .....	111
7.5	MANUSCRITO IV – Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina: um relato de experiência.....	137
<b>8.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>155</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>159</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>173</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>191</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, ao passo que considera sua responsabilidade a assistência e coordenação do cuidado, assim como a promoção e proteção da saúde pessoal ou coletiva. Isso posto, o perfil empreendedor e proativo desse profissional implica em ações criativas e autônomas através da educação em saúde, promoção ou reabilitação dos indivíduos (BACKES et al., 2012).

A enfermagem vem diferenciando o seu espaço de atenção/ assistência/ atuação na área da saúde nos diferentes cenários em que é inserida. O profissional de enfermagem assume um papel decisório e proativo referente à identificação das necessidades da população, promoção, proteção e reabilitação da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. Dessa maneira, o cuidado de enfermagem representa um componente fundamental da sua prática em saúde, ao passo que reflete sua relevância social e significado ético (MENDES et al., 2018).

Esse processo de ampliação do papel do enfermeiro é potencializado pela Organização Mundial da Saúde (1999), por meio da priorização da saúde para todos e visão de alcançar níveis cada vez mais amplos de saúde, favorecendo ao ser humano uma vida social e economicamente produtiva e com mais qualidade (WHO, 1999).

Atualmente, a enfermagem está em debate incessante para compreender o objetivo do seu trabalho, papel profissional e formas de execução do trabalho. Dentre tantas opiniões, é consenso, ao menos, que cabe à enfermagem o cuidado terapêutico, sendo o enfermeiro o profissional responsável por identificar e atuar com senso de responsabilidade social sobre as dimensões biopsicossociais (LEAL; MELO, 2018).

O cuidado compreende a preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que assuma a vida como um bem valioso em si. O termo cuidar é multifacetado e assume diversos significados, porém pode-se dizer que é o ato de solidarizar-se com o outro, evocando relacionamentos compartilhados, transmitindo a noção de obrigação, dever e compromisso social (SILVA et al., 2016).

O cuidado integral pressupõe um conhecimento profundo e singular do outro, sendo exercido de modo meticuloso e zeloso, implicando na ação de respeitar o outro pela sua autonomia e liberdade de escolha para as tomadas de decisões (RISJORD,

2013). Logo, o cuidado em enfermagem empático e respeitoso aproxima as pessoas, através da colaboração e da solidariedade, considerando os valores fundamentais da essência humanistas para alcançar o bem-viver (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem deve compreender as necessidades e as diferenças singulares de cada pessoa, pois participam integralmente desse processo, através de ações que promovem o cuidado de forma abrangente, qualificada e igualitária. Portanto, observa-se que é importante o acompanhamento da enfermagem para a promoção do bem-viver das pessoas (BERNARDES; ARAÚJO, 2012).

A singularidade e o cuidado em saúde integral são assumidos, na Constituição Brasileira de 1988, como dever do Estado de “*assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores*” (BRASIL, 1998). Neste sentido, em 06 de julho de 2015, foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, nº13.146, Capítulo II, da igualdade e da não discriminação, Art 4º, a qual regulamenta o Estatuto da Pessoa com Deficiência e consolida que “*Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação*” (BRASIL, 2015).

A partir deste cenário, as pessoas com deficiência emergem do esquecimento no ponto de vista de saúde pública e crescem como foco do cuidado de enfermagem. Na perspectiva do cuidado integral, supera-se a ideia hegemônica e médico-centrada de que a deficiência é unicamente vinculada à limitação física, e passa-se a defini-la deficiência na ótica do modelo social, compreendida como fruto das desvantagens ou restrições provocadas pela organização social contemporânea (PANISSON; GESSER; GOMES, 2018).

Diante da conceituação de deficiência, a Organização Mundial da Saúde (BICKENBACH, 2011) estimou que, no mundo, existam cerca de 600 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, sendo que 2% destas são considerados deficientes físicos. No cenário brasileiro, o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística constatou que cerca de 45,6 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência, sendo 7% referentes à deficiência física. Nesse mesmo censo, a cada quatro brasileiros, um referiu ser deficiente moderado ou severo (IBGE, 2010).

Esses números alarmantes podem ser justificados sob a lógica das mudanças no perfil de morbimortalidade dos brasileiros, refletindo no processo saúde-doença em âmbito nacional (SILVA JR., 2015). Os acidentes de transporte, por exemplo, apresentam um crescente e expressivo aumento, ao passo que as mortes por acidentes de motociclistas aumentaram 166,7% segundo dados do censo do IBGE (2010).

Outro exemplo, nas mudanças do perfil epidemiológico do Brasil, é o caso dos reflexos da senescência humana no processo de saúde-doença atual. A projeção para 2033 aponta que o Alzheimer e outras demências corresponderão à oitava causa de morte mais importante, ao passo que representarão o incremento de 165,6% nesta taxa, e, por consequência, atingirá 21,3% por 100 mil habitantes (SILVA JR., 2015).

Esses dados quantitativos expressam qualitativamente os impactos, representações econômicas e sociais em âmbito nacional e mundial, os quais revelam que há o aumento crescente da demanda por cuidados em reabilitação, devido ao envelhecimento da população e aumento indiscriminado da violência urbana (NOGUEIRA et al., 2016). Tais achados epidemiológicos acarretam grandes impactos sociais, políticos e de saúde, que dependerão de organizações e serviços especializados para atender a essa demanda crescente e complexa (SILVA JR., 2015).

Na busca pela assistência singular dessa demanda epidemiológica, os aspectos sociais da violência e fisiológicos do envelhecimento, tornam-se centrais para responder às questões epidemiológicas desse crescente cenário de morbimortalidade, para que, dessa forma, possam reduzir as implicações das representações sociais, políticas e econômicas desse grupo populacional (SILVA JR., 2015; NOGUEIRA et al., 2016).

Nessa ótica, surge a enfermagem especialista em reabilitação, que tem por finalidade habilitar funcionalmente a pessoa, promovendo saúde e adaptações às alterações no estilo de vida (BJARTMARZ; JÓNSDÓTTIR; HAFSTEINSDÓTTIR, 2017). O foco da enfermagem de reabilitação é promover e manter o autocuidado da pessoa com deficiência, favorecendo a promoção, a prevenção, o tratamento de complicações e a reabilitação junto à família, através do empoderamento para a tomada das próprias decisões (COURA et al., 2013).

O enfermeiro reabilitador constitui um facilitador do desenvolvimento das capacidades e competências às adaptações do ciclo vital e processos de saúde-doença,

tornando-se, portanto, necessária a implementação de ações de promoção da saúde, visando ao empoderamento, autonomia e exercício do poder de escolha como uma estratégia de cuidado para o indivíduo (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2017).

“No contexto da reabilitação, o conceito de cuidado é onipresente na abordagem do enfermeiro ao paciente. Este ambiente é propício para indivíduos, com uma abordagem humanista para fornecer este cuidado e contribui para a promoção e preservação da dignidade humana (ST-GERMAIN, 2014, p. 55).”

Sendo assim, esse olhar especializado de enfermagem atua em todos os ciclos vitais (do nascimento à velhice) e processos de saúde-doença, com direcionamento constante para a pessoa, sua família, seu ambiente e coletividade, buscando fomentar cidadãos que contribuam na sociedade e possam bem-viver (SCHOELLER, 2018).

Porém, face às necessidades epidemiológicas e magnitude da temática, há no contexto brasileiro uma incipiência e inexistência do reconhecimento da enfermagem de reabilitação, o que, por sua vez, fragiliza a atenção à saúde dessa população no país. Reflete-se, no Brasil, a escassa literatura sobre enfermagem de reabilitação, especialmente a direcionada para essas pessoas com deficiência e suas especificidades (SCHOELLER et al., 2014), tornando o presente estudo muito significativo.

No ambiente internacional, Schoeller (2018), revela que os países que mais constroem saberes e práticas de enfermagem de reabilitação são Canadá, Portugal, Inglaterra, Suíça e Estados Unidos, sendo o Brasil um país que pouco utiliza o termo reabilitação em sua área de atuação e conhecimento. A tendência mundial relacionada à temática evidencia a forte demarcação pela funcionalidade física em contraponto com a finalidade do cuidado integral e holístico.

O escasso incentivo à enfermagem de reabilitação no Brasil implica em cuidados descentralizados e generalizados, ao passo que renuncia a promoção da autonomia e emancipação da pessoa. O enfermeiro reabilitador que reconhece e exerce seu papel impulsionador do processo de emancipação compreende o poder da decisão pessoal, da autonomia e da consciência, visando instrumentalizar o sujeito para as atividades de vida diária (FUMAGALLI et al., 2015; BENTO et al., 2015).

Nesse prisma, a enfermagem de reabilitação possui essencial relação com o cuidado para o esperar, emancipar e promover autonomia, à medida que a equipe

assume um contato próximo com o indivíduo, oferecendo suporte emocional e fomentando o desejo pela vida (BENTO et al., 2015).

A emancipação compreende a rede de apoio como eixo que oportuniza a qualidade das relações sociais em busca da felicidade e vivência digna, permitindo a construção de espaços seguros para efetivar as escolhas pessoais (PEREIRA, 2016). As transformações emancipatórias incentivam a ação e a reflexão sobre a realidade da vida, além de promover a tomada de consciência, o desvelamento crítico por meio do diálogo, valorização da união e fortalecimento das relações (HEIDEMANN et al., 2017).

Justifica-se a necessidade de realizar este estudo pelo fato de que a enfermagem de reabilitação possui escassa literatura científica, assim como esta área de especialidade é despercebida no contexto da saúde brasileira. Outra questão relevante que justifica este estudo refere-se à população estudada, pois as pessoas com deficiência são minorias desassistidas pelo setor político e econômico do país, mesmo representando um relevante impacto social e financeiro. Além disso, a consideração emancipadora da enfermagem de reabilitação é inédita, no sentido filosófico e sociológico do cuidado, compreendendo uma construção teórica na perspectiva de superar a desassistência e promover ações éticas, motivacionais, criativas e ousadas, com finalidade de oportunizar a vida, o bem-viver e as relações de reciprocidade.

Neste sentido, o estudo tem como pressupostos o amor, o direito, a solidariedade e a esperança, objetivando a construção da identidade coletiva, crítica e responsável, por meio de relações de respeito, estimam e confiança (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018). Assim este estudo tem como questão de pesquisa compreender “**Como construir uma proposta de cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório?**”.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir uma proposta de cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Analisar a percepção do cuidado de enfermagem de reabilitação entre enfermeiros reabilitadores;

Analisar a percepção do cuidado de enfermagem de reabilitação entre pessoas em reabilitação.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

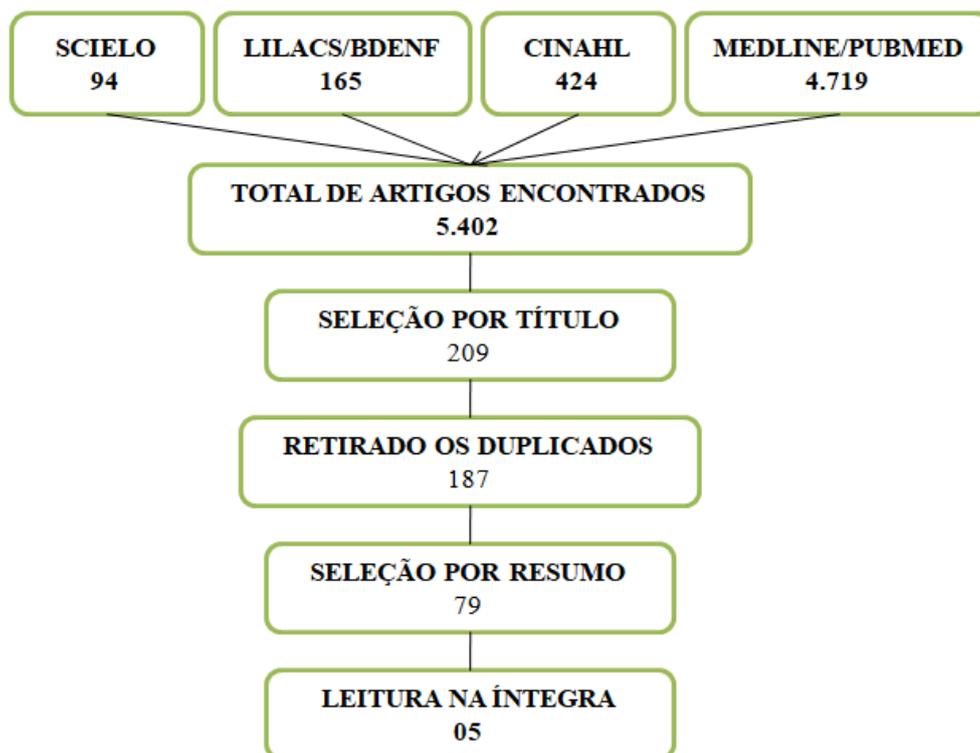
A revisão de literatura buscou aprofundar conhecimentos, amparando-se em produções científicas encontradas através do método de Revisão Integrativa, o qual proporciona a síntese de conhecimentos e a incorporação de resultados significativos na prática. Portanto, essa metodologia de revisão da literatura permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Essa ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão desse estudo estabeleceu uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas conforme apresentado no Apêndice 1. Diante disso, é fundamental a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica, evidenciando novas idéias, métodos e subtemas na literatura selecionada (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014).

Os descritores e palavras-chave cruzadas para realizar a revisão de literatura apresentaram-se nos idiomas inglês, português e espanhol, sendo os seguintes termos incluídos: Reabilitação, Enfermagem, Cuidado de Enfermagem, Emancipação e Autonomia. Para a articulação entre os termos supracitados, foram utilizados os marcadores booleanos *AND* e *OR* aos cruzamentos.

A busca ocorreu entre os meses de janeiro a agosto de 2019, incluindo as seguintes bases de dados: Medline/PubMed, CINAHL, SCIELO, LILACS e BDNF. Os estudos incluídos deveriam discutir eixos da temática do cuidado de enfermagem em reabilitação como processo emancipatório, com determinação de tempo limite do ano da publicação até 2015 com finalidade de aprofundar a temática trabalhada no estado da arte, mesmo diante da escassa literatura encontrada.

Os estudos encontrados foram filtrados através da leitura de títulos, excluídos os duplicados através do software EndNote, novamente filtrados pelos resumos e posterior avaliação de experts na temática, suscitando em cinco artigos. Esse fluxo de seleção dos estudos está disponível na Figura 1, bem como, apresenta a subsequente síntese dos estudos encontrados disponíveis no Quadro 1.



**Figura 1:** Fluxograma de busca em bases de dados.

Fonte: Autora.

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE DO ESTUDO
<b>BARBOZA; JUNIOR 2017</b>	Reconhecimento e inclusão das pessoas com deficiência	Reconhecimento é uma necessidade humana vital para a efetiva inclusão da pessoa com deficiência em sua ordem jurídica
<b>ABREU; SOARES; BEMERGUY 2017</b>	Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação	A autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência após processo de reabilitação proporcionou alternativas para mudanças sobre o contexto social
<b>NEUVALD; COLLARES 2018</b>	O processo adaptativo e o processo emancipatório na gestão democrática	Relações entre o processo emancipatório e a democracia geram implicações na conscientização do indivíduo sobre sua condição heterônoma
<b>MAIOR 2018</b>	História, conceitos e tipos de deficiência	A transformação das condições sociais, mediante políticas públicas inclusivas, eliminando todas as barreiras físicas, programáticas e atitudinais para seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional
<b>MENEZES; MOURA 2019</b>	Do direito da liberdade à solidariedade	Todo conceito de justiça implica a aceitação dos valores nas práticas e instituições da sociedade

**Quadro 1:** Artigos selecionados para leitura na íntegra.

Fonte: Autor.

### 3.1 ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com a OMS, a reabilitação é a especialidade que visa à intervenção para melhorar as funções corporais destinadas a promover a inclusão, ou seja, uma intencionalidade essencial para tornar o deficiente capaz de participar das dimensões de sua própria vida. Esta especialidade tem por finalidade ajudar a capacitar a pessoa com deficiência e sua família. Soma-se a essa interpretação as inferências da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a qual no artigo 26 - que trata da Habilitação e Reabilitação - menciona que as pessoas com deficiência devem ser otimizadas para alcançar e manter o máximo de suas potencialidades para influir em sua participação, inclusão e em todos os aspectos da vida (WHO, 2011).

Ainda muito funcionalista, o termo reabilitação é amplamente associado ao eixo físico e intervenções ambientais. Porém, para além da funcionalidade física, a reabilitação reduz o impacto de uma ampla gama de condições de saúde, acrescentando qualidade de vida ao longo do tempo (FERNÁNDEZ; MARTÍNEZ; MARTÍNEZ, 2015). Nesse contexto, o cuidado reabilitador surge para estabelecer e compensar a limitação funcional, bem como evitar a deterioração da funcionalidade em todas as áreas de vida da pessoa (ELLIOTT; RUTTY; VILLENEUVE, 2013).

Este cuidado visa o desenvolvimento de habilidades físicas e cognitivas, melhorando as habilidades motoras e auxiliando as pessoas com deficiência a retornarem ao trabalho ou a se manterem trabalhando. Os mecanismos para ajustar a vida e melhorar a qualidade do viver podem ser representados por tecnologias assistivas ou dispositivos que substituem ou complementam a capacidade funcional, gerando redução dos custos de assistência, aumentando a independência e autonomia (ACIEM; MAZZOTTA, 2013).

Essas informações apontam que a reabilitação não é um processo de trabalho único e destinado a um tipo de instituição com tal especificidade, ao contrário, deve ser realizada em todos os níveis de assistência à saúde e em todos os momentos de cuidado à pessoa. Os ambientes de reabilitação são os locais onde as possibilidades existem, acompanhando a pessoa em seu cenário domiciliar, atenção primária, secundária ou à saúde, estendendo às mais complexas unidades como intensivismo ou emergência (SCHOELLER, 2018).

Os desafios para implementar esta especialidade estão nas falhas de governança eficiente do serviço de saúde, falta de recursos e infra-estrutura, negligência dos níveis que monitoram ou coordenam a saúde de modo geral, sistemas de informações desconectados, encaminhamentos confusos que geram a perda do usuário na rede de assistência à saúde e a pouca participação da pessoa com deficiência na elaboração da sua própria necessidade de cuidado (BHATTASHALI; OSTROSKY; MONDA-AMAYA, 2018).

Porém, em contraste aos desafios supracitados, as valiosas potencialidades emergentes são interpretadas através do delineamento chave para a construção consolidada da reabilitação, sendo foco a melhoria da eficiência e eficácia através da expansão gradativa e o aumento da relevância, qualidade e acessibilidade dos serviços (WHO, 2011).

Na perspectiva de superar os desafios atuais da implementação da reabilitação no eixo da saúde pública, a enfermagem surge como impulsionador nesta especialidade, pois demonstra um contributo do cuidado específico e insubstituível para ganhos em saúde. A enfermagem de reabilitação assume responsabilidades em múltiplos focos de atenção à saúde, envolvendo a família, o indivíduo, a promoção de autonomia e independência possível para melhorar o autocuidado (MENDES et al., 2018).

A prática dos enfermeiros reabilitadores é, essencialmente, a potencialização da autonomia e independência do indivíduo, ao passo que cabe a esses profissionais equacionar e adequar estratégias de promoção do autocuidado e autocontrole, numa lógica de cuidados centrados na pessoa e na família (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016). Desta maneira, é papel dos enfermeiros reabilitadores compreender os aspectos sociodemográficos para o planejamento adequado do cuidado, objetivando atingir a autonomia global e independência funcional, ou seja, a promoção do autocuidado (COURA et al., 2013).

No tocante à compreensão do contexto sociocultural que atravessa o cuidado de enfermagem de reabilitação, esses profissionais devem estar atentos na busca de facilitar o processo de acessibilidade, reabilitação e reinclusão da pessoa e sua família, ao passo que essa assistência é fundamental para adaptação e aquisição de independência nas atividades de vida diária (SANCHES; VECCHIA, 2018).

### 3.1.1 O cuidado de enfermagem de reabilitação: panorama nacional e internacional

Por essência, a enfermagem é uma experiência voltada aos cuidados de seres humanos e transversalmente interligada entre pessoas, profissionais, ciência, ética e política (LIMA, 2017). Neste sentido, quando se conjuga a reabilitação e o cuidado de enfermagem, surge um domínio específico de cuidado. Esse cuidado específico configura-se como um processo global e dinâmico que orienta o restabelecimento físico e psicológico da pessoa, de modo a permitir uma reintegração social (SANCHES; VECCHIA, 2018).

O profissional reabilitador trabalha de maneira multidisciplinar no intuito de ajudar as pessoas em todo o seu processo de viver, desde o nascimento até a velhice, incluindo seu processo de saúde e doença e visando maximizar o seu potencial funcional e independência. Nesta ótica, os objetivos gerais da reabilitação são compreendidos pela enfermagem como melhorar a função, promover a independência, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação específicos e individualizados, buscando a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar sua autoestima (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016).

Esse cunho físico e funcional, no qual a enfermagem de reabilitação é inserida, advém de sua historicidade baseada em duas grandes guerras mundiais, onde o foco eram intervenções centradas nas incapacidades e melhorias físicas dos soldados feridos e deficientes objetivando a sua reinserção (ST-GERMAIN, 2014). Com base nesse fundamento histórico, a enfermagem de reabilitação é percebida pela sua abordagem intencional e humanista que fornece o cuidado para a promoção e preservação da dignidade humana (MENDES et al., 2018).

A enfermagem de reabilitação realiza a assistência com base nas exigências técnicas, interpessoais e competências educacionais, considerando o cuidado como algo onipresente na abordagem do enfermeiro. Essa atitude cuidadora visa prevenir eventos indesejáveis ao indivíduo, e promover cuidados de qualidade que sejam particularmente benéficos aos pacientes em reabilitação (BARBOZA; JUNIOR, 2017).

Dessa maneira, pode-se dizer que o enfermeiro de reabilitação centra suas ações no viver e autocuidar-se. Tais ações sugerem que o papel desse profissional condiz com os cuidados relativos à manutenção e ganho de habilidades (PAULA; AMARAL, 2019).

Este papel corrobora a essência da reabilitação ao incluir a promoção da saúde e de oportunidades para acrescentar qualidade de vida, além de prevenir ou reduzir as incapacidades ou desvantagens, buscando ascender às potencialidades pré-existentes na pessoa para retornar sua auto-estima e independência (LIMA; TAVARES; MAENO, 2013).

A enfermagem de reabilitação é uma estratégia de assistir todo e qualquer paciente, independente da doença ou incapacidades, voltada à prevenção de complicações, implementando intervenções que promovem a máxima independência possível (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016). O enfermeiro reabilitador possui competência técnica e atitudinal para exercer o cuidado em incapacidades decorrentes de Trauma Raquimedulares (TRM), hemiplegias por Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Trauma Crânio Encefálicas (TCE), amputações, pessoas com doenças crônicas e degenerativas, além de síndromes incapacitantes em crianças, nas deficiências cardíacas e respiratórias, no condicionamento físico e no esporte (ARN, 2014).

No parâmetro internacional, a reabilitação é consolidada como uma especialidade que utiliza técnicas e ações interdisciplinares para a melhora e reestruturação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo envolvido na ação de cuidar (SCHOELLER, 2018). A reabilitação ultrapassa a construção biomédica da cura, e propõe uma concepção global e integralizadora do indivíduo em sua dimensão física, emocional e social (PANISSON; GESSER; GOMES, 2018).

Outro aspecto muito reconhecido, no contexto mundial, é a necessidade de implementar medidas reabilitadoras precocemente para prevenir incapacidades e promover a saúde. Também assim é visto na ciência que a reabilitação deve incluir a rede de apoio, profissionais qualificados e especializados para exercer a assistência adequada (OPAS, 2011).

Em investigação realizada por Schoeller (2018), sobre o contexto mundial da enfermagem de reabilitação, constatou-se que apenas sete países possuem esta especialidade como profissão legalmente reconhecida. Os países encontrados, o que mostra na Figura 2, foram Portugal, Canadá, Estados Unidos da América, Inglaterra, Nova Zelândia, França e Suíça consideram o papel do enfermeiro como “promover a

saúde, prevenir a enfermidade, intervir no tratamento, reabilitação e recuperação da saúde”.



**Figura 2:** Mapa mundial de países que possuem a enfermagem de reabilitação como especialidade.  
**Fonte:** SCHOELLER, 2018.

No âmbito brasileiro, a reabilitação teve início a pouco mais de 50 anos, sendo alocada essencialmente em centros reabilitadores, o que reduz tanto a perspectiva da assistência precoce, como da atenção integral e equânime do indivíduo. Somado a isso, a atuação da enfermagem de reabilitação é impulsionada lenta e gradativamente pelos órgãos governamentais, determinando a fragilidade de reconhecimento social e político (FARO, 2006).

Essa fragmentação do serviço é consolidada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001, a qual estabelece a necessidade de assistência específica à pessoa com deficiência física, através de redes estaduais com serviços de reabilitação física, incluindo equipe de saúde especializada para prestar assistência em reabilitação física e motora, destacando o Enfermeiro capacitado e especializado em Reabilitação (BRASIL, 2001).

Diante de tal fragmentação do serviço, os cuidados de enfermagem de reabilitação realizados no Brasil envolvem ações parciais em centros de reabilitação, incluindo principalmente cuidados com estomaterapia, o que remete a um cuidado desvirtuando a intencionalidade de reabilitar. Acrescenta-se ainda que a atribuição desta especialidade de enfermagem apresenta-se como um eixo de cuidado incipiente na saúde, inexistindo o reconhecimento legal do Conselho Profissional (SCHOELLER et al., 2014). Essa fragilidade nacional de certificar a especialidade incrementa a escassa

literatura sobre enfermagem de reabilitação e prejudica o desenvolvimento científico nesta área (FREITAS et al., 2016).

É fato que o enfermeiro possui papel expressivo junto aos demais profissionais da equipe de reabilitação, pois exerce a assistência holística e compartilhada, com expressão clínica e acadêmica, buscando somar esforços, compartilhar responsabilidades, conhecimento, reconhecer os limites e enfatizar potencialidades e habilidades (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Diante disso, é necessário investir na literatura científica voltada ao cuidado de enfermagem qualificado e específico, objetivando a promoção da autonomia e independência, também visando a promoção do poder da vontade e o crescimento pessoal através de experiências de aprendizado (LOHNE, 2018).

### 3.2 DEFICIÊNCIA

Para entender a definição de deficiência, é necessário antes conhecer a sua história e, assim compreender o motivo pelo qual a pessoa com deficiência é vista como é e por que determinados termos são utilizados para nomeá-la (NUBILA et al., 2011). Pessoas com deficiência existem desde que o mundo é mundo, e sua história é marcada pela exclusão, pois a maioria delas era abandonada, uma vez que a necessidade de deslocamento frequente dificultava a manutenção de um membro do grupo, que não estivesse em plenas condições físicas e funcionais (MAIOR, 2010).

A cultura grega cultuava a beleza estética e, por isso não, consideravam o deficiente como pessoa, nem cidadão, evocando que este deveria ser eliminado do planejamento social de comunidade (MAIOR, 2018). A soma do abandono e despersonalização desse grupo originaram a necessidade de viver em situação de rua, mendigar por misericórdia, caridade e benevolência, marcando a atualidade por traços advindos do início na Idade Média por influência da religião Cristã (PEREIRA; PEREIRA; PAIXÃO, 2018)

Acrescentada à caridade, outra importante influência na percepção da deficiência foi a compreensão de castigo divino e a possibilidade de exercício da bondade ou da paciência, a partir de uma perspectiva moral. Com apoio do olhar biomédico, a deficiência passou a ser vista como uma condição orgânica que afetava o corpo,

fomentando os primeiros métodos de tratamento e reabilitação da pessoa com deficiência (PEREIRA; PEREIRA; PAIXÃO, 2018)

Até o século XX, era comum a institucionalização de pessoas com deficiência em centros especializados, para isolá-los na sociedade. Porém, a partir da Primeira Guerra Mundial, em articulação com a perspectiva capitalista do processo de trabalho, houve um intenso investimento às instituições de reabilitação visando aumentar a força de trabalho (MAIOR, 2018).

O modelo médico de deficiência utilizava de concepções relacionadas à causalidade entre lesão e doença, considerando a deficiência um desfecho unicamente físico, expressado pela limitação corporal que, por consequência, causa isolamento social. Apesar das definições de deficiências serem muitas vezes baseadas em variações corporais, a lesão física não é sinônimo de deficiência, fragilizando esta concepção puramente física e funcional (PANISSON; GESSER; GOMES, 2018).

Em 1976 a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), onde descreve a sequência de condições que sucedem a doença e compreende que a maior fraqueza dessa concepção de deficiência é não considerar a dimensão social e ambiental. Diante disto, em 2001 é aprovada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a fim de justificar a relação entre deficiência e condição de saúde considerando corpo, função, limitação, participação social e ambiente (GUERREIRO et al., 2019).

O modelo ICIDH foi intensamente criticado por grupos que lutam pelo modelo social, em virtude da insistente determinação da doença como ponto de partida para a discussão da deficiência, remetendo a deficiência a um desvio do padrão normativo da sociedade. Na busca de superar a identificação de deficiência como característica isolada do corpo e função, o modelo social surge como ponte para mostrar que, apesar da diversidade dos contextos, todos são unidos pela experiência da exclusão (ABREU; SOARES; BEMERGUY, 2017).

O modelo social considera a deficiência um fenômeno sociológico, determinado pela natureza, onde sua causa é fundada nas estruturas sociais de opressão e marginalização e sua solução deveria ser buscada em políticas adequadas, compreendendo a deficiência como uma questão de vida na sociedade, através da

transferência da responsabilidade do ajustamento à diversidade (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

No contexto brasileiro, as condições de vida das pessoas deficientes são pouco estudadas, esmaecendo uma negligência e abafamento dessas pessoas em suas casas. O desconhecimento sobre as necessidades desses cidadãos, por parte do Estado e sociedade, expõe o cenário de desigualdade social do país e a opressão ainda experimentada por estas pessoas (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

Este cenário nacional reflete no perfil das pessoas com deficiência física e das políticas públicas exercidas no estado de Santa Catarina, ao passo que as pessoas acometidas por deficiência física são predominantemente do sexo masculino, com idade igual ou superior aos 60 anos, com baixa escolaridade, não-participação de atividades esportivas e condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo estes aspectos importantes em relação aos atributos sociais, participativos e de acesso aos serviços de saúde. Esse contexto evidencia um descompasso entre as propostas das políticas públicas no país e a realidade das pessoas com deficiência (NOGUEIRA, et al., 2016).

Em meio à esfera brasileira, fomenta-se que a deficiência deveria ser considerada uma consequência de arranjos sociais, bem como os esforços devem centrar-se em modificar estruturas que causaram ou reforçaram a deficiência, em vez de apenas tentar curar, tratar ou eliminar lesões ou incapacidades (GUERREIRO et al., 2019).

### **3.3 PROCESSO EMANCIPATÓRIO**

O processo emancipatório consiste em uma perspectiva crítica que visa recuperar a dimensão da interação humana, a racionalidade baseada no agir comunicativo entre sujeitos livres, de caráter conflitante e de luta incessante contra a dominação ou alienação. Emancipar difere-se do processo adaptativo, ao passo que se manifesta contrário à normatização de forças exteriores que imobilizam o sujeito. A emancipação exige autocrítica e autodeterminação e, por isso, negar a fraqueza egóica da submissão humana favorece a conquista de espaço decisório e razão emancipatória (NEUVALD; COLLARES, 2018).

A emancipação busca libertar o sujeito por meio do fortalecimento e desenvolvimento da consciência plena, exigindo senso político, democrático e

compreensão da existência humana como uma experimentação individual. Esta ótica de conscientização e racionalidade é fundamento para ideais democráticos e concretude da realidade desobrigada e independente (NEUVALD; COLLARES, 2018).

Diante do que se pode perceber, o processo emancipatório é um conjunto de elementos da crítica social que compreendem as relações interpessoais e necessitam de justiça através de conflitos entre o alienante e o livre-consciente. Neste sentido, as integrações sociais implicam em reconhecimento jurídico universalizado e, por consequência, na construção de estima de suas particularidades, a fim de obter respeito à sua contribuição particular para a totalidade social (FUHRMANN, 2013).

A emancipação assume um caráter relacional de imanência e transcendência em decorrência do desenvolvimento de sentimentos e representações próprias, mantendo-se crítico aos fenômenos. Esta personalidade da emancipação expressa sua atitude transformadora como potência para o reconhecimento recíproco. Em outras palavras, o processo emancipatório é a representação da transformação a partir da crítica imanente que objetiva reconstruir elementos presentes nas lutas sociais, assumindo sua necessidade de renovação (MELO, 2013).

Essa identidade da emancipação almeja, por princípio, ser livre e justa, evitando as aparências e falsificações da existência, e revelando-se na contradição da força a regressão da consciência através da ausência de reflexão. Assim, a tendência de aniquilar a identidade proveniente do senso acríptico deve ser visualizada no plano da consciência. Justamente por isso que a emancipação caminha ao lado do movimento histórico, levando em consideração as manifestações reais da sociedade (BRAGA; SCHUMACHER, 2013).

A compreensão da associação entre lutas sociais e seu contexto histórico visam analisar a vida social e suas nuances relacionais entre as condições presentes e as possibilidades de emancipação, com o intuito de superar horizontes normativos de sociedade e oferecer o que é justo na ótica da emancipação social, incluindo a autonomia, a esperança, o amor, o direito e a solidariedade. E a partir desta noção de justiça e de realidade, alcançar elementos emancipatórios historicamente passíveis de reconstrução (HONNETH, 2003).

### 3.3.1 Autonomia

A autonomia é algo abstrato que se expressa através do livre arbítrio, do exercício da vontade e de um ‘auto’ a todos os condicionamentos recebidos (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 2009). Suas representações filosóficas foram múltiplas, desde a concepção de busca por felicidade por Aristóteles, como por Maquiavel através da combinação entre liberdade de dependência e o poder de autolegislar (SOBOTTKA; SANTO, 2019).

Essa busca da libertação humana da superstição e da ignorância despertou interesse iluminista visando compreender a autonomia como a independência de toda regulação e de todo constrangimento do exterior, uma satisfação das próprias necessidades sem precisar ser dependente do outro. Em outras palavras, ser autônomo seria exercer o julgamento que é a capacidade de escolher (CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Paulo Freire discute a autonomia como algo a ser conquistado e construído a partir das decisões, das vivências e da própria liberdade, compreendendo a autonomia como um atributo humano essencial que ninguém adquire espontaneamente, ou seja, ela é uma conquista que deve ser realizada (SOBOTTKA; SANTO, 2019). Corroborando a filosofia Freireana, a condição humana capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter na contemporaneidade, discute-se a autonomia como a capacidade do indivíduo em governar sua própria vida, sem a influência de outras pessoas e de instituições (SOBOTTKA; SANTO, 2019), bem como a capacidade de apreensão sobre a necessidade de ser livre, entendimento do seu problema e avaliar do seu propósito, visando garantir o exercício da liberdade adequada para cumprir suas escolhas (SAMPAIO; MENEZES, 2018).

Essa liberdade para ordenar seus atos conforme sua vontade sem a interferência de terceiros, envolvendo a capacidade de determinar seu próprio destino, parte do pressuposto que todos somos livres para a tomada de decisão, sendo esta influenciada pela personalidade de cada indivíduo. Portanto qualquer ato autônomo é, por essência, um ato deliberado e responsável, com conhecimento e liberdade pessoal e, por consequência, a autonomia é um pensar-agir livre condicionado pelo agente moral (ÁLVAREZ, 2012).

O senso de justiça, moralidade e política amplia o conceito de autonomia, através da percepção equânime de sociedade democrática, tornando coerente a consciência de luta e ação latente neste fenômeno de ser autônomo (RUIZ-MIRAZO; MORENO, 2011).

### 3.3.2 Esperança

O fenômeno da esperança consiste em duas dimensões diferentes: o substantivo “esperança” e o verbo “esperançar”, sendo este caráter bilateral causador de algumas dificuldades em explorar o fenômeno. O substantivo “esperança” aparece através de desejos específicos e individuais, ou ainda como metas de vida. O verbo “esperançar” por sua vez, considera a esperança um processo comum a todas as pessoas e procura desvelar este viver transversal e relacional (LOHNE, 2018).

Com base em sua complexidade, a esperança flutua como uma definição universal advinda do querer, das expectativas, dos objetivos e desejos, dos sonhos e otimismo (VAN LIT; KAYE, 2014). Neste sentido, a esperança possui um conteúdo positivo com orientação futura para melhorias, relacionada à existência humana (OLIVEIRA et al., 2018). Pensando de maneira global, a esperança é compreendida filosoficamente como uma companhia de emoções que provoque no homem a percepção do valor em determinada situação de vida, suas necessidades, seus interesses (ABBAGNANO, 2012).

Ao passo que a esperança possui repercussões na qualidade de vida e está relacionada, principalmente, à sua condição de saúde e ao processo de lidar com a situação de saúde, também dialoga com a espiritualidade - atribuição de sentido à vida (OTTAVIANI et al., 2014), motivação para viver, melhora da autoconfiança, busca da independência e mecanismo para enfrentar qualquer situação (BABAMOHAMADI; NEGARANDEH; DEGHANNAYERI, 2011).

A complexidade na definição do termo “esperança” surge da sua aparência abstrata e das lacunas na literatura acerca da discussão sobre a temática. Neste sentido, compreender o espírito utópico da esperança é revelar o conceito da esperança concreta ao deixar de lado as concepções idealistas, buscando em raízes antropológicas a explicação racional e crítica da esperança (SOUNDY et al., 2014).

De caráter consciente e antecipador, a esperança é vista como concreto, ao passo que expressa seu otimismo militante para uma construção inquieta da realidade. Em outras palavras, esperar não é a espera passiva, mas sim uma construção revolucionária influenciada pelo passado e vivida no presente que irão contribuir para o surgimento do novo (OLIVEIRA et al., 2018).

Esse olhar empírico sobre a esperança expõe o princípio subjetivo deste termo fundado na práxis histórica e consolida a própria esperança como essência humana, pois sua incompletude reflete em vazio humano na busca do real, configurando-a como o princípio, o próprio movimento dialético e o processo transformador e inquieto para o novo (BLOCH, 2006).

A esperança é a experiência utópica e concreta que guia os movimentos libertários, através da superação do medo e da angústia, visando o ato libertador de reabilitar a utopia como uma categoria fundamental, política e filosófica. Para isso, destaca-se a importância da imaginação e do sonho e, também em sua contradição, a necessidade do real para manter-se verdade em si (FERREIRA et al., 2018).

Pode-se dizer que o poder da esperança aponta para o sentido experiente e o significado da esperança relacionado à vontade e fé, luta e processo de viver. O enfrentamento perpassa a perspectiva de um futuro diferente, apesar do sofrimento e do desespero, contribuindo para o fortalecimento da esperança e o progresso estimulante, permitindo o olhar prospectivo e o alcance de metas (LOHNE; SEVERINSSON, 2006).

### 3.3.3 Amor

Na busca do reconhecimento recíproco, somado às considerações sobre as atribuições sociais interdependentes das relações pessoais, o amor é o relacionamento afetivo de reconhecer o outro e a si mesmo como ser carente concreto. Talvez a chave para esse domínio seja exatamente o que o alimenta: a vontade. A vontade nada mais é que o abandono do horizonte da utopia teórica e a obtenção do acesso prático da realidade (HONNETH, 2003).

Nesse contexto, a polissemia do amor é experimentada de maneira única e singular, e por isso, explicada subjetivamente. Poder-se-ia dizer que a relação amorosa é o “saber-se no outro”, ou em outras palavras, que o amor é uma experiência recíproca vivida na realidade concreta, porém um saber intersubjetivo partilhado entre duas

pessoas. Este saber intersubjetivo que é compartilhado chama-se autoconfiança (BURILLE; GERHARDT, 2018).

O amor é a designação da relação mútua de “conhecer-se no outro”, e quando há amor, há o cultivo natural do reconhecimento na individualidade dos sujeitos envolvidos. Ou seja, quando há amor, há o conhecimento de um sobre o outro, e a partir deste conhecimento há a confirmação de ambos em pretensões recíprocas e, por isso, há o processo de formação da autoconsciência de uma pessoa de direito (SPINELLI, 2016).

A relação amorosa é primária no processo de reconhecimento, não pela sua faceta romantizada de carinho ou afeto, mas sim pelo fato de que a partir do amor dá-se início ao processo de formação do sujeito na perspectiva tanto individual quanto coletiva. É neste processo relacional e construtivo do amor que são representados os campos das experiências e constituídos os espíritos subjetivos que concebem uma pessoa de direito (SANTOS, 2018).

Por trás de tanta dramaturgia em que o amor é velado, existe uma imensidão de subjetividade que nutre o reconhecimento recíproco necessário como matriz para futuras elaborações de identidade, expressando-se na práxis como uma medida indispensável de autoconfiança. Além do mais, é necessário ser em si reconhecido e reconhecente (SILVA; MORALES, 2018).

Algo que deve ter muito cuidado é quando se associa a resultante autoconfiança com a auto-afirmação. É completamente o oposto, se somente existe a auto-afirmação não há reconhecimento, pois é necessário luta e conflito para gerar confiança, é preciso negar a relação de “ser como o outro”, mas sim “ser reconhecido no outro”. Esta relação primordial de autoconfiança é fundada na compreensão de que a pessoa humana é uma constante construção de relações, e que estas relações são processos sociais permeados por conflitos visando garantir a elaboração de personalidades e expectativas (MENEZES; MOURA, 2019).

De maneira geral o processo relacional e polissêmico da construção do amor pode sofrer influências negativas que implicarão em desrespeito e desconstrução de elaborações primordialmente essenciais para a formação da personalidade humana. Neste processo de reconstrução serão avaliadas as questões sobre a identidade, intersubjetividade e pretensões na autonomia pessoal e coletiva (SPINELLI, 2016).

Diante disso, compreende-se a razão de manter um comportamento social bem sucedido para a construção do amor, ao passo que a autoconsciência adquirida neste processo é a premissa para desenvolver o saber sobre as próprias relações. É através dessa capacidade de suscitar em si o significado das ações do outro, que é possível considerar ser parceiro nas interações sociais (BURILLE; GERHARDT, 2018).

É necessário compreender o primórdio do reconhecimento, a fim de alicerçar o processo de libertação histórica da individualidade expressada em forma de luta na sociedade. É preciso entender o amor como aspecto do vínculo emotivo e de assistência, bem como percebê-lo como fonte confiante da vida social, para que assim harmonize a autonomia e a eterna ligação entre os sujeitos. Compreender a conexão de autonomia e dedicação é ver, na prática, a utopia carencial que é o amor (HONNETH, 2003).

A conexão transicional, representada pela vivência ontológica, significa a ampliação interpretativa do amor reconhecido, enquanto que a autoconfiança pessoal compreende a base para a participação autônoma na vida pública. Em síntese, os sujeitos alcançam a confiança em si mesmo, através da segurança emotiva originada da experiência intersubjetiva do amor, que por sua vez, constituirá todas as outras atitudes de auto-respeito (SANTOS, 2018).

#### 3.3.4 Direito

Em continuidade ao processo de compreensão global da experiência humana, as funções de direito intersubjetivas da vida social envolvem o que, por essência, constitui a pessoa e sua dignidade. O direito é um elemento universal que relaciona as pessoas em suas liberdades e limitações, conjugando-se em contratos de reconhecimento que estabelecem a liberdade mútua e reciprocamente (MENEZES; MOURA, 2019).

Essa percepção recíproca articula-se na vivência humana de maneira vinculante, pois transforma a luta pelo reconhecimento em uma configuração inovadora, interna e contra-normativa para o desenvolvimento do direito de valor pessoal. Na busca pelo reconhecimento do seu direito, a pessoa investe no seu valor e busca vê-lo no outro, vislumbrando a sensível troca das pretensões experimentadas individualmente e na coletividade (HARTMANN; HONNETH, 2006).

O direito representa, nesta ótica, respeito à sua história, de cunho individualizante, pressupondo que o conhecimento adquirido no decorrer da vida é

compartilhado através de um movimento entre ambos, que resulta na auto-realização da totalidade envolvida. É na história e pretensão de um, que o outro constrói a si e ao outro a partir do respeito entre ambos (LIMA, 2018).

Esse eixo da coletividade, em que o direito é mergulhado, expõe sua identidade pública calcada na unicidade biográfica dos sujeitos, expressando-se no respeito recíproco. Neste sentido, somente é alcançado o reconhecimento social através do senso de liberdade e coletividade. Não se pode almejar apenas ser livre, mas sim exercer uma ação libertadora que implica na formação do respeito comum (RENAULT, 2018).

A eterna contradição do direito está exatamente nas relações vinculantes entre os sujeitos, pois, ao conhecer o outro, nós assumimos objeções sobre nós mesmos. Assim em uma perspectiva normativa, reconhecer o outro generalizado é perceber todos como portadores de direitos, livres e iguais (BRAGA; SCHUMACHER, 2013).

É a partir da noção de universalidade, que se torna possível compreender a historicidade como formadora da dignidade humana. A pessoa digna é aquela que se reconhece na generalização de liberdade e, através do respeito, desacopla-se da estima social por meio da definição da capacidade das pessoas de se reconhecerem como pessoas de direito (MENEZES; MOURA, 2019).

É através da concepção de pessoa de direito, que o sujeito torna-se capaz de decidir racionalmente, com autonomia e moralidade. Dessa maneira, é facultado o direito de exercer seus interesses pessoais de maneira igualitária, com coletividade política e sustentando sua liberdade de bem-estar. Porém, para alcançar essa auto-relação entre os sujeitos, é necessário estima social para inferir positivamente suas propriedades e capacidades concretas (HARTMANN; HONNETH, 2006).

Direito constitui-se, então, como o processo jurídico de construção do sujeito digno e livre, na ideação de aceitação e estima social, através da solidariedade, calcando-se, sobretudo, na historicidade individual e amor íntimo (SENA et al., 2018).

### 3.3.5 Solidariedade

A solidariedade é exatamente a perspectiva pública da personalidade íntima assumida juridicamente pelo sujeito e exposta ao coletivo, por meio da estima social

alicerçada nas diferenças. Uma interpretação tão complexa que incrementa a reputação social através da reputação, valor e finalidade social (VITORINO; SILVA, 2017).

A solidariedade é relacional e integrativa, pois envolve os sujeitos ao compasso dos seus interesses que, reciprocamente, acabam por entrelaçar suas vidas simetricamente. Com sua verdadeira essência do concreto, a solidariedade relaciona a práxis da experiência humana e a intersubjetividade dos valores pessoais (HARTMANN; HONNETH, 2006).

Na perspectiva de entender o significado das capacidades e propriedades dos sujeitos, o amor expressa-se nesta esfera através da concepção do “eu em ti”, imprimindo a individualidade necessária para compreender o todo. Já o direito compreende a ampliação dos horizontes práticos da minha personalidade, ao passo que através da perspectiva normativa de respeito é construída a autoestima (ALEXANDRE; RAVAGNANI, 2013).

A autoestima é a relação social simétrica entre sujeitos individualizados e autônomos. Isto posto, a experiência do respeito compreendida com autoestima dá valor e afeto à personalidade construída no conflito processual do reconhecimento. Neste sentido, a solidariedade representa as asas da liberdade, que agora aprendem a voar e experimentam as diversidades de viver em meio a tantos processos de reconstruções e ressignificações (HONNETH, 2003).

### 3.4 CUIDADO DE ENFERMAGEM EMANCIPATÓRIO

Os atravessamentos das perspectivas filosóficas do Princípio da Esperança e da Teoria do Reconhecimento sobre o cuidado de enfermagem de reabilitação apresentam seus encontros entrelaçados pelas contradições de ambas. A contradição da Teoria do Reconhecimento consolida-se através dos conflitos oriundos do desrespeito intersubjetivo e social com a conseqüente luta social na busca de relações de reciprocidade, respeito, confiança e estima, enquanto que a contradição da esperança refere-se ao medo do inesperado e desconhecido futuro que, de maneira otimista, é desejado incansavelmente (VIEIRA, 2007).

O primeiro eixo do reconhecimento é o amor, o qual representa a experiência recíproca e intersubjetiva da autoconfiança alicerçada na contradição da auto-afirmação, ao passo que nega essa conformação alienizante e compreende ambos os sujeitos como

construções constantes de relações permeadas por conflitos. Essa desconstrução e posterior reconstrução das relações de amor provocam mudanças na elaboração de personalidade, identidade, intersubjetividade e autonomia pessoal ou coletiva (HONNETH, 2003).

No contexto da enfermagem de reabilitação, o amor representa a significação profissional e auto-realização do enfermeiro no processo de cuidar do outro. O enfermeiro constrói sua autoconfiança enquanto cuida do outro em uma relação de confiança intersubjetiva recíproca. Nesse sentido, a autoconfiança do enfermeiro é construída por meio do reconhecimento responsável e mútuo da sua realização profissional fundada no cuidado, assim como tem a finalidade de construir relações íntimas com o outro para cuidar intersubjetivamente (RISJORD., 2013).

Paralelamente, o enfermeiro que não possui uma formação bem sucedida da sua personalidade profissional frustra-se por não reconhecer-se no outro através do cuidado prestado. Ou seja, o enfermeiro que realiza um cuidado desvinculado às necessidades do outro, não reconhece o seu papel no processo de cuidado, desrespeitando sua essência humana e histórica e, conseqüentemente, não promove confiança entre ambos (PRZENYCZKA, et al., 2012).

O segundo eixo do reconhecimento envolve o direito, o qual compreende um processo jurídico universal relacionado ao contrato com a liberdade mútua e recíproca. Essa percepção representa a luta pela dignidade humana, interna e contra-normativa para o desenvolvimento do respeito e do valor pessoal. Nesse processo a pessoa investe na valorização coletiva por meio da dignidade e do respeito mútuo, porém o desrespeito aos direitos, liberdades e igualdades representa a contradição dessa dimensão, ao passo que a limitação e a desmoralidade violam os interesses pessoais e promovem a desigualdade do coletivo político (VITORINO; SILVA, 2017).

No cenário da enfermagem de reabilitação, o direito está implicado nas relações de respeito à liberdade e dignidade das pessoas para o bem-viver individual e coletivo. Nesse sentido, o enfermeiro representa o advogado que luta contra a resistência generalizadora e compromete-se a impulsionar a conscientização social de igualdade e respeito. Esse processo jurídico perpassa a existência humana e histórica, fundamentando o papel político e social da enfermagem de reabilitação (SENA et al., 2018).

O último eixo do reconhecimento é a solidariedade, o qual é visto como a perspectiva pública da personalidade íntima assumida juridicamente pelo sujeito e exposta ao coletivo, através da estima social alicerçada nas diferenças. A contradição da solidariedade está no desrespeito à estima social simétrica, entre sujeitos individualizados e autônomos. Essa violência pública implica no menosprezo de valor e de afeto, em meio à diversidade de viver os processos de reconstruções e ressignificações (MENEZES; MOURA, 2019).

A enfermagem de reabilitação tem o papel de impulsionar positivamente os processos de reconstruções e ressignificações dos sujeitos, pois a inserção social e ajustes para o viver são os fundamentos da reabilitação. A estima social do sujeito deve ser promovida pelo enfermeiro através da instrumentalização de estratégias para enfrentar as diversidades, elaboração de metas pessoais e coletivas, bem como incentivar a consciência de ambos na sociedade (ACIEM; MAZZOTTA, 2013).

Já o Princípio da Esperança possui caráter temporal por ser histórico e de natureza dialética, planejando antecipadamente o futuro. Esse processo de esperar expõe o princípio subjetivo fundado na práxis histórica e consolida a própria esperança como essência humana, pois sua incompletude reflete em vazio humano na busca do real, configurando-a como o princípio, o próprio movimento dialético e o processo transformador e inquieto para o novo (BLOCH, 2006).

Em contradição a sua essência antecipadora e otimista, a esperança é atravessada pelo medo e angústia do futuro impreciso, permeado de incertezas que corroboram para o desejo concreto de algo que não se conhece e, ao mesmo tempo, insatisfação do atual em busca de algo inédito e incrementador de novas vontades (NEUVALD; COLLARES, 2018).

No que diz respeito à reabilitação, o enfermeiro representa o agente da esperança por assumir o papel estimulante de promotor da emancipação de forma otimista e criativa, visando à elaboração de estratégias e objetivos passíveis e possíveis de serem alcançados, baseados nas necessidades e desejos pessoais. O enfermeiro reabilitador compreende seu papel positivo como facilitador do enfrentamento e do ajustamento da vida do outro, porém não manipula ou toma decisões pelo outro. O enfermeiro que reconhece seu papel no processo de esperar percebe que o amor, o direito e a solidariedade pertencem em ambos intersubjetivamente (QUERIDO, 2018).

O cruzamento das duas perspectivas filosóficas, no contexto do cuidado de enfermagem de reabilitação, ocorre através de experiências negativas de desrespeito e angústia, visando lutar contra o padrão normativo da sociedade e caminhar em direção às relações dignas, intersubjetivas e emancipadoras. Logo, a experiência de desrespeito representa a força motriz moral no processo de desenvolvimento social de injustiça (HONNETH, 2003).

Esse processo de intersubjetividade aponta para a interdependência social, cultural e moral que constroem, individual e coletivamente a prática da própria identidade (HONNETH, 1992). Nesse sentido, o enfermeiro reabilitador busca facilitar a construção e manutenção do comportamento social bem sucedido fundado no amor, direito, solidariedade e esperança, visando à emancipação histórica para o bem-viver.

#### 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A enfermagem é a ciência, a arte e a profissão do cuidado, possuindo caráter social e necessita de profissionais qualificados para desempenhar seu respectivo papel de cuidar com atenção ao campo específico de conhecimento. Na história da profissão de enfermagem, a prática do cuidado ocorre a partir de evidências científicas sobre o que é e como realizar o cuidado terapêutico (ALLIGOOD, 2013).

Diante das diversas teorias que sustentam o cuidado de enfermagem, a teoria de Nightingale marcou seu tempo com premissas necessárias para realização do cuidado terapêutico (ALLIGOOD, 2013). Neste sentido, o dado estudo busca enriquecer o debate teórico de enfermagem, através do olhar relacional do cuidado baseado na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth (HONNETH, 2003) e acrescentar contradições dialéticas através do Princípio da Esperança de Ernst Bloch (BLOCH, 2006).

O conceito-chave, para a compreensão da origem das relações sociais contraditórias e do processo evolutivo das sociedades, advém da reflexão sobre dimensões do cuidar em enfermagem, composto por elementos construtivos de uma matriz teórico-filosófica fundada no reconhecimento e na esperança. Essa construção teórico-filosófica abordará, de maneira transversal, os subsídios da dialética da esperança, por meio de um paralelo entre o cuidado de enfermagem da reabilitação e o processo emancipatório dos sujeitos envolvidos.

Essa fundamentação teórico-filosófica será disposta em duas partes, numa ordem para melhor expressar o entendimento dos autores sobre o assunto e não devido à sua importância. Primeiramente, serão abordados elementos fundados nos estudos de Axel Honneth e, posteriormente, na dialética conceitual de Ernst Bloch, visando considerar a essência do cuidado na enfermagem de reabilitação como processo emancipatório.

O cuidado de enfermagem e os sujeitos envolvidos nessa relação de cuidar em reabilitação são considerados os eixos históricos para compreender o atravessamento do paradigma da mudança da cura para o bem-viver. Essas articulações de elementos teóricos do cuidado como processo emancipatório permitem reflexões das premissas necessárias para a construção desse processo.

#### 4.1 TEORIA DO RECONHECIMENTO

A teoria do reconhecimento de Axel Honneth possui fundamentação filosófica em Hegel e origem psicossocial em Mead, visando frutificar a compreensão de reconhecimento, enquanto reflexão acerca das relações entre as pessoas. Essa teoria possui como contradição o desrespeito ao reconhecimento intersubjetivo e social, sendo este o sustento para a luta social contemporânea (HONNETH, 2003).

Este teórico busca explicar a dinâmica das transformações e conflitos sociais, a partir da injustiça conflituosa na sociedade concreta. Porém esta luta é contra-argumentada através de três eixos centrais: o amor, o direito e a solidariedade (FUHRMANN, 2013). Isso elimina a centralidade das relações na desigualdade econômica e passa a compreendê-la como processo experiencial da formação de identidade pelas relações intersubjetivas (HARTMANN; HONNETH, 2006).

Estas formas do reconhecimento constituem dispositivos de proteção intersubjetivos, que asseguram a liberdade humana de maneira íntima, digna, respeitosa e pública para a formação de uma personalidade com estima social. O processo de ação libertadora depende da articulação espontânea de metas individuais, baseadas na história de vida singular. Esta liberdade, fruto do reconhecimento, é a real auto-realização humana, englobando o direito civil e da decisão de maneira igualitária na sociedade (HONNETH, 2003).

Isso posto, o sujeito apenas compreende a si próprio, através da realização objetiva de suas pretensões intersubjetivas e, portanto, das relações entre subjetividades que delimitam a formação de cada um (MIRANDA, 2011). Por essa ótica, o sujeito se reconhece como reconhecido, a partir da relação com o outro apontando suas habilidades e qualidades, gerando a reconciliação e formação de uma identidade distinta e particular (HONNETH, 2003).

A realidade social é tecida por relações históricas de reconhecimento necessariamente respeitadas e, por consequência, as relações interpessoais provocam reações estimulantes, que resultam em uma constante ressignificação construtiva da personalidade do sujeito. Neste sentido, a teoria aponta que somente através dos relacionamentos é possível atingir a consciência de sua identidade (MENEZES; MOURA, 2019)..

“Um sujeito só pode adquirir uma consciência de si mesmo na medida em que aprende a perceber sua própria ação a partir da perspectiva de segunda pessoa simbolicamente representada (HONNETH, 2003, p. 75)”.

O reconhecimento demarca as relações em contraponto dialético com a delimitação da relação, dos espaços e das ações. Neste sentido, os diferentes níveis de relacionamento são essenciais para o cuidado de enfermagem. Por exemplo, o amor começa na esfera de relações mais íntimas, estendendo-se gradualmente ao generalizado. A generalização de algo particular promove a aceitação e participação de um membro em sua comunidade, a partir do reconhecimento recíproco de autocompreensão generalizada de si (HARTMANN; HONNETH, 2006).

Relacionamentos amorosos são considerados todos os relacionamentos primários: amizades, vínculos sentimentais e especialmente familiares. Aqui, as pessoas se reconhecem como seres carentes e dependentes do outro. É a partir deste processo relacional primário, que surge a autoconfiança mútua impulsionando a libertação para a independência de si e do outro (VITORINO; SILVA, 2017).

Em sequência ao amor, surge o direito, a compreensão de reconhecimento legal fundamentada na igualdade, no respeito e na dignidade. Este nível de reconhecimento assume que a pessoa possui a capacidade de decidir racionalmente sobre questões morais, legitimando a imputabilidade moral e o acordo de legitimidade racional entre pessoas em situação de igualdade. É através deste processo de direito, que se permite formar na pessoa a consciência de ser capaz de respeitar a si mesmo, porque merece o respeito dos outros (SENA et al., 2018).

Por último, o nível de reconhecimento denominado solidariedade refere-se às capacidades individualmente públicas de estima ou status sócio-cultural, que valorizam as diferentes propriedades privadas. A apreciação social acontece por meio de transformações culturais e mudanças dos parâmetros de avaliação coletiva, visando compreender os indivíduos por suas realizações e habilidades individuais (NEUVALD; COLLARES, 2018).

“Nesse sentido, estimar um a outro simetricamente significa ver um ao outro à luz de valores que permitem que as habilidades e os traços do uso pareçam significativos para a práxis compartilhada (HONNETH, 2003, p. 129)”.

## 4.2 PRINCÍPIO DA ESPERANÇA

O Princípio da Esperança, para Ernst Bloch, possui fundamento dialético em filósofos de perspectiva hegeliana ou marxista, que compreendem o paralelismo da criação humana profundamente, envolvendo questões sociais, subjetivas, plurais, concretas, objetivas e coletivas (BLOCH, 2006).

Este eixo dialético da esperança visa discutir a ruptura da satisfação intelectual, propondo criticamente a reflexão criativa da esperança, de maneira dinâmica, sobre as interpretações das transformações dialéticas do mundo, promovendo uma experiência concreta do princípio da esperança em sua totalidade (VIEIRA, 2007).

A esperança é angustiada e antecipadora, ao passo que surge antes mesmo de reconhecer exatamente o que espera. Esta esperança, vista como um trampolim para a consciência humana, consolida-se na temporalidade e representa-se como o fim de um começo sustentável. Nesse contexto, a esperança possui conteúdo e significado no passado através do auto-afeto atravessado pelas contradições do medo e da angústia (LOHNE, 2018).

Mesmo com fonte do passado, o caráter antecipador da esperança tem o objetivo de ampliar e clarificar os horizontes futuros, representado por um apetite de ânimo que surge em meio aos desafios da vida, compreendendo o processo de atualização como uma constante e insaciável de promessas para a construção de uma realidade futura (VAN LIT; KAYE, 2014).

Este olhar futuro, que a esperança possui, representa o “sonhar acordado”, pois não desvia a perspectiva do real, porém conserva a evolução por meio da coragem e dos ideais. Ao mesmo tempo que possui como foz o passado e alimenta-se na hipótese de um futuro idealizado como possível, o processo dialético de esperar ocorre no “agora”, por meio de uma construção conturbada de contradições inquietas do presente (BLOCH, 2006).

A esperança expressa-se no presente como uma consciência real da inconformidade com extrato otimista, uma fantasia antecipadora autêntica do possível e passível de acontecer. O esperar é um senso crítico impulsionado pela angústia vacilante, que implica na aventura da curiosidade de alcançar algo desejado. Nesta

ótica, a esperança é a sensação impaciente e modificadora da própria realidade com base na história humana (OLIVEIRA et al., 2018).

Essa perspectiva filosófica da esperança como um afeto prático militante assemelha-se à consciência da fome, pois o sujeito é incapaz de ignorar a consciência dessa necessidade e, quando admitida como necessidade, deve satisfazê-la captando sua própria insatisfação como promotora da ação para transformar a realidade. Desta forma, tanto a esperança, quanto a fome atuam como aspirações afetivas projetando-se para um futuro na busca da felicidade (OTTAVIANI et al., 2014).

Além da personalidade ímpar da esperança, deve-se compreender que a mesma é constituída de relações humanas, ao passo que, “sem a força de um eu ou nós por detrás, até mesmo o ato de ter esperança se torna insípido” (BLOCH, 2006, vol I, p 146). Neste sentido, a esperança possui conteúdo possível para o mundo, compreendendo a totalidade e a necessidade particularizada (BLOCH, 2006).

O laço indissociável entre a necessidade e a esperança advém da sensação de frustração pela privação de não ter algo que se almeja. Esse fenômeno possibilita ao imaginário a reflexão antecipadora do desejo expresso como matéria-prima do conteúdo de esperança. Pode-se dizer que, sem o desejo de algo, a esperança seria vazia, bem como o contrário é verdadeiro, pois sem esperança o desejo seria cego, sem perspectiva ou direção correta (SOUNDY et al., 2014).

Esse processo relacional, construtivo, inquieto e antecipador da esperança confirma a negação dialética do conformismo, numa perspectiva otimista, e impulsiona como uma mola o estabelecimento sólido de propósitos na luta libertadora da humanidade. É através da esperança que o homem desenvolve suas utopias e encontra sua identidade social (BLOCH, 2006).

Enfim, a dialética histórica e material circulante no conceito de esperança provoca a noção de processo, através do realismo inquieto e pulsante, que contradiz as relações de claro-escuro do real e busca sistematizar as interações intersubjetivas de potencial objetivo de valor. Em outras palavras, a esperança do possível-vencível é transcendente ao horizonte da práxis, ao passo que conduz à compreensão do mundo estimulante, tendencialmente, concreto (BLOCH, 2006).



## 5. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

O dado estudo possuiu o referencial metodológico fundamentado na perspectiva da “Dialética do Concreto” de Karel Kosik, de cunho filosófico marxista, o qual se propõe à análise do materialismo dialético e retomar a busca pela compreensão marxista da práxis. O materialismo histórico dialético trata sobre o processo de desenvolvimento da história humana, através da análise transformadora da matéria, visando, dialeticamente, compreender a contradição existente nesse contexto (KOSIK, 2010).

Essa perspectiva afirma que o homem é inserido concretamente na realidade social, através da experimentação prática-utilitária - por exemplo, o trabalho - e, por meio desta prática, estabelece seus propósitos que, por consequência, geram a compreensão consciente real e avança a pseudoconcreticidade (PERNA; NOLASCO, 2018).

O mundo da pseudoconcreticidade é atrelado às superficialidades distantes do que é essencial. Este mundo pode ainda ser chamado de práxis fetichizada. Porém, é fundamental existir essa aparência para que a essência não surja imediatamente, mas que seja mediada por um fenômeno, o qual gera a compreensão da sua manifestação. Neste sentido, é importante entender o fenômeno para compreender sua manifestação e assim tornar possível apreender o essencial em ambos (KOSIK, 2010).

Em virtude desse processo fenomenológico para análise do desenvolvimento do material, é necessário garantir a destruição da pseudoconcreticidade conclamada com o método dialético-crítico para assim alcançarmos a realidade. Neste sentido, as leis fundamentais do materialismo dialético compreendem três aspectos: (1) a lei da transformação da quantidade em qualidade, segundo a qual as mudanças quantitativas dão origem a mudanças qualitativas revolucionárias; (2) a lei da unidade dos contrários, sustentando que a unidade da realidade concreta é uma unidade de contrários ou contradições; (3) a lei da negação da negação, compreendendo que, no conflito de contrários, um contrário nega o outro e é, por sua vez, negado por um nível superior de desenvolvimento histórico, que preserva alguma coisa de ambos os termos negados (KONDER, 1997).

Com objetivo de perceber a aplicabilidade da filosofia, compreende-se que é necessário, de antemão, uma atitude primordial do homem, objetiva e praticamente, de

acordo com sua realidade e relações sociais. A realidade, por sua vez, apresenta-se ao homem como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível e, nela, o indivíduo releva-se nas próprias representações das coisas, sendo este processo denominado trato prático-utilitário (KOSIK, 2010).

Todavia, a práxis-utilitária não proporciona a compreensão das coisas e da realidade; mas, sim, gera a incompreensão intimamente contraditória das coisas, por meio da realidade unilateral e fragmentária do indivíduo baseada no pseudoconcreto. Neste sentido, o imenso mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdades e enganos, tendo como elemento o duplo sentido que indica e esconde a essência a todo instante (MOLINA, 2018).

É interessante como a essência se manifesta parcialmente no fenômeno, ao passo que o fenômeno indica constantemente a sua contradição. Em outras palavras, a essência é imediata ao fenômeno, enquanto que este mundo fenomênico tem sua estrutura e complexidade revelada na tentativa de traduzir a relação entre o mundo dos fenômenos e a essência (PERNA; NOLASCO, 2018).

Nessa perspectiva, nasce a dialética que, através de pensamento crítico, propõe compreender a coisa e a realidade por meio do materialismo, que juntos visam compreender o alcance da verdade, mas não de forma perpétua, já que essa é historicamente datada. (MOLINA, 2018).

Diante disso, pode-se afirmar que a dialética busca a destruição da pseudoconcreticidade e alcançar a concreticidade, não negando a existência ou a objetividade dos fenômenos, mas sim desconstruindo sua independência e expor seu caráter derivado. A dialética apresenta-se como método de transformação da realidade, pois, para que o mundo possa ser explicado criticamente, é necessário inseri-lo no terreno da práxis. Para compreender a realidade humano-social, é necessário conhecê-la como uma unidade de produção e produto. Sendo exatamente neste desconstruir da pseudoconcreticidade que o processo dialético, dinâmico e em constante movimento, se expressa na práxis do humano-social (KOSIK, 2010).

## 6. METODOLOGIA

Considerando que metodologia simboliza a disciplina relacionada com a epistemologia e que, a partir desta, viabiliza-se a condução da pesquisa, este estudo fundamenta-se com referência à “Dialética do Concreto” (KOSIK, 2010) e foi executada com base na Pesquisa-Ação (THIOLLENT, 1988). Pretendeu-se compreender as essências fenomênicas das relações de inter-reconhecimento e esperança existentes no processo de cuidar em enfermagem de reabilitação. Para explicar de maneira detalhada, este eixo será diluído em fragmentos buscando melhor apropriação metodológico para o pesquisador.

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa o qual adotou como método a Pesquisa-Ação calcada no materialismo-histórico dialético. A pesquisa-ação corresponde a um processo simultâneo de investigação e ação, que permite a interação entre o pesquisador e o sujeito investigado, tendo como finalidade o conhecimento e a resolução do problema coletivo, a partir dos fatos observados, resultando na construção não só de conhecimentos individuais ou coletivos, mas também novas habilidades e atitudes que proporcionarão a ressignificação de valores e a transformação de situações indesejadas (TOLEDO; JACOBI, 2013).

A pesquisa-ação compreende uma linha de pesquisa da metodologia social, que associa pesquisa à ação coletiva orientada para a resolução de problemas. Esta estratégia metodológica objetiva a participação transformadora do pesquisador com os membros da situação investigada, visando à capacitação de todos para responderem com maior eficiência aos problemas que vivem através da ação transformadora conjunta (BARBIER, 2002).

Esse método, de caráter social, educacional e técnico tem procedência na busca de alternativas de pesquisa para substituir os métodos tradicionais. Neste sentido, trata-se de um método facilitador na busca de soluções aos problemas concretos da realidade social, através de um procedimento flexível e pouco normativo. O processo de escolha deste tipo de método deve sempre considerar que a prioridade da pesquisa é estabelecida a partir da voz dos participantes (THIOLLENT, 2001).

O pesquisador deve ser a “escuta” e os “olhos” para estabelecer o alcance problemático em nível micro e macrosocial. Neste sentido, a pesquisa-ação é um instrumento de trabalho e investigação que envolve a pessoa e sua coletividade, do ponto de vista sociológico, com ênfase na análise das diferentes ações que se manifestam no conjunto de relações sociais (ABDALLA, 2005).

Levando em consideração que a pesquisa-ação pretende ficar atenta à situação social, com base nas exigências teóricas e prática, este método afirma sua base empírica e concebe sua estreita relação com a ação no meio social através do problema coletivo. Neste cenário, tanto os pesquisadores quanto os participantes são envolvidos de forma cooperativa e participativa. Este caráter, metodologicamente flexível, comprova a orientação de ação emancipatória e engaja-se, sócio-politicamente, como uma linha de pesquisa de compromisso reformador e participativo (BRUSAMARELO et al.,2018).

Considerando a participação das pessoas investigadas e dos investigadores como um aspecto constantemente necessário, a pesquisa-ação chama a atenção com seu diferencial de gerar uma ação real por parte do grupo implicado, com base na observação e sensibilidade interpretativa do pesquisador. Neste sentido, a pesquisa-ação assume uma postura prática dentro de uma atividade coletiva e social (THIOLLENT, 2001).

“A participação dos pesquisadores é explicitada dentro da situação de investigação, com os cuidados necessários para que haja reciprocidade por parte das pessoas e grupos implicados nesta situação (THIOLLENT, 1988, p. 16)”.

Neste trecho, Thiollent explana acerca da participação do pesquisador de maneira construtivista e complementadora; e não como uma substituição da atividade do grupo participante. É essencial para esse método de pesquisa que as pessoas investigadas tenham algo a “dizer” e a “fazer”. E, exatamente por isso, todos os participantes devem compreender seus papéis ativos na própria realidade (THIOLLENT, 1988).

O envolvimento vinculante entre o pesquisador e os pesquisados inicia-se a partir da definição coletiva do objetivo da pesquisa, bem como as ações, os agentes, os obstáculos e as exigências de conhecimento acerca da situação problema. Esta relação dialógica resulta no reconhecimento de suas prioridades e situa o grupo para futuras tomadas de decisões e ações (BARBIER, 2002).

Essa inter-relação, disponível por meio da pesquisa-ação, expõe sua característica propositora de ação e participação, mas também torna possível estudar a dinamicidade dos problemas, ações, negociações e conflitos deste processo de transformação da situação, abrangendo expectativas e reivindicações através da deliberação do grupo (TOLEDO; JACOBI, 2013).

Este método, agregante e participativo elucida sua cientificidade através do autocontrole metodológico e qualidade das observações. Por isso, a pesquisa-ação não sofre perdas oriundas da sua característica de coletividade e crítica da realidade. Na ótica técnica, essa estratégia de pesquisa não promove excessos da postura convencional, mas sim oferece subsídios para organizar a pesquisa social (THIOLLENT, 2001).

O conteúdo social atribuído a esta pesquisa culmina em significações de linguagem, que envolve processos argumentativos, os quais consolidam a existência do reconhecimento na procura do valor e estabelecem avaliações subjetivas para o êxito das ações planejadas. Neste processo argumentativo, surgem flexibilizações do raciocínio hipotético através da suposição criativa que representa a antecipação norteadora da pesquisa, na busca de informações que consolidem a problemática prioritária para o senso coletivo (BRUSAMARELO et al., 2018).

Em síntese, o método da pesquisa-ação foi escolhido para nortear sistematicamente este trabalho, por compreender um incessante vaivém na busca da possível inferência generalizante e particularizante pelo controle metodológico. Essa flexibilidade metodológica articulada à ação reflete uma transformação de caráter cultural, educacional ou político, visando à avaliação realística e efeitos satisfatórios sobre o problema social (ABDALLA, 2005).

Logo, a pesquisa-ação é uma estratégia de ação planejada sistematicamente através da observação, reflexão e mudança, que implementada através da investigação-ação e técnicas para a transformação da prática (ALEXANDRE, 2014). Essa forma de pesquisar é, por si só, uma perspectiva emancipadora, humanista e de cunho social para ação coletiva, a qual ideologicamente pressupõe a elucidação de um problema e estimula a tomada de decisão (THIOLLENT, 2001), muito semelhante ao constructo deste estudo.

## 6.2 MÉTODO DIALÉTICO

O método dialético possui centralidade em encontrar as relações concretas e efetivas por trás dos fenômenos. O entendimento pleno destas relações inter-humanas está para além do fenomênico, formando o que vem a ser a coisa em si e que, apesar de distinta do fenômeno, se manifesta de forma mediata a ele. Os fenômenos são aspectos singulares historicamente desenvolvidos, que manifestam uma das muitas possibilidades de ser da essência. Assim, compreender o fenômeno é justamente atingir a essência da coisa. Em oposição ao singular, a essência é extraída da complexidade do real, é o elemento comum de diversas representações fenomênicas aquilatadas (ZAGO, 2013).

Fenômeno e essência estão intimamente ligados formando o todo. O mundo fenomênico se constitui concomitante relação de manifestar e esconder a essência. Para se chegar à compreensão e conceituação da essência, é imprescindível um esforço que abstraia as coisas do campo prático. Inicialmente, os objetos surgem como elementos do campo para a atividade prático-sensível, resultando em uma intuição prática da realidade, que se poderia afirmar cotidiana (KOSIK,2010).

Segundo Zago (2013), o processo rumo a uma compreensão, que vá além do campo prático, liga-se a uma percuciente análise, envolvendo abstrações que atingem a essência das coisas. Isto significa que, por meio do rompimento com o cotidiano e com o senso comum, evita-se a simples apreensão das manifestações mais aparentes da realidade e, por meio da mediação, constrói-se o concreto pelo pensamento.

Nesta pesquisa, a questão do fenômeno e da essência aparece no discurso dos participantes através da própria história de vida, seus cotidianos e comportamentos. É através dos relatos singulares e coletivos das pessoas, que se encontram os fenômenos e apreendem-se as manifestações diárias da construção constante do concreto para a captação da essência (FRIGOTTO, 2010).

Diante disso, o método dialético foi escolhido, visando atribuir, profundamente, a essência das coisas aos relatos dos entrevistados, para captar o enfrentamento vivido no cotidiano visto como dicotomias teórico-analíticas. Esse método implica em compreender a visibilidade dos fenômenos e sair do nível das aparências, a fim de apreender seu processo de concretude e suas relações ou movimentos (KAHHALE; ESPER, 2014).

### 6.3 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando reabilitação e habilitação um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, o Ministério da Saúde prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais e clientes nos processos de cuidado em qualquer ponto de atenção da rede, especialmente nos serviços especializados em reabilitação como Centros Especializados em Reabilitação (CER), onde se concentram as ações voltadas à esta demanda (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 1.303, de 28 de junho de 2013, do Ministério da Saúde, estabelece os requisitos mínimos de ambientes para constituir a Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo questões sobre o financiamento do serviço e as diversas classificações de CER (BRASIL, 2013). Segue abaixo, na Quadro 2, uma exposição dos diversos tipos de CER disponíveis diferenciando-se, entre eles, por tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação:

CER TIPO	ESPECIALIDADES DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO
CER II	Auditiva e Física
CER II	Auditiva e Intelectual
CER II	Auditiva e Visual
CER II	Física e Intelectual
CER II	Física e Visual
CER II	Intelectual e Visual
CER III	Auditiva, Física e Visual
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual
CER III	Física, Intelectual e Visual
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual

**Quadro 2:** Classificação dos serviços especializados ofertados pelos Centros de Reabilitação.  
**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2013.

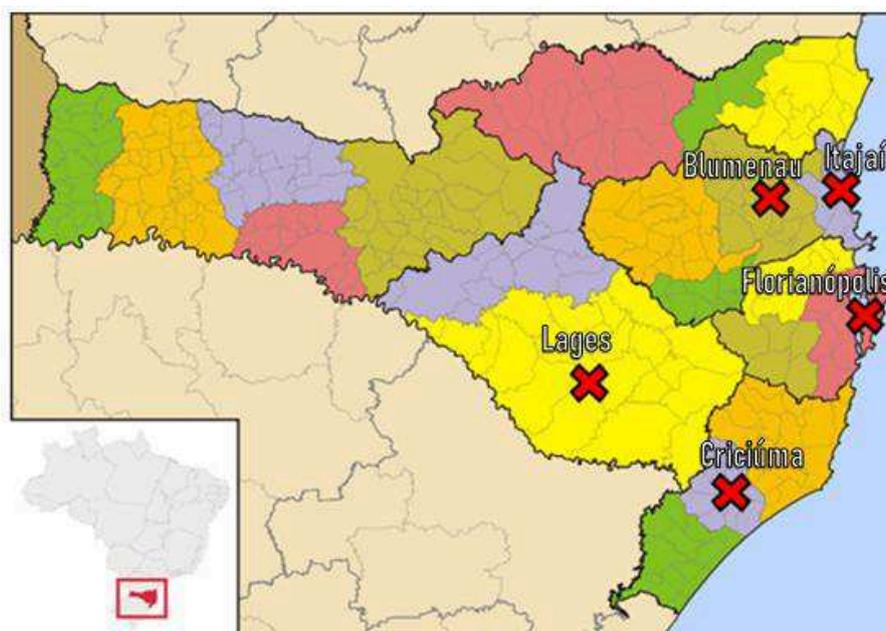
Como apresentado acima, a tipologia do CER refere-se às especialidades de serviço ofertadas no centro, ou seja, dentre os quatro tipos de especialidades de serviço oferecidas (auditiva, física, intelectual e visual), os CERs II, por exemplo, apenas assistem duas especialidades, podendo ser combinadas de seis formas diferentes. Já no caso dos CERs do tipo III, o agrupamento é de três serviços especializados, podendo ser combinados de quatro formas diferentes. Por último,

existe o CER do tipo IV que une todos os serviços de especialidades disponíveis pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Neste sentido, o CER representa um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território. É organizado a partir da combinação de, no mínimo, duas modalidades de reabilitação (BRASIL, 2013).

Em 2013, o Ministério da Saúde anunciou 102 CER em funcionamento pelo SUS no Brasil, realizando a habilitação de 74 desses centros, bem como, financiou a construção de 88 novas unidades. Este investimento vem em consonância com o programa Viver Sem Limite, cuja meta visava habilitar 45 CER até 2014 (BRASIL, 2013).

No âmbito estadual, em Santa Catarina existem cinco CER, compreendendo a demanda da macrorregião da grande Florianópolis, regiões Carboníferas e Extremo Sul, a macrorregião da Foz do Itajaí, a macrorregião da Serra Catarinense e região da saúde do médio Vale do Itajaí (SES, 2019). Segue, abaixo na Figura 4, a apresentação da distribuição estadual de CER em Santa Catarina:



**Figura 4:** Distribuição dos cinco Centros Especializados de Reabilitação no estado de Santa Catarina.

**Fonte:** Autora.

Os cinco CER habilitados e em funcionamento no estado de Santa Catarina são do tipo II, envolvendo atendimentos voltados às questões físicas e intelectuais, bem como todos os CER de Santa Catarina pertencem à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC), vinculada à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR). Neste estudo, todos os CERs do estado de Santa Catarina constituíram os cenários de investigação (SES, 2019).

Segundo o instrutivo de reabilitação disponibilizado pela portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e pela portaria GM 835 de 25 de abril de 2012, a equipe multiprofissional que compõe o corpo executivo da reabilitação física e intelectual é formada por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ortopedista e traumatologista ou neurologista ou fisiatra, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo e técnico de enfermagem (BRASIL, 2013).

O Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), localizado no bairro Agrônômica, município de Florianópolis, encontra-se habilitado pelo Ministério da Saúde, desde o dia 3 de maio de 2013, através da Portaria MS nº 496/2013 e Oficina Ortopédica, por meio da Portaria MS nº 563. Este serviço oferece: o Ambulatório de Neurologia destinado a pessoas com distúrbio do movimento; o Serviço de Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (RIA); o Ambulatório de Neurologia Geral para pessoas com deficiência intelectual, lesão encefálica adquirida, sequelas de esclerose múltipla, lesões do plexo braquial e doenças neuromusculares; o Ambulatório de Programa de Toxina Botulínica; o Ambulatório do Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) para pessoas que necessitam solicitar meios auxiliares especiais; o Setor de Reabilitação Pediátrica para crianças com doenças ou malformações congênitas ou adquiridas com diagnóstico de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; e o Ambulatório de Enfermagem, que transcende todos os serviços do programa e trabalha multiprofissionalmente (SES, 2012).

As cidades atendidas pelo CCR compõem a macrorregião da grande Florianópolis, que compreende os seguintes municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas (SES, 2012).

O CER-II de Criciúma, por sua vez, é vinculado à sede da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e possui habilitação para exercer o serviço, desde o dia 2 de dezembro de 2013, através da portaria do Ministério da Saúde nº 1.357. Essa instalação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa tornar-se um centro de referência macrorregional, tendo como objetivo amparar os familiares e indivíduos com algum tipo de deficiência e sendo o tempo de amparo embasado nos princípios doutrinários do SUS (UNESC, 2014).

O CER-II/UNESC ampara a região carbonífera do estado catarinense, a qual compreende: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga, Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo (UNESC, 2014).

O CER-II Itajaí foi habilitado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.357, de 2 de dezembro de 2013, tendo dado início às suas atividades três meses depois apenas. Essa instituição tem vínculo com a Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e, por isso, também é denominado CER-II/Univali. O objetivo do serviço é desenvolver o sujeito em seu potencial físico, psicossocial, profissional e educacional para habilitar e reabilitar pessoas com deficiência física e intelectual, sempre buscando promover sua autonomia e independência (UNIVALI, 2018).

Para alcançar seus objetivos, o CER-II/Univali realiza avaliação funcional e diagnóstico da pessoa com deficiência, estimulando precocemente o indivíduo e sua família para ampliar a autonomia por meio da articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, visando garantir a integralidade do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência. O CER-II/Univali preocupa-se em atender a macrorregião da Foz do Itajaí, que envolve: Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo (UNIVALI, 2018).

O CER-II de Lages, portanto, compreende a macrorregião da Serra catarinense, incluindo os municípios de Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio

Costa, Paniel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema (UNIPLAC, 2015).

O centro especializado de Lages é vinculado à Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), denominado CER-II/UNIPLAC. Este serviço, formalmente habilitado pelo Ministério da Saúde em 2013, por sua vez, oferece atendimento de neuroreabilitação adulto e pediátrico, atendimento especializado à condição de TRM, TCE, Paralisia Cerebral (PC), amputação, deficiência congênita, deficiências adquiridas, doenças raras, ostomias, atendimento em situação de deficiência intelectual com enfoque para o Transtorno de Espectro Autista (TEA) (UNIPLAC, 2015).

O CER de Blumenau foi implementado no dia primeiro de setembro de 2016, o mais recente dos centros de reabilitação do estado de Santa Catarina. A Universidade Regional de Blumenau (FURB) instalou este centro junto ao Complexo Integrado de Saúde no Campus V, com a intenção de fortalecimento das ações em rede, concretizando os Cuidados à Pessoa com Deficiência previstos pelo Ministério da Saúde (FURB, 2016).

Habilitado no mesmo mês de sua implementação na FURB, o CER-II planeja atender cerca de 400 pessoas por mês, através de uma rede de assistência com avaliação global multiprofissional e plano terapêutico singular, englobando as diversas áreas do cuidado como: terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, neurologia, ortopedia, psicopedagogia, assistência social e nutrição a todos os municípios que compõem a sua área de atenção. Os municípios atendidos pelo CER-II/FURB são: Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó (FURB, 2016).

#### **6.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A população do estudo significa o conjunto de elementos que possuem características comuns, as quais são contadas ou sentidas de forma que sejam possíveis de transformar em dados que irão compor as propriedades da investigação. A população remete-se às variáveis que se pretende estudar (ALEXANDRE, 2014).

Diante do supracitado, a população em pesquisa possuiu como pano de fundo os CER do estado de Santa Catarina com enfoque aos indivíduos em processo de

reabilitação e enfermeiros de reabilitação. Os critérios estabelecidos para a inclusão dos sujeitos no estudo, visando à representação do microcosmo da população, foram: serem pessoas com idade superior a 18 anos (maior idade penal no Brasil), em processo de reabilitação em algum dos cinco CER do estado de Santa Catarina, bem como enfermeiros lotados nos seus respectivos CER.

As duas populações incluídas como participantes do estudo são fundamentais para compreender o cuidado de enfermagem de reabilitação e, por isso foram selecionadas para compor a amostragem da pesquisa. O quantitativo da população, composta por pessoas em reabilitação atendidas pelas equipes de enfermagem de cada CER, varia conforme a amplitude intermunicipal atendida, porém o quantitativo de enfermeiros reabilitadores, apresentado no Quadro 3, representa uma amostragem total de 19 enfermeiros reabilitadores lotados em CERs de Santa Catarina.

<b>CER</b>	<b>ENFERMEIROS REABILITADORES</b>
CCR	12
CER LAGES	01
CER ITAJAÍ	01
CER CRICIUMA	02
CER BLUMENAU	03
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

**Quadro 3:** Quantitativo de enfermeiros lotados em CER no estado de Santa Catarina.

**Fonte:** Autora.

Os critérios de exclusão à participação no estudo referente aos indivíduos em processo de reabilitação relacionaram-se às condições cognitivas ou lesões cerebrais associadas, que foram analisadas através do Mini-exame do Estado Mental (BRUCKI, 2003; MELO; BARBOSA, 2015), sendo excluídos os sujeitos que possuísem *score* inferior a 19 (Anexo 1). Os critérios de exclusão, referentes aos enfermeiros de reabilitação, consistiram no tempo de exercício profissional no CER menor que seis meses ou afastamento do trabalho por férias, licença maternidade ou doença durante o processo de coleta de dados.

A forma de captação da amostragem foi diferente entre os dois grupos, levando em consideração que a população composta por pessoas em reabilitação compreende uma amostra não-causal, ou seja, não se conhece a probabilidade de um elemento da população, por isso, o método para captação dessa população foi o de Amostragem por Conveniência (MAROTTI et al., 2008). Já no caso dos enfermeiros reabilitadores, foi possível abordar todos os sujeitos elegíveis e, por isso, o método para captação dessa

população foi o de Amostragem por Exaustão (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Porém, mesmo diante às diversidades de amostragem, ambas as populações foram convidadas, intencionalmente, através de encontro presencial do pesquisador em cada um dos cinco centros de reabilitação, onde, a partir da receptividade e interesse em participar do estudo, o agente investigado foi apresentado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponíveis nos Apêndices 2 e 3 deste trabalho, iniciando-se o processo de entrevistas (Apêndices 4 e 5) em local e horário de preferência do mesmo.

A amostragem do estudo foi composta por dois grupos, os quais serão melhor descritos no subitem da coleta de dados. Este processo de delineamento da obtenção de informações dos sujeitos de pesquisa terá finitude com base na saturação de dados. É lógico que não existe, *a priori*, definido um ponto de saturação, permanecendo a incessante busca pelos aprofundamentos da diversidade do processo estudado. Mas é necessário prevalecer que, mesmo que provisoriamente, o pesquisador encontrou a lógica interna do seu fenômeno de estudo, em todas suas conexões e interconexões (MINAYO, 2017).

## 6.5 COLETA DE DADOS

Primordialmente e anterior ao processo de coleta de dados, os cinco CER de Santa Catarina, envolvendo os municípios de Florianópolis, Criciúma, Lages, Itajaí e Blumenau, foram contatados via telefone ou e-mail e apresentados à proposta de pesquisa deste trabalho. A visita da pesquisadora nos CER contribuiu para retirar dúvidas acerca do processo de coleta de dados, metodologia e compreensão do estudo.

As visitas para apresentação do projeto de pesquisa foram agendadas individualmente, conforme a disponibilidade e necessidade de cada CER entre os meses de setembro e novembro de 2018. Nestes encontros, a pesquisadora reuniu-se com gerências, comitês de pesquisa e enfermeiros de cada CER, potencializando a aproximação dos mesmos sobre a proposta de estudo.

Após a concordância de permissão para o desenvolvimento da pesquisa nos cenários de estudo (Anexos 2 - 6), o projeto foi submetido a uma banca qualificadora do projeto no dia 29 de outubro de 2018 e, após correções, foi enviado à Comissão de Ética

em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil. A aprovação ética da pesquisa foi recebida no dia 19 de dezembro de 2018, sob o CAAE 02022918.5.0000.0121 e Parecer nº 3.094.742, sendo, então, informado aos CERs envolvidos sobre a permissão ética para o desenvolvimento da pesquisa e início da coleta de dados.

A pesquisadora entrou em contato, individualmente, com cada enfermeiro responsável para organizar o cronograma de coleta de dados, conforme a disponibilidade de cada campo. Por preferência de cada CER, as visitas da pesquisadora foram agendadas entre os meses de janeiro e março de 2019. O tempo de permanência da investigadora variou em cada CER, dependendo de questões financeiras, distância em quilômetros e disponibilidade da equipe. Esse tempo variou de três a cinco dias consecutivos em cada local. Durante esse tempo, a pesquisadora permaneceu disponível à equipe por todo horário de funcionamento.

O processo de coleta de dados foi construído em quatro momentos que ocorreram concomitantemente, porém foram descritos separados para facilitar o entendimento dos leitores. O primeiro foi de reconhecimento do cenário em estudo e sensibilização do grupo sobre a temática do trabalho. Esse processo de reconhecimento do campo de pesquisa e rotina de cada equipe potencializou o ingresso da pesquisadora no cenário de estudo, promovendo a ambientalização espacial e organizacional. Nesse momento a pesquisadora utilizou a técnica da observação e Notas de Observação (NO) para coletar dados do cenário e população, obtendo ao final, aproximadamente, 140 horas de registro de dados.

O segundo momento envolveu o desenvolvimento das entrevistas individuais com pessoas em reabilitação e enfermeiros lotados nos centros especializados de reabilitação, objetivando apreender os problemas e possíveis transformações através de um roteiro semi-estruturado de entrevista. Esse roteiro foi desenvolvido por um grupo de experts e validado por uma pessoa em reabilitação e um enfermeiro, que não foram contabilizados na amostragem do estudo, consistindo em entrevistas-piloto para validar o conteúdo da entrevista.

Nessa etapa da coleta de dados, a amostragem total de pessoas em reabilitação convidados a participar do estudo compreendeu 14 sujeitos, porém um participante não possuiu elegibilidade por apresentar *score* inferior a 19 e, por isso, foi excluído do estudo. Após estarem cientes do TCLE (Apêndice 2), os 13 participantes preencheram

formalmente o contrato de pesquisa e iniciou-se a entrevista individual, através de um roteiro semi-estruturado (Apêndice 4), visando compreender qual a percepção do cuidado de enfermagem de reabilitação para essas pessoas. As entrevistas tiveram tempo médio de duração de 32 minutos.

Da mesma forma, foram realizadas as entrevistas com os enfermeiros de reabilitação, totalizando uma amostragem de 19 enfermeiros convidados a participar do estudo. Porém, dois profissionais foram excluídos do estudo pelos critérios de desinteresse em participar e afastamento do trabalho, durante o período de coleta de dados. Diante disso, o total da amostragem incluída no estudo foi de 17 participantes, os quais, após terem ciência dos TCLE (Apêndice 3), foram submetidos a uma entrevista, individual, através de um roteiro semi-estruturado (Apêndice 5), visando compreender qual a percepção do cuidado de enfermagem de reabilitação para esses profissionais. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 43 minutos.

As 30 entrevistas que compuseram a amostragem total do estudo foram gravadas por meio de dispositivos eletrônicos de áudio, com finalidade de não perder nenhuma informação relevante do estudo, bem como para posterior transcrição literal das narrativas das pessoas. Os dados obtidos nas entrevistas foram devolvidos aos participantes e validados quanto ao conteúdo dos mesmos, podendo, nesse momento, ter ocorrido alterações caso fosse interesse do participante. O tempo total das entrevistas coletadas e transcritas, entre pessoas em reabilitação e enfermeiros, foi de 16 horas e 40 minutos. Vale ressaltar que, durante o segundo momento, a pesquisadora realizou, concomitantemente, a coleta, a transcrição e a análise dos dados obtidos sob a ótica do referencial teórico, filosófico e metodológico do estudo.

Assim, as informações emergentes deram subsídios para o terceiro momento da coleta de dados, o qual consistiu em desenvolver um grupo focal formado por enfermeiros de reabilitação, visando à consolidar achados acerca do contexto da reabilitação, os desafios e potencialidades dessa especialidade na ótica dos enfermeiros de reabilitação. Para esse diálogo, foi desenvolvido um roteiro não-estruturado (Apêndice 6) com questões disparadoras e flexíveis, que impulsionaram as reflexões do grupo. Apenas cinco enfermeiros puderam comparecer ao grupo focal. Esse número reduzido de participantes deve-se ao fato de que as instituições não liberaram os profissionais para a dada atividade. O grupo focal foi realizado no dia 22 de fevereiro de

2019, às nove horas da manhã, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sala 402 do bloco I do Departamento de Enfermagem. A discussão teve duração de duas horas, foi gravada, transcrita e fundou mais uma técnica de coletas para validar o conteúdo e metodologia do estudo.

O quarto, e último, momento envolveu a ação priorizada pelos participantes como problema ou necessidade que deveria ser trabalhada em coletividade, buscando transformações na prática de reabilitação. Dessa forma, foi desenvolvido um evento, intitulado “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina”, em nível estadual, convidando todos os profissionais da equipe multiprofissional, comunidade e universidades vinculadas para refletir sobre o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina.

Este evento ocorreu nos dias 16 e 17 de maio de 2019, das oito às 18 horas, no auditório da pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, durante a comemoração da semana da enfermagem. A divulgação ocorreu pela mídia digital, através dos participantes do estudo para que os mesmos pudessem agir como multiplicadores do reconhecimento, proporcionando maior visibilidade ao evento. O seminário foi completamente gratuito com inscrições antecipadas via contato de e-mail ou presencialmente no dia do evento.

Refletindo a boa divulgação e magnitude da temática, 157 pessoas se inscreveram no evento, compreendendo profissionais, tecnólogos, pós-graduandos, docentes e graduandos de diversas cidades do estado, agregando vozes para a construção do cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório. A programação do encontro foi construída coletivamente, contemplando as queixas dos participantes, observações e NO. Diante desses dados, apresenta-se a seguir, o flyer de divulgação geral do evento na figura 5, bem como encontra-se no Anexo 7 as programações previstas para os dois dias de evento. Vale ressaltar que todas as mesas-redondas ou palestras previstas no evento emergem das falas dos participantes, consistindo na ação-reflexão-ação de todo estudo.



**Figura 5:** Flyer de divulgação da Semana da Enfermagem intitulada “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina” nos dias 16 e 17 de maio de 2019.

**Fonte:** Autora.

Adentrando o conteúdo do seminário, foram realizadas quatro mesas-redondas, as quais foram desenvolvidas questões disparadoras referentes à cada temática, para que o mediador pudesse impulsionar o debate. A primeira mesa-redonda debateu sobre os desafios e potencialidades do reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina (Apêndice 7), a segunda mesa-redonda abordou as distâncias e aproximações de órgãos de referência para enfermagem no estado como o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina e a Associação Brasileira de Enfermagem (Apêndice 8) e a terceira mesa-redonda atribuiu valor às questões do trabalho multiprofissional e transdisciplinar no contexto da reabilitação (Apêndice 9). Além das mesas-redondas, houve uma oficina para o compartilhamento de ações de inclusão, na ótica da diversidade, dentro do campus universitário e 11 palestras multiprofissionais que abordaram a cuidados vesico-intestinais, cuidado com a pele e ações de cada categoria profissional no contexto da reabilitação (Anexo 7).

Durante todo processo de oficinas coletivas e entrevistas individuais, a temática do cuidado de enfermagem especializado em reabilitação foi analisada sob a ótica do processo emancipatório, considerando uma perspectiva construtivista, reflexiva, crítica

e filosófica deste cuidado. Diante disso, a fundamentação teórico-filosófica da Teoria do Reconhecimento e do Princípio da Esperança possibilitou a captação da essência do cuidado de enfermagem de reabilitação, fundado na perspectiva da pessoa em processo de reabilitação e do enfermeiro reabilitador.

Concluindo, o processo de coleta de dados descrito no corpo do método do estudo pode parecer complexo ou densamente descritivo. Por isso, foi desenvolvido um fluxograma, apresentado na Figura 6, para apresentar a sequência do processo de coleta, descrevendo cada etapa e sua função. A coleta de dados teve seu início em dezembro de 2018 e fim em maio de 2019, contabilizando aproximadamente cinco meses de coleta de dados distribuídos em quatro etapas.



**Figura 6:** Fluxograma descritivo dos momentos da coleta de dados.

**Fonte:** Autora.

## 6.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A obra de Laurence Bardin, intitulada “Análise de Conteúdo”, foi escolhida para referenciar os olhares deste estudo sobre a organização e análise de dados. Essa decisão advém do caráter consistente do rigor metodológico, propiciando uma compreensão

aprofundada do método e dos dados originados, a fim de produzir sentidos e significados na diversidade de amostragem presentes (BARDIN, 2011).

A análise das informações ocorreu concomitantemente à coleta de dados e teve sequência até o término da construção dos resultados. Nesse sentido, a análise centrou-se na percepção de cuidado de enfermagem de reabilitação, na perspectiva dos participantes, buscando encontrar o sentido intencional contido nos dados descritivos, bem como, envolver um processo de elaboração de generalizações a partir de observações específicas. Isto significa dizer que, na análise de conteúdo da pesquisa qualitativa, o investigador procura temas, expressões, opiniões e percepções recorrentes nos dados disponíveis, assim como variações dos mesmos (CÂMARA, 2013).

Essa escolha busca facilitar a organização dos dados, visando alcançar os objetivos da análise por meio de unidades de registro e de contexto. Compreende-se a unidade de registro como a significação fundamentada no conteúdo das falas dos participantes, podendo possuir natureza e dimensões muito variáveis, desde uma palavra ou um grupo de palavras, uma frase, ou um grupo de frases. A unidade de contexto, por sua vez, funciona como a compreensão codificadora da unidade de registro, ou seja, corresponde ao segmento da mensagem que compreende a significação exata da unidade de registro (BARDIN, 2011).

Os dados qualitativos que emergiram do estudo possuem personalidade abrangente, compreendendo uma ampla gama de informações ricas e densas em significados polissêmicos. Por isso, a codificação dos dados compilou e transformou em unidades, buscando permitir uma leitura das principais características do texto. Através disso, é possível uma operação de decomposição em unidades de sentido das transcrições “verbatim” ou das notas extensivas, formando unidades de significação que determinam o contexto e significação do fenômeno explorado (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A complexidade desse tipo de conhecimento analítico está na compreensão das inferências advindas dos temas ou palavras, e não na frequência da sua aparição, em cada comunicação individual. Por isso, para facilitar o entendimento do processo de análise do estudo qualitativo, pode-se definir em quatro fases: a) Organização da análise; b) Codificação; c) Categorização; d) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados (URQUIZA; MARQUES, 2016).

A fase da organização da análise envolve o manejo do material coletado, visando utilidade e sistematização de ideias, através de uma leitura flutuante que possibilita o conhecimento e familiaridade com o material. A partir disso, são escolhidos os documentos que compõem o *corpus* da análise de conteúdo, exigindo que nenhum documento possa ser deixado de fora, bem como a seleção dos documentos deve ter o mesmo tema para que permita a comparação e, também, a cobrança que os documentos devem guardar correlação com os objetivos da análise (SILVA; FOSSÁ, 2015).

A fase da organização da análise fomenta a formulação de objetivos, que servirão de alicerces para as leituras dos documentos, construindo os elementos de marcação para extrair das comunicações a essência de sua mensagem. Nesse sentido, vem a elaboração de unidades comparáveis de categorização para análise temática e de algumas das modalidades de codificação para o registro dos dados, possibilitando transformar o material por padronização e por equivalência (URQUIZA; MARQUES, 2016).

A partir dos elementos do *corpus* do texto, o material é descrito analiticamente e submetido ao estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, visando à elaboração de códigos que, posteriormente, são classificados pelos elementos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo a analogia, gerando as categorias que reúnem um grupo de unidades de registro por elementos comuns, no sentido de propiciar a realização da inferência. Esse processo de codificação transforma os dados brutos do texto em uma representação do conteúdo do *corpus*, obtendo as características das mensagens que podem ser escritas ou verbais (BARDIN, 2011).

Através disso é possível realizar a identificação das unidades de registro, a categorização e a contagem frequencial (enumeração). Esta ação capta os sentidos das comunicações e codifica os segmentos de conteúdo que se mostrem como unidade base. Também permite identificar as unidades de contexto nos documentos, objetivando a individualização da unidade de compreensão, como facilitadora, na codificação das unidades de registro de um segmento de uma mensagem estudada (CÂMARA, 2013).

Após a elaboração dos sintagmas, isto é, a reunião do material e o preparado por meio da edição e recortes dos textos, ocorre a condensação e a representação simplificada dos dados brutos com base nos critérios de categorização: a) semântico: considera as categorias temáticas; b) sintático: envolve os verbos e os adjetivos; c)

léxico: classifica as palavras, segundo o seu sentido e sinônimos; d) expressivo: classifica as diversas perturbações da linguagem (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A categorização é realizada em função dos objetivos do estudo e do caráter exploratório da análise, recorrendo a categorias emergentes. O sistema de categorias foi construído através dos resultados das associações e agregações das unidades de análise. Nesta perspectiva, as categorias são consideradas de natureza empírica e fomentadoras dos resultados. Esse processo ocorre em duas etapas: a) inventário: isola os elementos; b) classificação: repartir os elementos para condensar uma representação simplificada dos dados (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na construção dessa pesquisa a análise ocorreu sequencialmente sob as diretrizes de Bardin, pautando-se na fundamentação teórico-metodológica. Nesse processo foram coletadas um total de 30 entrevistas individuais, uma entrevista coletiva, notas de observação de todo processo e transcrições dos debates de mesas-redondas da ação transformadora final. Esses dados foram transcritos literalmente, realizando uma leitura flutuante que possibilitou a construção de 37 unidades comparáveis de categorização, as quais copuseram o *corpus* do material. Em seguida, essas unidades foram reunidas por elementos comuns, no sentido de propiciar a realização da inferência, gerando um total de 12 categorias que envolveram as inferências e associações concretas e totalitárias do fenômeno.

## 6.7 ASPECTOS ÉTICOS DE PESQUISA

A pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado “Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório”, coordenado pela Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller, em parceria com pesquisadores do grupo (Re)Habilitar do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. No caso específico desta dissertação, trata-se de um subprojeto do tipo qualitativo, cujo foco foi construir o cuidado de enfermagem como processo emancipatório.

Esse projeto foi submetido na Plataforma Brasil e aprovado pela Comissão de Ética Pública (CEP), (Anexo 8), conforme CAEE nº 02022918.5.0000.0121 e Parecer nº3.094.742, observando-se as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), para análise e liberação à realização da pesquisa. A

coleta de dados teve início somente após a liberação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFSC. Vale ressaltar que houve a concordância dos cinco centros de reabilitação para a coleta de dados nos cenários (Anexos 2-6).

Os aspectos éticos do estudo foram preservados e respeitados, seguindo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que inclui sobre diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos. A resolução traz termos e condições a serem seguidos e trata do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de inter-relação que visa à proteção dos participantes de pesquisa.

Este estudo segue essa resolução, incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. Além disso, o estudo busca o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Dessa forma, a pesquisa procura o assentimento livre e esclarecido através de um termo de anuência do participante, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, buscando, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

O estudo assegurou o anonimato e confidencialidade das identidades dos participantes, através da identificação dos sujeitos pela nomeação de uma “flor” escolhida pessoal e individualmente. A partir desse “jardim de dados”, os participantes foram apresentados e preservados no sentido ético e científico pelo estudo.

## 7. RESULTADOS

Seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados deste estudo estão apresentados na forma de quatro manuscritos.

O primeiro manuscrito apresentado foi intitulado “Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança”, e tendo o objetivo de refletir sobre o cuidado de enfermagem de reabilitação sob a ótica da Teoria do Reconhecimento e do Princípio da Esperança.

O segundo manuscrito tem o título “Percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem”, objetivando compreender a percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem.

O terceiro manuscrito intitula-se “(Re)Conhecendo o cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório”, e tendo como objetivo construir a reflexão do cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório.

O quarto manuscrito intitula-se “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina: um relato de experiência”, e possuiu como finalidade descrever a ação transformadora realizada durante a 80ª Semana Brasileira de Enfermagem de 2019.

## 7.1 IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS INVESTIGADOS

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GÊNERO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
ORQUÍDEA	30	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
CRAVO	55	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
ROSA	38	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
JASMIM	44	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
AZELÉIA	36	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
MARGARIDA	28	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
TULIPA	48	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
HIBISCO	24	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
CAPUCHINHA	52	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
HORTÊNSIA	33	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
LAVANDA	31	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
CRISÂNTEMO	46	FEMININO	CER/BLUMENAU
BEGÔNIA	39	FEMININO	CER/BLUMENAU
AMOR-PERFEITO	46	FEMININO	CER/LAGES
NARCISO	41	MASCULINO	CER/ITAJAÍ
LÍRIO	51	FEMININO	CER/CRICIÚMA
CALÊNDULA	37	FEMININO	CER/CRICIÚMA

**Quadro 4:** Descrição dos enfermeiros de reabilitação investigados no estudo.

**Fonte:** Autora.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GÊNERO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
GIRASSOL	61	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
LÓTUS	22	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
AMARÍLIS	59	FEMININO	CER/BLUMENAU
ANTÚRIO	41	FEMININO	CER/BLUMENAU
GERÂNIO	71	MASCULINO	CER/BLUMENAU
LISIANTO	28	MASCULINO	CER/BLUMENAU
CAMÉLIA	53	FEMININO	CER/LAGES
PERPÉTUA	61	MASCULINO	CER/LAGES
AGAPANTO	56	MASCULINO	CER/LAGES
ÍRIS	62	FEMININO	CER/LAGES
GARDÊNIA	49	FEMININO	CER/LAGES
DÁLIA	47	FEMININO	CER/ITAJAÍ
BROMÉLIA	56	FEMININO	CER/CRICIÚMA

**Quadro 5:** Descrição das pessoas em reabilitação investigadas no estudo.

**Fonte:** Autora.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GÊNERO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
BOCA-DE-LEÃO	58	FEMININO	UFSC
BOTÃO-DE-OURO	44	FEMININO	UFSC
COPO-DE-LEITE	48	FEMININO	UFSC
CRAVINA	55	FEMININO	CCR/ FLORIANÓPOLIS
PINHA	34	MASCULINO	CER/LAGES
CINERÁRIA	37	FEMININO	NASF/FLORIANÓPOLIS
PEÔNIA	56	FEMININO	SES/SANTA CATARINA

**Quadro 6:** Descrição dos componentes das mesas-redondas investigados no estudo.

**Fonte:** Autora.

7.2 MANUSCRITO I – Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança

**Refletindo sobre o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança**  
**Reflecting on rehabilitation nursing care: Theory of Recognition passing through Principle of Hope**  
**Reflejando sobre el cuidado de enfermería de rehabilitación: Teoría del Reconocimiento atravesada por el Principio de la Esperanza**

Milena Amorim Zuchetto

Soraia Dornelles Schoeller

Luiz Gustavo da Cunha de Souza

**Resumo:** Estudo de reflexão, com base teórica e filosófica fundada na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth atravessada pelo Princípio da Esperança de Ernst Bloch, visando elucidar as potencialidades teórico-metodológicas desses referenciais para as futuras pesquisas em saúde, enfermagem e enfermagem de reabilitação. Resultados: O estudo evidenciou as principais características de cada eixo teórico-filosófico, permeando, separadamente, as definições relevantes para compreender suas implicações na realidade concreta do viver. Apresentaram-se, em formato de reflexão, os atravessamentos filosóficos entre ambas as perspectivas filosóficas, permitindo compreender as contradições do respeito, da confiança, da estima social e do otimismo realista. Por fim, refletiram-se as implicações dessas teorias na prática da enfermagem, saúde e reabilitação, voltando-se para o objeto de cuidado, os desafios profissionais e problematizando os horizontes da enfermagem de reabilitação no contexto global de saúde. Conclusão: O cuidado de enfermagem de reabilitação é permeado por influências teórico-filosóficas pouco descritas na literatura. Visando questionar criticamente este processo especializado de cuidado e refletir sobre possíveis repercussões na maneira de pensar e exercer o cuidado, agruparam-se a Teoria do Reconhecimento e o Princípio da Esperança no propósito de construir um cuidado de enfermagem de reabilitação, onde o enfermeiro prima pela confiança, pelo respeito e estima mútua, exercendo o papel de agenciador de expectativas esperançosas e realísticas.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Pesquisa de Reabilitação; Filosofia; Filosofia em Enfermagem.

**Abstract:** A theoretical and philosophical reflection study based on Axel Honneth's Theory of Recognition traversed by Ernst Bloch's Principle of Hope, aiming at elucidating the theoretical-methodological potentialities of these references for future research in health, nursing and rehabilitation nursing. Results: The study showed the main characteristics of each theoretical-philosophical axis, permeating, separately, the relevant definitions to understand its implications in the concrete reality of living. The

philosophical breakthroughs between the two philosophical perspectives were presented in a reflection format, allowing us to understand the contradictions of respect, trust, social esteem and realistic optimism. Finally, the implications of these theories on nursing practice, health and rehabilitation were reflected, turning to the object of care, professional challenges and problematizing the horizons of rehabilitation nursing in the global context of health. Conclusion: Nursing rehabilitation care is permeated by theoretical and philosophical influences little described in the literature. Aiming at critically questioning this specialized process of care and reflecting on possible repercussions on the way of thinking and exercising care, the Theory of Recognition and the Principle of Hope were grouped together in the purpose of constructing a rehabilitative nursing care where nurses excel by trust, by respect and mutual esteem, acting as the agent of hopeful and realistic expectations.

**Keywords:** Nursing Care; Rehabilitation; Nursing in Rehabilitation; Rehabilitation Research; Philosophy; Philosophy in Nursing.

**Resumen:** Estudio de reflexión con base teórica y filosófica fundada en la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth atravesada por el Principio de la Esperanza de Ernst Bloch, con el fin de elucidar las potencialidades teórico-metodológicas de esos referenciales para las futuras investigaciones en salud, enfermería y enfermería de rehabilitación. Resultados: El estudio evidenció las principales características de cada eje teórico-filosófico, permeando, separadamente, las definiciones relevantes para comprender sus implicaciones en la realidad concreta del vivir. Se presentaron en formato de reflexión los atravesamientos filosóficos entre ambas perspectivas filosóficas, permitiendo comprender las contradicciones del respeto, de la confianza, de la estima social y del optimismo realista. Por último, se reflejaron las implicaciones de esas teorías en la práctica de la enfermería, salud y rehabilitación, volviéndose hacia el objeto de cuidado, los desafíos profesionales y problematizando los horizontes de la enfermería de rehabilitación en el contexto global de salud. Conclusión: El cuidado de enfermería de rehabilitación está impregnado de influencias teórico-filosóficas poco descritas en la literatura. Con el objetivo de cuestionar críticamente este proceso especializado de cuidado y reflexionar sobre posibles repercusiones en la manera de pensar y ejercer el cuidado, se agruparon la Teoría del Reconocimiento y el Principio de la Esperanza en el propósito de construir un cuidado de enfermería de rehabilitación donde el enfermero prima por la confianza, por el respeto y estima mutua, ejerciendo el papel de agenciador de expectativas esperanzantes y realistas.

**Descritores:** Cuidados de Enfermería; rehabilitación; Enfermería en Rehabilitación; Búsqueda de Rehabilitación; la filosofía; Filosofía en Enfermería.

## **Introdução**

Este artigo de reflexão teórica, filosófica e sociológica representa a continuidade de um investimento intelectual dos autores na compreensão do cuidado de enfermagem de reabilitação permeado de contradições, visando aprofundar os paradigmas da enfermagem na ótica da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth e do Princípio da Esperança de Ernst Bloch.

A articulação das duas perspectivas teóricas consolida a complexidade inseparável contida na natureza do cuidado, ao passo que sua personalidade integralizadora pressupõe um conhecimento profundo e singular do outro. Na atitude de cuidar, o enfermeiro age respeitando o outro em suas dimensões pessoais e coletivas, no objetivo de afirmar seu compromisso com a potencialização do sujeito em suas tomadas de decisões (RISJORD, 2013).

O processo de emancipação, originário do processo de reabilitação, transcende a natureza humana, através da autonomia e expressão da liberdade como estados de consciência experimentados pessoal e coletivamente. As transformações emancipatórias advindas do cuidado reabilitador incentivam a ação e a reflexão sobre a realidade de vida singular, desvelando criticamente a valorização das relações entre enfermeiro e indivíduo. Neste sentido, compreende-se o cuidado reabilitador e emancipador por seu caráter construtivo e processual, envolvendo a autonomia libertadora na tomada de decisão. No caso da enfermagem de reabilitação, isso ocorre após um momento de ruptura da vida, fundado na busca pela reconquista e reconstrução de personalidade (FUMAGALLI et al., 2015; HEIDEMANN et al., 2017).

A emancipação conquistada através das relações sociais consiste na verdadeira atitude de reconhecer o outro e a si com respeito, estima e confiança, por meio das experimentações vividas e construídas em espaços seguros para efetivar as escolhas. A dinamicidade emancipadora das relações sociais retrata a busca pela formação bem-sucedida da personalidade, onde a finalidade do cuidado consistiria em bem-viver do outro através da solidariedade e do respeito mútuo entre seres humanos (PEREIRA, 2016; RUBIO, 2014).

Nesse prisma, a enfermagem de reabilitação possui essencial relação com o cuidado para o esperar, à medida que assume um contato íntimo, emancipador e transformador com o outro, priorizando as necessidades pessoais e considerando-o como protagonista ativo da sua própria história. Essa inter-relação de “estar com o outro” e “fazer com ele” muda completamente a perspectiva de cuidar e, por isso, torna tão especial este processo na enfermagem (HEIDEMANN et al., 2017; CARDOSO; SADE, 2012).

A priorização da pessoa no cuidado fundamenta e enfatiza o respeito à autonomia do outro, facilitando a propulsão de ações conscientes e formadoras de

personalidade, visando à emancipação no contexto da enfermagem de reabilitação. Assim, essa reabilitação emancipadora supera a alienação conformada, promovendo ações desafiadoras, motivacionais e criativas com finalidade de oportunizar a vida e as relações de reciprocidade. Esse foco da enfermagem de reabilitação em valorizar o potencial individual, com suas particularidades, consiste na “(re)construção” contínua da identidade coletiva, crítica e responsável (HEIDEMANN et al., 2017).

Dessa forma, este artigo se desdobra através da reflexão do cuidado de enfermagem de reabilitação, sob a ótica da Teoria do Reconhecimento e do Princípio da Esperança, trazendo as potencialidades teórico-metodológicas desse referencial para pesquisas em saúde e enfermagem, bem como a reflexão profunda das concretidades e das contradições desse eixo filosófico no cuidado em enfermagem de reabilitação.

### **Método**

Trata-se de um estudo de reflexão, o qual se fundamentou em duas bases teóricas, sendo o viés sociológico fundado na Teoria do Reconhecimento e o viés filosófico alicerçado no Princípio da Esperança, além das reflexões das autoras a respeito do assunto abordado. Buscou-se discutir estudos no campo da enfermagem, que contemplassem a temática voltada para os cuidados de enfermagem de reabilitação. O texto foi organizado em quatro partes, apresentando como resultados os eixos intitulados “(Re)conhecendo a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth”, “Esperançar e o Princípio da Esperança de Ernst Bloch”, assim como discutiu as dimensões do processo nomeadas “A Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança” e “Possibilidades teóricas de pesquisa em saúde, enfermagem e enfermagem de reabilitação”.

### **Resultados**

#### **(Re)conhecendo a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth**

Axel Honneth é professor de filosofia pela Universidade de Frankfurt, na Alemanha, país este onde nasceu em 1949. Seus trabalhos possuem enfoque na filosofia social-política e moral, especialmente as relações de poder, reconhecimento e respeito. Um de seus principais argumentos é a prioridade das relações intersubjetivas de reconhecimento na compreensão das relações sociais. Isso inclui o não reconhecimento e o reconhecimento errôneo como base de conflitos sociais e

interpessoais. Suas elucidaciones filosóficas possuem fundamentação em Hegel e origem psicossocial em Mead, visando frutificar a compreensão de reconhecimento, enquanto reflexão acerca das relações entre as pessoas (HONNETH, 2003).

Esse Teórico procura explicar a dinâmica das transformações e conflitos sociais, a partir da injustiça conflituosa na sociedade concreta. Porém, essa luta é contra-argumentada através de três eixos centrais: o amor, o direito e a solidariedade. Isso elimina a centralidade das relações na desigualdade econômica, passando a compreendê-la como processo experiencial da formação de identidade pelas relações intersubjetivas (HARTMANN; HONNETH, 2006).

Essas formas do reconhecimento constituem dispositivos de proteção intersubjetivos, que asseguram a liberdade humana de maneira íntima, digna, respeitosa e pública para a formação de uma personalidade com estima social. O processo de ação libertadora depende da articulação espontânea de metas individuais, baseadas na história de vida singular. Esta liberdade, fruto do reconhecimento, é a real auto-realização humana, englobando o direito civil e da decisão de maneira igualitária na sociedade (HONNETH, 2003).

Isso posto, o sujeito apenas compreende a si próprio, através da realização objetiva de suas pretensões intersubjetivas, ou seja, o sujeito se reconhece como reconhecido, a partir da relação com o outro, apontando suas habilidades e qualidades, gerando a reconciliação e formação de uma identidade distinta e particular (HARTMANN; HONNETH, 2006).

O primeiro eixo do reconhecimento, o amor, tem início nas relações íntimas e de confiança, promovendo a aceitação e participação de um membro em sua comunidade, a partir do reconhecimento recíproco de autoconhecimento generalizada de si. É a partir deste processo relacional primário, que surge a autoconfiança mútua, impulsionando a libertação para a independência de si e do outro (SANTOS, 2018).

O segundo eixo do reconhecimento, o direito, envolve a compreensão de igualdade, respeito e dignidade. Este nível de reconhecimento assume que a pessoa possui a capacidade de decidir racionalmente sobre questões morais, legitimando a imputabilidade moral e o acordo de legitimidade racional entre pessoas em situação de igualdade. É através deste processo de direito, que se permite formar na pessoa a

consciência de ser capaz de respeitar a si mesmo, porque merece o respeito dos outros (RENAULT, 2018).

O último eixo do reconhecimento, denominado solidariedade, refere-se às capacidades individualmente públicas de estima ou status sócio-cultural, que valorizam as diferentes propriedades privadas. A apreciação social acontece por meio de transformações culturais e mudanças dos parâmetros de avaliação coletiva, visando compreender os indivíduos por suas realizações e habilidades individuais (VITORINO; SILVA, 2017).

### **Esperançar e o Princípio da Esperança de Ernst Bloch**

Ernst Bloch foi um filósofo marxista alemão, nascido em 1885, influenciado principalmente pelas inquietações de Hegel e Marx. Sua obra intitulada “O Princípio da Esperança” foi escrita durante sua emigração nos Estados Unidos, onde viveu brevemente em *New Hampshire* antes de se estabelecer em *Cambridge, Massachusetts*. Ele escreveu três volumes desta obra, visando fornecer uma descrição enciclopédica da orientação da humanidade e da natureza para um futuro social tecnologicamente melhorado, de fundamento dialético e esperançoso, compreendendo que o paralelismo da criação humana envolve questões sociais, subjetivas, plurais, concretas, objetivas e coletivas (BLOCH, 2006).

Este eixo dialético da esperança visa discutir a ruptura da satisfação intelectual, propondo criticamente uma reflexão criativa, dinâmica e interpretativa das transformações dialéticas do mundo, promovendo uma experiência concreta do princípio da esperança em sua totalidade. Nesse sentido, a esperança é vista pelo filósofo como uma angústia antecipadora, ou ainda, como um trampolim para a consciência humana de caráter temporal e sustentável (OTTAVIANI et al., 2014).

O caráter antecipador da esperança tem o objetivo de ampliar e clarificar os horizontes futuros, representado por um apetite de ânimo que surge em meio aos desafios da vida, compreendendo o processo de atualização constante e insaciável da realidade futura. Este olhar para o futuro representa o “sonhar acordado”, ao passo que não se desvia da perspectiva do real, articulando-se como um processo dialético de esperançar através da construção conturbada de contradições inquietas do presente (OLIVEIRA et al., 2018).

A partir de uma leitura profunda da obra de Ernst Bloch, percebe-se que a esperança se expressa no presente como um inconformismo otimista, autêntico, possível e passível de acontecer. As palavras emergentes da literatura mostram que o esperar é um senso crítico impulsionado pela angústia vacilante, que implica na aventura da curiosidade de alcançar algo desejado. Nesta ótica, a esperança é a sensação impaciente e modificadora da própria realidade com base na história humana (BLOCH, 2006).

Além da personalidade ímpar da esperança, deve-se compreender que a mesma é constituída de relações humanas, ao passo que, “sem a força de um eu ou nós por detrás, até mesmo o ato de ter esperança se torna insípido”. Neste sentido, a esperança possui conteúdo individual e coletivo advindo dos processos relacionais, construtivos, inquietos e antecipadores, que negam o conformismo e impulsionam como uma mola a luta libertadora da humanidade (SOUNDY et al., 2014).

Enfim, a dialética histórica e material, circulante no conceito de esperança, mostra-se possível-vencível e transcendente ao horizonte da práxis, ao passo que conduz à compreensão do mundo estimulante, tendencialmente, concreto. Esse processo implica e é implicado por múltiplas concepções, que tangenciam o conceito de esperança, podendo agir como agente impulsionador ou limitador desse fenômeno (VAN LIT; KAYE, 2014).

### **Discussão Reflexiva**

#### **A Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança**

Para explicar os atravessamentos destas duas perspectivas filosóficas, é necessário esmiuçar as contradições de ambas para, então, perceber onde há encontro ou desencontro de uma na outra. Exatamente na busca pelo relacionamento recíproco de respeito, confiança e estima, existem os conflitos intersubjetivos que constroem e reconstroem os sujeitos.

O amor é atravessado pela esperança, ao passo que nas relações vinculantes de confiança é possível revolucionar a experiência recíproca e intersubjetiva partilhada. O amor esperançoso promove o “reconhecer-se a si no outro”, no mesmo tempo que frutifica as elaborações de identidade com segurança, expressando-se na práxis como uma medida indispensável de autoconfiança.

Porém, em meio à incessante contradição dos conflitos interpessoais fortalecidos pela inércia pessimista da conformação e não-reconhecimento do coletivo, tanto a confiança quanto a esperança são enfraquecidas. Fecunda desse momento de insegurança uma provocação inquieta para que o sujeito ultrapasse essa concepção de desrespeito e potencialize a própria compreensão de construção de relações permeadas por conflitos. Essa nova significação atribui a mutabilidade à elaboração de personalidade, identidade, intersubjetividade e autonomia pessoal ou coletiva.

Em continuidade ao processo de experiência social, o direito configura a noção universal da possibilidade de liberdade mútua e recíproca. Nessa luta pela dignidade humana, o direito desenvolve a personalidade de respeito e de valor, contraditas pela concepção particularizadora e desigual da sociedade. A esperança surge como a valorização da historicidade, moralidade e singularidade, compreendendo a liberdade como essência humana, fortalecendo os horizontes jurídicos da coletividade.

Ao final do processo de reconhecimento, e configurando o *devoir*, a solidariedade compreende a exposição pública da personalidade jurídica íntima assumida pelo sujeito. Porém, numa sociedade onde o diferente é desrespeitado a cada esquina, a estima social assimétrica provoca conflitos fragmentados e enfraquecidos. Essa violência pública implica no menosprezo de valor e de afeto, em meio à diversidade de viver os processos de reconstruções e ressignificações. O *devoir* da esperança solidária transcende essa fragmentação social através da noção de diversidade, compreendendo todos como diferentes e, por isso, unificando a todos como um. O respeito esperançoso pela estima reconhece a valorização pública e social do reconhecimento, influenciando diretamente para relações recíprocas e mútuas.

Esse conteúdo da esperança atravessa o reconhecimento, trazendo à tona a temporalidade e a antecipação otimista. Dessa forma, o desrespeito passa a ser entendido como um fenômeno processual e relacional que constitui o reconhecimento, bem como, na angústia do conflito social, elabora-se a identidade social. Diante disso, é necessário dizer que o medo do futuro impreciso e incerto corrobora o caráter insaciável e inconformado da esperança, constituindo um movimento necessário para a transformação criativa do reconhecimento.

Dessa forma, a esperança e o reconhecimento parecem possuir cruzamentos no que diz respeito ao processo construtivo e relacional, envolvendo vieses contraditórios

que complementam uma ao outro. Esse encontro das filosofias decorre da premissa que, através de experiências negativas de desrespeito e angústia, torna-se possível insultar o padrão normativo de sociedade e caminhar em direção às relações dignas e emancipadoras.

Ambas perspectivas caminham para a dignidade integral, que possibilite o exercício da intersubjetividade cognitiva e emancipação. Neste sentido, os encontros e desencontros da Teoria do Reconhecimento e do Princípio da Esperança emergem da concepção da experiência de desrespeito pessoal, com força motriz no processo de desenvolvimento social e construção da intersubjetividade.

Essa relação de vulnerabilidade e integridade dos seres humanos aponta que tanto a esperança quanto o reconhecimento precipitam da interdependência social, cultural e moral, que se constroem individual e coletivamente na prática da própria identidade. Surge, a partir disso, a necessidade de realizar a manutenção do comportamento social bem sucedido para a construção do amor, direito, solidariedade e esperança, visando capacitar o sujeito a ser parceiro nas interações sociais.

### **Possibilidades teóricas de pesquisa em saúde, enfermagem e enfermagem de reabilitação**

Considerando a compreensão dos atravessamentos filosóficos do processo de emancipação histórica e conflitante em que o bem-viver é sua maior meta, a enfermagem surge como um articulador de confiança e agenciador de esperança, através do vínculo intersubjetivo de confiança, atitudes respeitadas e valorativas, bem como intenção social participativa.

O atravessamento das duas filosofias alicerça a concepção de que o profissional de enfermagem deve reconhecer as potencialidades de fomentar esperanças realísticas, visando o reconhecimento completo e emancipatório dos sujeitos envolvidos no cuidado. Neste sentido, o processo de construção da personalidade do sujeito ocorre através da compreensão de cada ser humano como uma unidade biopsicosocial, espiritual e afetiva, determinada pela cultura, política, economia e relações interpessoais.

As ferramentas do enfermeiro para cuidar, sob a ótica da emancipação, envolvem a interpretação do viver humano como um processo relacional, onde são

internalizadas as esperanças e intersubjetividades, construídas através da interação social e historicamente determinada.

Logo, o enfermeiro exerce a sua função cuidadosa, visando à formação bem-sucedida da personalidade do sujeito cuidado e, por meio desse percurso, reconhecer-se como satisfeito com seu próprio trabalho. Neste sentido, o enfermeiro alcança a satisfação pessoal mutuamente ao sucesso da pessoa cuidada, criando uma relação de interdependência e cooperação com o sujeito nesse processo.

Diante dessa interdependência, pode-se refletir acerca das contradições existentes no processo de formação bem-sucedida da personalidade, à medida que ocorre através da promoção, prevenção ou recuperação da saúde, buscando atender às necessidades particularizadas. Porém, essa individualidade de demanda comunica-se com as necessidades coletivas, gerando um conglomerado de demandas, que precisam ser atendidas totalmente para que o enfermeiro se reconheça como satisfeito com seu trabalho.

Nesse agrupamento de necessidades, a questão emergente dessa reflexão é: seria possível o enfermeiro atender todas as necessidades de um ser humano social? A partir da reflexão pautada na Teoria do Reconhecimento atravessada pelo Princípio da Esperança, percebe-se que o profissional precisa possuir suas premissas fundadas na confiança, no respeito, na estima pública e no otimismo realístico, de maneira mútua e recíproca, para alcançar um cuidado em que ambos se reconheçam como satisfeitos.

Considerando o pano de fundo da enfermagem, a construção do processo saúde-doença é permeada por fatores que desafiam a execução de um cuidado pautado nessas premissas. Dentre esses fatores, o tempo reduzido para atendimentos, o elevado número de pessoas e o número reduzido de profissionais competentes para assistir suas necessidades. Diante dos obstáculos da profissão, o enfermeiro parece ter perdido seu foco de trabalho, dirigindo seu cuidado às demandas burocráticas e administrativas, despreocupando-se com as necessidades particulares e, conseqüentemente, fragmentando seu trabalho em políticas públicas que não se comunicam na rede de atenção à população.

Por outro lado, a enfermagem possui caráter extremamente empático, voltado para a integridade do outro e preocupado com a sua construção natural e social. Prova

disso é o trabalho do enfermeiro de reabilitação, focando em ir além da construção vivencial normativa, isto é, objetiva reconstruir as questões influenciadoras da formação bem-sucedida do sujeito na ótica da reinserção desse sujeito na sua rede social, pautando-se nas necessidades individuais e intenções pessoais. Essa perspectiva de cuidado unificado e fundamentado em metas pessoais expõe a característica criativa e propulsora de metas em que essa especialidade é fundada.

Essa especialidade do campo da enfermagem é bastante descrita na literatura internacional, sendo que no Brasil ainda mostra-se incipiente e insuficiente, tanto na prática quanto na literatura. Paralelamente, mesmo na literatura internacional, há poucos estudos que concretizam filosoficamente a enfermagem de reabilitação, gerando uma inconsistência teórica, filosófica e sociológica, pautada na prática e no cuidado.

Nesse sentido, a reflexão filosófica acerca dos desafios profissionais dos enfermeiros reabilitadores e a problematização dos horizontes da enfermagem de reabilitação, no contexto global de saúde, tornam-se uma questão emergente nas discussões científicas, ao passo que a enfermagem de reabilitação preconiza essencialmente a autonomia e a independência do indivíduo, adequando as estratégias de promoção do autocuidado e autocontrole em uma lógica centrada na pessoa, na rede de apoio e na comunidade.

Para alcançar a emancipação, autonomia, independência e liberdade, a enfermagem de reabilitação leva em consideração as questões relacionais, biopsicossociais, esperanças e intersubjetivas do sujeito, considerando a construção social e historicamente determinada como fundamental ao cuidado recíproco pautado na confiança, respeito, estima e esperança.

A ilustração acima consolida as interlocuções e inter-relações existentes no processo emancipatório do cuidado de enfermagem de reabilitação, ao passo que todos os eixos se conversam incessantemente, extraíndo de cada premissa filosófica as múltiplas combinações e repercussões sociais. Os espaços nomeados por amor, direito, solidariedade e esperança carregam em si influências construtivistas sobre o viver em sociedade, implicando no otimismo, na confiança, no respeito e na estima, por consequência, possibilitando a emancipação. Segue abaixo, na Figura 7, a representação das interlocuções das premissas filosóficas e o cuidado de enfermagem de reabilitação.



**Figura 7:** Interloquções do cuidado de enfermagem de reabilitação com o amor, o direito, a solidariedade, a esperança, e suas repercussões no processo emancipatório.

**Fonte:** Autores.

Nesse sentido, a enfermagem de reabilitação ancorada na Teoria do Reconhecimento e atravessada pelo Princípio da Esperança consiste em uma perspectiva crítica e emancipadora da interação humana, baseada na luta incessante contra a dominação ou alienação, visando construir nas relações interpessoais um laço indissolúvel de confiança, cumprir publicamente as responsabilidades jurídicas, consolidar as relevâncias sociais e públicas do sujeito coletivo e agenciar a esperança passível e realisticamente possível.

### Conclusão

A emancipação exige autocrítica e autodeterminação, favorecendo a conquista de espaço decisório e a busca da liberdade através do fortalecimento e desenvolvimento da consciência plena. Nesse prisma, a emancipação no processo de cuidar da enfermagem de reabilitação exige senso político, democrático e compreensão da existência humana como uma experimentação individual e coletiva.

Essa análise crítica e reflexiva acerca dos atravessamentos da esperança no processo de reconhecimento expõe que o foco da enfermagem contemporânea, e em especial de reabilitação, deveria demonstrar que a esperança advém da relação entre amor e estima e que isso pode gerar um paradigma de reabilitação como criação de autonomia, ao invés de reabilitação como cura mecânica, por exemplo. Negando a ação

de protocolar os processos de trabalho e manter-se alienante no cuidar, este estudo propõe um passo fora do círculo, ousando pensar a enfermagem de reabilitação como emancipadora, possibilitando a criação de autonomia através do respeito às capacidades do outro. Pra isso, é importante, justamente, que ele sinta confiança em si (através do amor) e que seus feitos serão estimados (através da solidariedade).

Diante disso, é necessário investir na literatura científica e filosófica voltada ao cuidado de enfermagem reabilitador, objetivando a promoção do amor, direito, solidariedade, autonomia, liberdade e esperança, visando à potencialização do poder da vontade e ao crescimento pessoal através de experiências de aprendizado.

A união da Teoria do Reconhecimento com o Princípio da Esperança, no contexto da enfermagem de reabilitação, representa uma perspectiva teórico-filosófica ainda a ser descrita na prática. Porém, a sua importância releva-se com o propósito de construir um cuidado que priorize a confiança, o respeito e a estima mútua, exercendo o papel de agenciador de expectativas esperanças e realísticas.

### Referências

- BLOCH, Ernst. O Princípio Esperança. Vol. I (Tradução de Nélio Schneider), Vol II (Tradução e notas de Werner Fuschs) e Vol. III (Tradução e notas de Nélio Schneider). Rio de Janeiro: Contraponto/Ed. UERJ, 2006.
- CARDOSO, Lucas Balbino; SADE, Priscila Meyenberg Cunha. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 1, p.2-10, mar. 2012.
- FUMAGALLI, Lia Paola et al. Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*, [s.l.], v. 119, n. 3, p.384-394, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017>.
- HARTMANN, Martin; HONNETH, Axel. Paradoxes of Capitalism. *Constellations*, [s.l.], v. 13, n. 1, p.41-58, mar. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1351-0487.2006.00439.x>.
- HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>>. Acesso em 07 set. 2018.
- HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.
- PEREIRA, Jacqueline Lopes. **Direito à convivência familiar de pessoas com deficiência: reconhecimento, cuidado e emancipação pela via da família**

**solidária**. 2016. Disponível em: <<http://revistaeletronica.oabrij.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

OLIVEIRA, Letícia Maria de et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escalade Herth. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (online)**. Espírito Santo, v. 10, n. 1, p.167-172, mar. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

OTTAVIANI, Cristina et al. Cognitive, behavioral, and autonomic correlates of mind wandering and perseverative cognition in major depression. **Frontiers in neuroscience**, v. 8, p. 433, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2014.00433>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

RISJORD, Mark. Nursing and human freedom. *Nursing Philosophy*, [s.l.], v.15, n.1, p.35-45, 31 out. 2013. Wiley-Blackwell. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/nup.12026/abstract;jsessionid=8869B64B631D3A4917D680384DA7436E.f04t04>>. Acesso em: 19/07/2018.

RENAULT, Emmanuel. Qual poderia ser o papel do conceito de reconhecimento em uma teoria social da dominação? *Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade*, [s.l.], v. 23, n. 1, p.63-78, 20 jun. 2018. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2318-9800.v23i1p63-78>.

RUBIO, David Sánchez. Encantos e desencantos dos direitos humanos: de emancipações, libertações e dominações. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

SANTOS, Sérgio Baptista dos. Charles Taylor e a política do reconhecimento: Uma tentativa de resolver o dilema entre a igualdade e a diferença. In: **Ideas**. 2019.

SOUNDY, Andrew et al. Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review. *International Journal Of Therapy And Rehabilitation*, [s.l.], v. 21, n. 5, p.210-218, maio 2014. Mark Allen Group. <http://dx.doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.5.210>.

VAN LIT, Amber; KAYES, Nicola. A narrative review of hope after spinal cord injury: implications for physiotherapy. **New Zealand Journal Of Physiotherapy**, New Zealand, v. 42, n. 1, p.33-41, jan. 2014.

VITORINO, Artur José Renda; DA SILVA, Bruna Coden. O modelo intersubjetivo do si mesmo produzido socialmente: Mead, educação e luta por reconhecimento. **EDUCAÇÃO & SOCIEDADE**, v. 39, n. 142, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302017167323>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

### 7.3 MANUSCRITO II – Percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem

**Percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem**

**Perception of people in rehabilitation about nursing care**

**Percepción de personas en rehabilitación sobre el cuidado de enfermería**

Milena Amorim Zuchetto

Soraia Dornelles Schoeller

Luiz Gustavo da Cunha de Souza

**Resumo:** Introdução: É incipiente, na literatura científica, a compreensão da percepção dos sujeitos em reabilitação acerca das dimensões socioculturais que atravessam o cuidado de enfermagem. Porém, é fato que a saúde e o bem-viver da pessoa e sua família são objetivos finais do cuidado de enfermagem de reabilitação. Objetivo: Compreender a percepção de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem. Método: Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido através do método da Pesquisa-Ação calcado no materialismo-histórico e dialético. O estudo foi realizado em cinco centros especializados de reabilitação do estado de Santa Catarina, envolvendo 13 pessoas em processo de reabilitação entre os meses de janeiro e março de 2019. A coleta de dados ocorreu através de entrevista individual de roteiro semi-estruturado e notas de observação. Resultados: O estudo evidenciou uma categoria central denominada “Cuidado de enfermagem como processo de esperar para pessoas em reabilitação”, a qual abordou a trajetória emancipatória das pessoas relatadas como um caminho perpassado de medos e angústias que reduzem as esperanças. Porém, a enfermagem de reabilitação emerge com o papel de potencializar a elaboração de estratégias otimistas e realísticas para alcançar relações mútuas de respeito, confiança e estima na sociedade. Conclusão: Considerando o cuidado de enfermagem de reabilitação como uma ação facilitadora do processo de esperar, os participantes do estudo experimentaram o autocuidado como a essência final e concreta desse profissional. A enfermagem é vista como a mola otimista e esperançosa de estratégias criativas que fundam as relações sociais recíprocas e sustentam as tomadas de decisões emancipadas.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Pesquisa de Reabilitação.

**Abstract:** Introduction: It is incipient in the scientific literature to understand the perception of the subjects in rehabilitation about the socio-cultural dimensions that cross the nursing care. However, it is a fact that the health and well-being of the person and his / her family are the final objectives of rehabilitation nursing care. Objective: To understand the perception of people in rehabilitation about nursing care. Method: Study of a qualitative approach developed through the Research-Action method based on materialism-historical and dialectical. The study was carried out in five specialized rehabilitation centers in the state of Santa Catarina, involving 13 people in the process of rehabilitation between January and March 2019. Data collection was done through an

individual interview with a semi-structured script and notes of Note. Results: The study showed a central category called "Nursing care as a process of hope for people in rehabilitation", which addressed the emancipatory trajectory of people reported as a pathway of fears and anxieties that reduce hopes. However, rehabilitation nursing emerges with the role of empowering the elaboration of optimistic and realistic strategies to achieve mutual relations of respect, trust and esteem in society. Conclusion: Considering rehabilitation nursing care as a facilitator of the hope process, the study participants experienced self-care as the ultimate and concrete essence of this professional. Nursing is seen as the optimistic and hopeful spring of creative strategies that ground reciprocal social relationships and sustain emancipated decision-making.

**Keywords:** Nursing Care; Rehabilitation; Nursing in Rehabilitation; Rehabilitation Research.

**Resumen:** Introducción: Es incipiente en la literatura científica la comprensión de la percepción de los sujetos en rehabilitación acerca de las dimensiones socioculturales que atraviesan el cuidado de enfermería. Sin embargo, es cierto que la salud y el bienestar de la persona y su familia son objetivos finales del cuidado de enfermería de rehabilitación. Objetivo: Comprender la percepción de personas en rehabilitación sobre el cuidado de enfermería. Método: Estudio de abordaje cualitativo desarrollado a través del método de la Investigación-Acción calcado en el materialismo-histórico y dialéctico. El estudio fue realizado en cinco centros especializados de rehabilitación del estado de Santa Catarina, involucrando a 13 personas en proceso de rehabilitación entre los meses de enero y marzo de 2019. La recolección de datos ocurrió a través de una entrevista individual de itinerario semiestructurado y notas de "observación". Resultados: El estudio evidenció una categoría central denominada "Cuidado de enfermería como proceso de esperanzamiento para personas en rehabilitación", la cual abordó la trayectoria emancipatoria de las personas relatadas como un camino atravesado de miedos y angustias que reducen las esperanzas. Sin embargo, la enfermería de rehabilitación emerge con el papel de potenciar la elaboración de estrategias optimistas y realistas para alcanzar relaciones mutuas de respeto, confianza y estima en la sociedad. Conclusión: Considerando el cuidado de enfermería de rehabilitación como una acción facilitadora del proceso de esperanzamiento, los participantes del estudio experimentaron el autocuidado como la esencia final y concreta de ese profesional. La enfermería es vista como el resorte optimista y esperanzado de estrategias creativas que fundan las relaciones sociales recíprocas y sostienen las tomas de decisiones emancipadas.

**Descriptores:** Cuidados de Enfermería; rehabilitación; Enfermería en Rehabilitación; Búsqueda de Rehabilitación.

### **Introdução**

A pessoa, em seu processo de viver em reabilitação, defronta-se com a multiplicidade de alterações de ordem física, psicológica, espiritual, social e sexual que repercutem em dimensões de estima, autoconfiança e qualidade de vida. Além disso, a construção pública de um estigma social obstaculiza o enfrentamento desses indivíduos,

ao passo que atribui estruturas de normatividade às diversidades humanas (FERREIRA et al., 2016).

Dessa forma, as pessoas em reabilitação buscam eixos motivadores que fortaleçam os enfrentamentos na vida diária, potencializando a elaboração consciente das tomadas de decisões pessoais. A esperança surge, nesse sentido, como uma força motivacional que sustenta essa persistência no processo de reabilitação, bem como é percebida como um olhar otimista e realístico das próprias dificuldades. O processo de esperar é fomentado pela enfermagem de reabilitação, prospectando futuramente necessidades que podem ser alcançadas (DORSETT, 2010).

Os cuidados que essas pessoas requerem envolvem a compreensão do viver em reabilitação, onde a principal finalidade deve ser a potencialização da autonomia e independência do indivíduo, equacionando estratégias de promoção do autocuidado e autocontrole, numa lógica de cuidados centrados na pessoa e na família (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016). Para isso é necessário que a enfermagem assuma uma identidade emancipadora, promovendo a liberdade e justiça no cuidado às pessoas em reabilitação, considerando as contradições históricas, culturais, políticas e sociais em que essa população está implicada (BRAGA; SCHUMACHER, 2013).

As pessoas em reabilitação são compreendidas pela sua complexa intersecção entre a autonomia, a esperança, o amor, o direito e a solidariedade. A partir desta noção de justiça e de realidade, torna-se possível cuidar para o alcance da emancipação historicamente passível de reconstrução. Dessa forma, o cuidado de enfermagem é percebido pelas pessoas em reabilitação como um processo de superação de medos, visando o ato libertador de reabilitar (HONNETH, 2003).

O processo de reabilitação implica no viver em diversidade, ao passo que impacta nas ações e escolhas dessas pessoas, principalmente, referente à dificuldade em participar, social e politicamente, de atividades no meio comunitário. Por isso, urge a elaboração e prática de medidas de inclusão e reintegração a partir do cuidado de enfermagem, visando à formação bem-sucedida da personalidade (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2007). Dessa forma, este estudo busca compreender a perspectiva de pessoas em reabilitação sobre o cuidado de enfermagem, considerando esse profissional o agente promotor do bem-viver, através do agenciamento de esperança.

## Método

A pesquisa possui abordagem qualitativa, fundada no método da Pesquisa-ação calcada no materialismo-histórico e dialético. Este estudo consiste em um fragmento da Dissertação desenvolvida no processo de formação no mestrado acadêmico. A pesquisa-ação é um método que associa pesquisa à ação coletiva orientada para a resolução de problemas sociais. Essa estratégia metodológica objetiva transformar os problemas relatados pelos sujeitos estudados conjuntamente (THIOLLENT, 2001).

Esse método fortalece a estreita relação com a ação no meio social, através do problema coletivo. Neste cenário, tanto os pesquisadores quanto os participantes são envolvidos de forma cooperativa e participativa. Este caráter, metodologicamente flexível, comprova a orientação de ação emancipatória e engaja-se, sócio-politicamente, como uma linha de pesquisa de compromisso reformador e participativo (BRUSAMARELO et al.,2018).

O materialismo histórico e dialético, por sua vez, consiste no referencial metodológico deste estudo, compreendendo um olhar filosófico e atitudinal sobre a realidade das relações sociais. Esse referencial foi escolhido por compreender o campo prático-sensível das representações das coisas, ou seja, percebendo a realidade do coletivo e do singular de maneira concreta e abstraída das superficialidades (KOSIK, 2010).

Os cenários de estudo desta pesquisa são os Centros Especializados de Reabilitação (CER) do estado de Santa Catarina, localizados nas cidades de Florianópolis, Itajaí, Lages, Blumenau e Criciúma. Os participantes que compuseram a amostra da pesquisa respeitaram os critérios de inclusão, que envolviam: possuir idade superior a 18 anos e estar em processo de reabilitação em algum dos cinco CER do estado de Santa Catarina. Além disso, foi estabelecido critério de exclusão que envolvia a avaliação das condições cognitivas. Esse critério de exclusão foi analisado através do Mini-exame do Estado Menta (MEEM), onde a pessoa deveria apresentar *score* superior a 19 para participar do estudo. A amostra inicial foi de 14 sujeitos interessados no estudo, porém um dos sujeitos apresentou *score* inferior a 19 no MEEM e, por isso, foi excluído do estudo, restando a amostra total de 13 pessoas em processo de reabilitação a serem estudadas.

A coleta de dados desse estudo envolveu duas etapas: o reconhecimento do cenário em estudo e sensibilização do grupo sobre a temática do trabalho, através de técnicas de observação e Notas de Observação (NO) para coletar dados do cenário e população, obtendo ao final, aproximadamente, 140 horas dados registrados; e a obtenção de relatos dos participantes, através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas e individuais, desenvolvido por um grupo de experts e validado por uma pessoa em reabilitação, não foi contabilizado na amostragem do estudo.

O roteiro de entrevista envolve questões relacionadas aos dados sociodemográficos, história de vida, trajetória na reabilitação e experiências sobre cuidados de enfermagem. Para participar das entrevistas individuais, os participantes foram apresentados aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a leitura e concordância com os termos do estudo, as entrevistas foram realizadas. O tempo médio das entrevistas foi de 32 minutos, as quais foram gravadas por meio de dispositivos eletrônicos de áudio, bem como foram transcritas literalmente e devolvidas aos participantes para validação do conteúdo.

Os processos de coleta, transcrição e análise dos dados ocorreram concomitantemente, sob a ótica do referencial teórico-filosófico do Princípio da Esperança (BLOCH, 2006), da Teoria do Reconhecimento (HONNETH, 2003) e do materialismo-histórico e dialético (KOSIK, 2010). A análise dos dados possui fundamentação na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), envolveu quatro fases: a) Organização dos dados; b) Codificação; c) Categorização; d) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. Diante tal complexidade de execução, os critérios de qualidade são seguidos para facilitar a boa escolha de categorias. A validação da qualidade do construto ocorre por meio da homogeneidade, da pertinência, da objetividade, da fidelidade e da produtividade. Esse processo denso e exaustivo de análise de dados objetiva a interpretação dos resultados emergentes de inferências de alta confiabilidade (URQUIZA; MARQUES, 2016).

Este estudo consiste em um fragmento de um macro projeto intitulado “Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório”, realizado por pesquisadores do grupo (RE)HABILITAR do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 02022918.5.0000.0121, no dia 19 de

dezembro de 2018, com parecer nº3.094.742. Para assegurar o anonimato dos participantes, os mesmos escolheram nomes de flores para suas intitulações no estudo.

## Resultados

Entre os participantes incluídos no estudo, nove eram do gênero feminino e quatro eram do gênero masculino, com idade entre 22 e 71 anos, em processo de reabilitação em centros especializados do estado de Santa Catarina, predominantemente católicos, casados, com primeiro grau escolar completo. De forma mais elucidativa, os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Dados sóciodemográficos das pessoas em reabilitação em Centros especializados em Santa Catarina, em frequência absoluta e relativa. (n=13) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.

Variáveis		FA
<b>Gênero</b>	Feminino	9
	Masculino	4
<b>CER</b>	CCR	2
	CER - FURB	4
	CER - UNIPLAC	5
	CER- UNIVALI	1
	CER - UNESC	1
<b>Nível de Escolaridade</b>	1º grau incompleto	3
	1º grau completo	5
	2º grau	2
	Superior	3
<b>Estado civil</b>	Solteiro	2
	Casado	7
	União Estável	2
	Viúvo	1
	Separado	1
<b>Religiosidade</b>	Católico	11
	Evangélico	2

FA – Frequência Absoluta; FR - Frequência Relativa

(Fonte: Autora)

O tempo médio de diagnóstico entre os participantes foi de 31 meses, sendo que o intervalo de tempo entre a descoberta da patologia e o início da reabilitação foi, em

média, 5 meses. Os sujeitos do estudo possuíam tempos variados no processo de reabilitação, sendo que o tempo médio da amostra é de 20 dias. Conforme apresentado na Tabela 2, os participantes possuíam intervalos de tempo muito difusos. As formas de ingresso nos Centros Especializados de Reabilitação (CER) foram, predominantemente, via atenção primária da saúde, encaminhados pela equipe de estratégia de saúde da família com tempo de ingresso médio de 7 meses. Por outro lado, quatro participantes do estudo foram encaminhados diretamente do hospital para os CER, com tempo entre diagnóstico e início da reabilitação reduzido para 3 meses. Houve um caso, inclusive, que ingressou no CER 7 dias após o diagnóstico no ambiente hospitalar.

Tabela 2 – Intervalo e médias das idades, tempo de diagnóstico, tempo do diagnóstico até o início da reabilitação e tempo em reabilitação das pessoas em reabilitação nos centros especializados em Santa Catarina. (n=13) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.

	Menor tempo	Maior tempo	Média
Idade*	22*	71*	51,23
Tempo de diagnóstico#	4#	120#	31,08
Tempo entre o diagnóstico e o início da reabilitação&	7&	720&	146,31
Tempo em reabilitação nos centros#	2&	96&	19,69

\* Tempo definido em anos inteiros; #Tempo definido em meses inteiros; & Tempo definido em dias.  
(Fonte: Autora)

Sobre os diagnósticos dos participantes, sete apresentavam Acidente Vascular Encefálico (AVE) de origem isquêmica ou hemorrágica, um apresentava amputação de membro inferior direito, um apresentava tumor cerebral, um apresentava Trauma Raquimedular (TRM) em nível torácico (T4), um apresentava Síndrome de Guillain-Barré do tipo Aman, um apresentava Trauma Crânio Encefálico (TCE) e um apresentava ataxia espinocerebelar de terceiro grau. Além disso, sete pessoas encontravam-se aposentadas por invalidez, cinco continuaram trabalhando em serviços administrativos, de forma autônoma ou com fotografia, e apenas um apresentava-se desempregado.

Essas pessoas foram observadas em ambiente coletivo e entrevistadas individualmente, visando desvelar o fenômeno do cuidado de enfermagem de reabilitação

na percepção desse grupo populacional. A partir dos depoimentos e registros de NO, emergiu a seguinte categoria temática: **Cuidado de enfermagem como processo de esperar para pessoas em reabilitação.**

**Categoria: Cuidado de enfermagem como processo de esperar para pessoas em reabilitação.**

O cuidado de enfermagem de reabilitação relatado pelos participantes compõe um *continuum* de transformações e resignificações, as quais são mencionadas através do processo vivo de reabilitar e recriar possibilidades em frente aos limites biopsicossociais, espirituais e físicos da vida humana. As falas dos sujeitos foram centradas na necessidade de se ajustar às diversidades da vida para lidar mais positivamente possível com os obstáculos que obstruem a experiência de reabilitação. Esse ajustamento do processo de viver compreendeu o autocuidado, ou seja, a capacidade de autogoverno e tomada de decisão sobre atitudes e vontades de maneira singularizada, impulsionando a autonomia dessas pessoas por meio das ações reabilitadoras dos enfermeiros.

O cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório é, em verdade, interminável, ao passo que simboliza a extensa trajetória do viver em suas múltiplas facetas de significações. Porém, mesmo diante da vasta complexidade de descrever um processo perpetuativo e retroalimentado, as pessoas em reabilitação significam este movimento de forma muito simples e empírica, à medida que experimentam diferentes formas de autocuidar no cotidiano das atividades de vida. O cuidado de enfermagem implica no cotidiano das pessoas em diferentes momentos da experiência de reabilitação, possuindo conotações diversas em cada etapa do processo emancipatório, objetivando articular-se como uma mola propulsora para o bem-viver.

Os participantes da pesquisa referem o enfermeiro de reabilitação como um profissional especialista que reconhece as fragilidades e fortalezas do processo, bem como responsável pelo bom enfrentamento das adversidades, através da instrumentalização e elaboração de estratégias que facilitem o esperar. Neste sentido, as pessoas em reabilitação compreendem que o enfermeiro participa, ativa e colaborativamente, da trajetória construtiva de metas alcançáveis e realísticas para que os esforços sejam recompensados.

*“É muito bom vir aqui, eu adoro. Aqui encontrei amigos, carinho, atenção. Aqui eu faço reabilitação e a enfermeira é cinquenta por cento de tudo, porque é ela que me dá carinho e força pra continuar tentando”.* (Bromélia)

Em meio às falas dos participantes, o princípio da experiência de cuidado de enfermagem em reabilitação é percebido como uma fagulha para a imersão de sentimentos confortantes como confiança, segurança e carinho. Esses sentimentos emergem de relatos da primeira vez no centro de reabilitação na forma de acolhimento, onde o enfermeiro fornece refúgio às inseguranças, escuta qualificada sobre as necessidades individuais, valorização da história pessoal e da família. As pessoas em reabilitação mencionam a enfermagem como o primeiro olhar afetuoso que encontram em meio aos medos do desconhecido, pois são esses profissionais que fornecem guarida aos desesperos e fomentam esperanças para o caminho ainda obscuro.

*“Na minha primeira vez na reabilitação, eu fui acolhida e foi muito importante porque é a fase mais crítica e de desesperança. O acolhimento é fundamental, após ter passado por todo um processo de invasão e tristeza”.* (Girassol)

*“Eu sei que, se eu precisar, eu vou ter o apoio aqui, porque são esses profissionais que entendem de mim, da minha condição de saúde, da minha lesão medular”.* (Lótus)

*“O carinho e a atenção foi tudo que eu precisava dentro de mim”.*  
(Amarílis)

Os medos surgem durante a internação hospitalar, quando os diagnósticos são padronizados e os prognósticos são delimitados. As pessoas percebem os limites no autocuidado diário, quando a equipe de saúde hospitalar impede a autonomia decisória ou executiva do autocuidado. Dessa maneira, as pessoas referem a perda da identidade singular e humanitária, a acentuação da autonegligência, a redução da dignidade e o silêncio de seus anseios pessoais. Esse processo é visto como uma despersonalização de “pessoa” para “paciente”, ao passo que as pessoas perdem suas personalidades e passam a ser vistas como objetos de trabalho.

*“Eu estava insegura, não sabia o que fariam comigo aqui. Depois que a gente sai do hospital a gente tem medo de falar, dar opinião... São eles quem nos dizem o que devemos fazer e quando podemos fazer. Eu me sentia insegura de tudo, chorava muito. Era uma tristeza da alma, que no hospital eu não chorei, mas aqui ela quis me ouvir e pude me abrir, daí chorei”.* (Antúrio)

*“Complicado porque você fica meio que inutilizado, lá no hospital eu me sentia assim (chorando) inutilizado às vezes”.* (Agapanto)

*“Quando eu cheguei aqui na reabilitação, eu estava nervosa porque ia ter que contar minha história pra ele. E não foi fácil, porque não conhecia e eu não sabia se ele ia brigar comigo, se não ia. Eles brigavam comigo no hospital por causa do cigarro. E aqui ele não brigou. Aí eu tive confiança nele, eu desabafava o meu coraçãozinho, chorava e ele me escutava. Foi muito especial”.* (Dália)

O tempo latente entre a hospitalização e o início da assistência reabilitadora em centros especializados é relatado pelos participantes como um processo doloroso de espera e negligência. As pessoas experienciam a ausência da atenção à saúde, em meio ao desconhecido do viver em novas condições, bem como referem a falta de preparo dos profissionais da atenção primária e terciária à saúde acerca de encaminhamentos e manejo dessa diversidade. Desassistidos e vulnerabilizados, os sujeitos do estudo relatam que, quanto menor o tempo de espera para começar as atividades de reabilitação, mais rapidamente criam expectativas positivas e mais facilmente enfrentam os obstáculos do cotidiano.

*“No postinho, eles não sabem nada sobre a minha condição, não sabem pra onde me encaminhar e nem meus direitos sobre ter uma cadeira de rodas por ano e acesso a políticas diferentes”.* (Lótus)

*“Eu demorei muito tempo pra chegar aqui. No hospital ninguém me disse nada sobre esse lugar, no postinho também não me*

*informaram. Fui saber através de uma conhecida que eu podia ser encaminhada. Nisso tudo, foram nove meses sem ser atendida”. (Íris)*

Outro aspecto redutor de esperança na reabilitação é a sensação de invisibilidade, incremento de dificuldade para realizar atividades básicas do cotidiano, isolamento social ou superproteção e a sensação de impotência ou inutilidade. A percepção de ser algo “quebrado” que precisa ser restaurado é muito difícil, aparecendo nos relatos dos participantes como eixos que impedem o desenvolvimento da independência, autonomia e liberdade. Por isso, a enfermagem de reabilitação emerge com o papel de potencializar as atitudes positivas e estabelecer metas realísticas, conjuntamente às necessidades dos sujeitos.

*“Eu tenho dificuldade pra me vestir, por exemplo, a jaqueta né, um lado eu consigo, mas o outro tem que ajeitar o braço pra vestir. Às vezes fica toda torcida a roupa. Além disso, eu dependia sempre de alguém pra me ajudar. Tava sempre acompanhada, porque não podia ficar sozinha. Isso dá uma sensação de que a vida freou, porque você está limitada... Bloqueada e parada... É difícil. Eu demorei uns 4 meses pra entender e sair desse bloqueio”. (Camélia)*

*“Uma coisa que me incomoda muito é quando falam com alguém que está comigo sobre mim, como se eu não pudesse responder, como se eu fosse invisível. Não é porque eu estou numa cadeira de rodas que eu sou muda. Aqui na reabilitação, eu sou a protagonista”. (Lótus)*

Conforme a pessoa sente-se mais segura e confiante acerca do processo de reabilitação, a enfermagem assume o papel de realizar a manutenção dessa esperança e mobilizar instrumentos para a construção da personalidade bem-sucedida. Dessa forma, as pessoas em reabilitação percebem a enfermagem como a fonte das inspirações otimistas e revitalizadoras, que insistem no êxito em meio às dificuldades. Neste sentido, os sujeitos relatam as dificuldades do processo reabilitador, bem como sustentam a necessidade de liberdade, autonomia e respeito. Os enfermeiros de

reabilitação acrescentam não só metas passíveis, mas também qualidade para o bem-viver.

*“Hoje evoluiu bem mais: eu não conseguia me vestir sozinho antes, hoje eu já consigo né. Tem algumas coisas que eu ainda tenho dificuldade como amarrar calçado ou passar cinto na minha calça. Porque eu perdi a motora fina das mãos. Então eu tenho essas dificuldades que são normais pro meu caso”*  
(Agapanto)

Logo, os participantes do estudo utilizam relatos corriqueiros do dia-a-dia da reabilitação para construir o próprio significado do processo de cuidado, extraindo a essência do autocuidado como a habilidade de elaborar arranjos e regulações para as suas próprias potências e obstáculos. Essa consciência envolve compreender as próprias necessidades, proporcionando um olhar jurídico sobre si, respeitando os desejos pessoais e, sobretudo, libertando as próprias tomadas de decisões. Diante disso, a enfermeira é percebida como a pessoa que cuida para o outro “bem-cuidar de si”.

*“Eu converso com ela sobre a minha vida, o meu dia-a-dia. Converso com ela sobre como estou me sentindo. E ela se preocupa de como eu estou. Ela me fala como que eu posso fazer se eu quiser e me deixa livre pra fazer o que eu achar melhor pra mim”.* (Gerânio)

*“Tudo é um desafio hoje pra mim, antes eu tinha pouca dificuldade de fazer as coisas, sabe? Até pra passar uma calçada na rua parece que tenho que levanta meu pé um pouco mais, mas elas me ensinam todos os dias e eu não quero desistir de tentar passar a calçada. Eu vou vencer a calçada”.* (Lisianto)

*“Tudo parece mais difícil: botar roupa, o calçado, tomar banho, tudo. Mas daí você vê aqui, elas te ensinam como fazer de um jeito diferente, e você passa a acreditar que as coisas podem dar certo. Se eu cuidar de mim, as coisas começam a dar certo”.*  
(Bromélia)

Os enfrentamentos do dia-a-dia, muitas vezes, são permeados por experiências exitosas ou fracassadas. Porém, em meio às vitórias ou derrotas do cotidiano, as pessoas em reabilitação relatam a importância de manter-se esperançoso e otimista, pois são reais as possibilidades de acrescentar qualidade de vida. O enfermeiro reabilitador é responsável por facilitar esse processo de ressignificação e ajustamento da vida diária, de acordo com as necessidades e metas pessoais de cada sujeito. Os mosaicos elaborados no processo de reabilitação são fomentados pelo cuidado de enfermagem, inspiração pessoal e rede de apoio.

*“Hoje eu sou os cacos que tenho que juntar e sei que não vai encaixar como antes. Vou ter que criar uma nova forma de mim. Mas eu acredito que vou recuperar, tenho certeza. Pra juntar meus cacos, eu preciso das pessoas daqui, da família, meus filhos. Se vence junto, né”. (Gerânio)*

*“Duas pessoas em reabilitação dialogam na sala de espera sobre adaptações arquitetônicas, que fizeram em domicílio para facilitar a vida diária e melhorar a ressignificação”. (NO – Centro Especializado de Reabilitação de Blumenau)*

Diante desse processo de ressignificação, as pessoas referem a importância da família, rede de amigos e religiosidade para o melhor enfrentamento dos obstáculos. É obrigatória a presença de algum acompanhante nas terapias da reabilitação, não só pela questão de segurança, mas também pela necessidade de suporte e vínculo emocional. A rede de apoio é percebida como o sustento da motivação e persistência, enquanto que a religiosidade é o fomento espiritual e psicológico para os ajustamentos da vida.

*“Meu porto seguro é meu marido e minha filha”. (Íris)*

*“A igreja pra mim é o que dá força né... Tudo na vida”. (Camélia)*

*“A minha religião é tudo. Quando a gente tem uma dificuldade, corre pra Deus, né. Pra mim foi importante ter a religião no processo de reabilitação por causa da fé e esperança... Fé e esperança”. (Bromélia)*

Fundado no apoio da sua rede familiar e religiosa, a pessoa em reabilitação ingressa numa trajetória, por vezes, solitária, pois o autocuidado é dependente exclusivamente da competência singular do sujeito. O viver em reabilitação depende de esforços influenciados por agentes externos, porém apenas a pessoa pode fazer acontecer. Diante desse aspecto introspectivo, os participantes do estudo relacionam o papel da enfermagem como um provedor de instrumentos para o autocuidado domiciliar e em comunidade, agindo como facilitadores da emancipação no cuidado pessoal e social.

*“Na hora do apuro, eu tô sozinha mesmo”.* (Dália)

*“Pessoa com lesão medular nível T4 busca informações sobre gravidez e formas diferentes de realizar cuidados com recém-nascido. Encontra-se grávida há cinco meses e refere estar treinando os cuidados com boneca para estar preparada para o nascimento”.* (NO – Centro Catarinense de Reabilitação)

*“A gente se vira né. Na vida, as outras pessoas não têm tempo pra ficar cuidando da gente pra tudo. Quanto mais independente eu for, mais coisas eu posso fazer fora de casa”.* (Agapanto)

O manejo de reabilitação é realizado em conjunto, agregando a multiprofissionalidade e a transdisciplinaridade para acrescentar maior individualidade ao processo. Dessa forma, os sujeitos de estudo relatam que a equipe assistencial tem papel insubstituível no enfrentamento e inclusão social, ao passo que fomentam as esferas biopsicossocial, espiritual e física dos sujeitos de forma alinhada, objetivando o bem-viver. Essa assistência diferenciada é vista pelos participantes como uma riqueza da reabilitação, à medida que é visto por múltiplos olhares profissionais e compreendido em sua completude.

*“Todos aqui me ajudam muito, não dá pra dizer que um faz mais ou outro faz menos. Me contaram que eles se reúnem para discutir o nosso caso e que planejam juntos a nossa reabilitação. Eu acho isso muito bom pra mim, porque eu não quero só sair da cadeira de rodas, eu quero também trabalhar e poder ir no cinema sem fralda”.* (Girassol)

Ao final do processo de reabilitação, as pessoas entendem as relações de cuidado que assumirão com o tempo, podendo ser cuidadas ou autocuidadas dependendo das situações que vivenciarem. Essa consciência corporal, psíquica e social influencia nas tomadas de decisões e manejo das atividades de vida diárias, tornando-se concreta a participação interpessoal na comunidade. A participação ocorre de várias maneiras, envolvendo lazer, labor, educação ou domicílio. Nas falas dos participantes, a reinserção e participação ativa na sociedade surgem como a possibilidade de finalizar a reabilitação concentrada em um centro especializado, ampliando as intenções reabilitadoras para a realidade vivencial. Diante disso, a enfermagem age como um fomentador da inclusão dos sujeitos nas realidades sociais de cada um.

*“Eu descobri que nós podemos fazer esporte, mesmo estando na cadeira de rodas. Eu já fiz alguns pra experimentar. É muito legal. Não sei qual vou ficar, mas estou conhecendo”.* (Girassol)

*“Estou voltando ao meu trabalho de fotógrafo. Tenho algumas dificuldades, mas vai dar certo. Por enquanto, estou reaprendendo a fazer o meu trabalho”.* (Agapanto)

*“Eu estou desempregado. Procurei um emprego, mas foi difícil adaptar por causa da minha deficiência né. Mas vou achar algo. Enquanto não acho eu voltei a estudar. Quero terminar a escola sabe”.* (Lisianto)

O objetivo final da enfermagem, sob o olhar das pessoas em reabilitação, é apoiar nas tomadas de decisões, motivar na trajetória reconstrutiva e potencializar a máxima qualidade de vida, visando à emancipação. Essa emancipação é vivenciada pelos participantes como um processo de esperar, fundado na história de vida dos sujeitos, medos e inseguranças, fortalecidos pela confiança, acrescido pelo respeito e estima social. Dessa maneira, o processo de esperar é, em sua essência, o movimento de reconhecer o outro como protagonista da própria história na ótica da emancipação, compreendendo uma tomada de consciência crítica do viver em sociedade para facilitar a capacidade decisória e ativa do indivíduo.

## Discussão

Os resultados evidenciados no corpo dessa pesquisa expressam as perspectivas das pessoas em reabilitação acerca do cuidado de enfermagem, consistindo em uma mola propulsora de ações de autocuidado baseadas na confiança, respeito e estima recíproca. Em consonância às afirmações de Rocha, Avila e Bocchi (2016), os sujeitos do estudo compreendem que a finalidade da enfermagem de reabilitação é maximizar as possibilidades aos indivíduos de agirem, autônoma e independentemente, no processo de viver. Para isso, é necessário manejar estratégias que potencializem o autocuidado e autogoverno.

As pessoas relataram que o profissional de reabilitação orienta sobre ajustes relacionados à acessibilidade arquitetônica e atitudinal, promove a inclusão da pessoa e sua família na comunidade e facilita a independência nas atividades de vida diária. Para tanto, é necessário compreender a singularidade das pessoas em reabilitação, abstraindo-se das superficialidades e pré-conceitos impregnados na sociedade. As pessoas afirmam que são percebidas em sua diversidade e orientadas criticamente para o bem-viver, considerando suas necessidades pessoais, ambições e objetivos de vida.

Para realizar a reabilitação de forma holística, os sujeitos relatam que é necessário um olhar multiprofissional e transdisciplinar. Por isso, Mendes e Colegas (2018), entendem que a reabilitação compreende cuidados específicos, orientados por múltiplas categorias profissionais, que consideram ações individualizadas, buscando a máxima satisfação da pessoa e preservando sua autoestima. Assim também, Barboza e Junior (2017) acrescentam que a equipe multiprofissional tem a intencionalidade de prevenir eventos indesejáveis ao indivíduo, reduzir complicações ou deformidades que podem surgir do processo dificultoso de ajustes e ressignificação.

As pessoas em reabilitação relatam essas perspectivas evidenciadas na literatura de forma muito empírica, experimentada na realidade concreta do processo de esperar em reabilitação. Esses sujeitos afirmam que o resultado e principal objetivo da reabilitação é o autocuidado, ao passo que condiz com os cuidados relativos à manutenção e ganho de habilidades na vida diária. Essa informação é confirmada por Paula e Amaral (2019), quando remetem à enfermagem de reabilitação a responsabilidade, ética e profissional, de acrescentar qualidade de vida, reduzir as desvantagens e ascender às potencialidades da pessoa para realizar tarefas do dia-a-dia.

Dessa maneira, o cuidado às pessoas em reabilitação tem como fundamento teórico o modelo social de deficiência, ao passo que considera o fenômeno sociológico do viver em diversidade. Bampi, Guilhem e Alves (2010) afirmam que esse modelo é fundado nas estruturas sociais de opressão e marginalização, e que - através de ações reabilitadoras, atitudes inclusivas e estratégias acessíveis de políticas públicas - os ajustamentos às diversidades seriam facilitados no meio social.

No sentido de compreender a pessoa em reabilitação como um arranjo social, Guerreiro e Colegas (2019) afirmam que os esforços dos profissionais da saúde e políticas públicas devem centrar-se em modificar estruturas que reforçam a marginalização, superando o olhar curativo e fragmentado do modelo biomédico para acrescentar valor e estima na inserção dessas pessoas na sociedade. Por isso, Neuvald e Collares (2018) investem seus esforços em estudar a liberdade, por meio do fortalecimento da consciência crítica, política e democrática. Esta ótica de conscientização do direito fortalece as relações de respeito às diversidades no meio social e enriquece o potencial emancipador da reabilitação.

Conforme Ruiz-Mirazo e Moreno (2011), o senso de moralidade jurídica amplia o conceito de autonomia das pessoas em reabilitação, à medida que promove o exercício do julgamento e tomada de decisão. Também o cuidado fundado na relação recíproca de respeito e democracia potencializa o processo de esperar para a formação da personalidade bem-sucedida (HONNETH, 2003). Para alcançar a relação de reconhecimento do direito mútuo, antes é necessário estabelecer relações afetuosas de confiança e segurança. Essas relações são mencionadas, múltiplas vezes, pelos participantes, quando referem o cuidado de enfermagem de reabilitação e a importância da enfermagem nesse contexto.

Segundo Spinelli (2016), as relações de confiança no processo de reabilitação cultivam o reconhecimento da individualidade, visando à formação da autoconsciência de uma pessoa de direito. Em outras palavras, é através dessa relação de confiança no outro e em si mesmo que a pessoa em reabilitação encontra refúgio para revelar seus medos, vislumbra possibilidades que antes eram limitadas e potencializa atitudes de auto-respeito. As relações íntimas de afetividade alicerçam o processo de libertação histórica da individualidade e, dessa forma, segundo Honneth (2003), fomentam as reciprocidades de amor, direito e solidariedade.

Outro aspecto mencionado pelos participantes tem referência à estima social, reinserção e inclusão dos sujeitos pesquisados no meio laboral, lazer ou educacional. Nesse momento são fortes os relatos de exclusão social, invisibilidade e negligência, compreendendo aspectos que reduzem o processo de esperar e emancipar. A autoestima é a relação social simétrica entre sujeitos individualizados e autônomos. Segundo Honneth (2003), estimar a pessoa em reabilitação acrescenta valor e afeto à personalidade construída no conflito processual do reconhecimento. Neste sentido, o enfermeiro reabilitador, que reconhece seu potencial sobre a estima do outro, percebe em suas atitudes de cuidado a possibilidade de ampliar a liberdade do sujeito, considerando a diversidade das reconstruções e ressignificações da vida.

Dessa maneira, as pessoas em reabilitação percebem a enfermagem como um agente de esperar no processo emancipatório, ao passo que este profissional assume a responsabilidade de acolher afetivamente as inseguranças pessoais e familiares, sustentar a formação de uma consciência de direito através do respeito mútuo e facilitar o retorno dessa pessoa ao convívio em comunidade. As pessoas relatam a enfermagem como a profissão que cuida, orienta, facilita e promove qualidade para o bem-viver, objetivando a emancipação pautada no processo de esperar.

### **Consideração Final**

As pessoas em reabilitação percebem a enfermagem como uma ponte que interconecta a família, a vida social, as expectativas futuras, a história de vida pessoal e as necessidades presentes. Essa relação é fortalecida pelo amor, direito e solidariedade, perpassada pelo processo de esperar. O cuidado de enfermagem, segundo a ótica das pessoas em reabilitação, deve ter o objetivo de orientar a elaboração de estratégias que facilitem o autocuidado nas atividades de vida diária, visando à construção bem-sucedida da personalidade. Os sujeitos estudados revelam que o autocuidado é a experiência concreta da emancipação, compreendendo a autonomia, a liberdade e o esperar como instrumentos para alcançar o bem-viver. A enfermagem é percebida como a profissão que articula ações que potencializam a consciência crítica, confiante, valorizada e respeitosa da autonomia.

O estudo alcançou seu objetivo, preenchendo lacunas referentes à percepção das pessoas em reabilitação no contexto brasileiro. Porém, a pesquisa apresenta limites

quanto ao número reduzido de participantes e apenas ser realizada em um estado do Brasil.

### Referências

- BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elíoenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Brasília, v. 18, n. 4, p.01-09, ago. 2010.
- BARBOZA, Heloisa Helena; JUNIOR, Vitor de Azevedo Almeida. RECONHECIMENTO E INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 13, p.13-37, set. 2017.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo** (4ª edição). Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.
- BLOCH, Ernst. O Princípio Esperança. Vol. I (Tradução de Nélio Schneider), Vol II (Tradução e notas de Werner Fuschs) e Vol. III (Tradução e notas de Nélio Schneider). Rio de Janeiro: Contraponto/Ed. UERJ, 2006.
- BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluisio Almeida. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. **Soc. estado.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 375-392, Aug. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>>. Acesso em: 29 jun. 2018.
- BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. **Saúde (santa Maria)**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.1-11, 25 ago. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583427664>.
- CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda de; MARQUES, Antônio Luiz. A diversidade através da história: A inserção no trabalho de pessoas com deficiência. **O&s**, Minas Gerais, v. 14, n. 41, p.59-78, jun. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-92302007000200003>. Acesso em: 19 maio 2019.
- DORSETT, Pat. The importance of hope in coping with severe acquired disability. **Australian Social Work**, Australia, v. 63, n. 01, p.83-102, mar. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/03124070903464293>>. Acesso em: 29 jun. 2018.
- FERREIRA, Emmanuelle da Cunha et al. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 02, n. 70, p.288-295, abr. 2016.
- FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PERICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. [.http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471)
- HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.

KOSIK, Karel. Dialética do concreto. Trad. NEVES, Célia; TORÍBIO, Alderico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

GUERREIRO, Carlos Tostes et al. Esclerose Múltipla e os componentes de Estrutura e Função do Corpo, Atividade e Participação do Modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Atenas Higéia**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p.25-30, jun. 2019.

MENDES, Roberto Miguel Gonçalves et al. Organization of rehabilitation care in Portuguese intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.57-63, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180011>.

NEUVALD, Luciane; COLLARES, Solange Aparecida de Oliveira. O processo adaptativo e o processo emancipatório na gestão democrática. Educação Unisinos, Guarapuava, p.156-165, jun. 2018.

PAULA, Elaine Antonia de; AMARAL, Rosa Maria Monteiro Ferreira do. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 44, e5, 2019 . <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013119>

ROCHA, Suelen Alves; AVILA, Marla Andréia Garcia de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 1, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>

RUIZ-MIRAZO, Kepa; MORENO, Alvaro. Autonomy in evolution: from minimal to complex life. **Synthese**, [s.l.], v. 185, n. 1, p.21-52, 1 fev. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11229-011-9874-z>.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE DROGAS: REVISÃO DA LITERATURA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 30, e178335, 2018 . <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>.

SPINELLI, Letícia. Amor, direito e estima social: intersubjetividade e emancipação em Axel Honneth. **Latitude**, [s.l.], v. 10, n. 01, p.84-111, 18 set. 2016. Universidade Federal de Alogoa. <http://dx.doi.org/10.28998/2179-5428.20160104>

THIOLLENT, Michel. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 2001.

URQUIZA, Marconi de Albuquerque; MARQUES, Denilson Bezerra. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, Londrina, v. 16, n. 1, p.115-144, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>

#### 7.4 MANUSCRITO III – (Re)Conhecendo o cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório

**(Re)Conhecendo o cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório**

**(Re) Knowing the nursing care of rehabilitation as an emancipatory process**

**(Re) Conociendo el cuidado de enfermería de rehabilitación como proceso emancipatorio**

Milena Amorim Zuchetto

Soraia Dornelles Schoeller

Luiz Gustavo da Cunha de Souza

**Resumo:** Introdução: O cuidado de enfermagem de reabilitação, na realidade brasileira, ainda encontra-se ofuscado pelas preocupações de saúde pública e políticas em geral; porém há a definição de que essa especialidade de enfermagem emerge com a finalidade de potencializar atitudes de autogestão nas pessoas, visando à emancipação, à qualidade das relações sociais, à dignidade e à autonomia. Objetivo: Construir a reflexão acerca do cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório. Método: Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido através do método da Pesquisa-Ação calcado no materialismo-histórico e dialético. O estudo foi realizado em cinco centros especializados de reabilitação do estado de Santa Catarina, envolvendo 17 enfermeiros de reabilitação entre os meses de janeiro e maio de 2019. A coleta de dados ocorreu através de entrevista individual de roteiro semi-estruturada, notas de observação, um grupo focal e uma ação transformadora em formato de seminário. Resultados: O estudo evidenciou uma categoria central denominada “Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório”, envolvendo a extensa trajetória do cuidado para a emancipação pautada no amor, direito, solidariedade e esperança. Dentro dessa categoria emergiram três eixos que perpassam o processo emancipatório: a historicidade do cuidado de enfermagem de reabilitação, os obstáculos e potências desse processo de cuidar e o *dever* do cuidado emancipatório. Conclusão: O cuidado de enfermagem de reabilitação possui um caráter emancipatório que se expressa, essencialmente, pela vontade de cuidar com o outro na busca do autocuidado centrado na pessoa, sua família e vida social. O reconhecimento da enfermagem de reabilitação, como promotora de vínculo, respeito, estima e esperança, é evidenciado nas falas e reforçado pelo processo emancipatório do bem-viver.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Pesquisa de Reabilitação.

**Abstract:** Introduction: Nursing rehabilitation care, in the Brazilian reality, is still overshadowed by public health and political concerns in general; but there is the definition that this specialty of nursing emerges with the purpose of empowering attitudes of self-management in people, aiming at emancipation, the quality of social

relations, dignity and autonomy. Objective: To construct the reflection about the nursing care of rehabilitation as emancipatory process. Method: Study of qualitative approach, developed through the Research-Action method based on materialism-history and dialectic. The study was carried out in five specialized rehabilitation centers in the state of Santa Catarina, involving 17 rehabilitation nurses between the months of January and May 2019. Data collection was done through an individual interview with a semi-structured script, observation notes, a focus group and a transformative action in seminar format. Results: The study showed a central category called "Nursing care of rehabilitation as an emancipatory process", involving the extensive trajectory of care for emancipation guided by love, law, solidarity and hope. Within this category emerged three axes that permeate the emancipatory process: the historicity of rehabilitation nursing care, the obstacles and powers of this process of care and the becoming of emancipatory care. Conclusion: Nursing care for rehabilitation has an emancipatory character that is expressed, essentially, by the willingness of caring for others in the pursuit of self-care centered on the person, their family and social life. The recognition of rehabilitation nursing as a promoter of bond, respect, esteem and hope is evidenced in the speeches and reinforced by the emancipatory process of well-being.

**Keywords:** Nursing Care; Rehabilitation; Nursing in Rehabilitation; Rehabilitation Research.

**Resumen:** Introducción: El cuidado de enfermería de rehabilitación, en la realidad brasileña, aún se encuentra ofuscado por las preocupaciones de salud pública y políticas en general; pero hay la definición de que esa especialidad de enfermería emerge con la finalidad de potenciar actitudes de autogestión en las personas, buscando la emancipación, la calidad de las relaciones sociales, la dignidad y la autonomía. Objetivo: Construir la reflexión acerca del cuidado de enfermería de rehabilitación como proceso emancipatorio. Método: Estudio de abordaje cualitativo, desarrollado a través del método de la Investigación-Acción calcado en el materialismo-histórico y dialéctico. El estudio fue realizado en cinco centros especializados de rehabilitación del estado de Santa Catarina, involucrando a 17 enfermeros de rehabilitación entre los meses de enero y mayo de 2019. La recolección de datos ocurrió a través de una entrevista individual de itinerario semiestructurado, notas de observación, un grupo focal y una acción transformadora en formato de seminario. Resultados: El estudio evidenció una categoría central denominada "Cuidado de enfermería de rehabilitación como proceso emancipatorio", involucrando la extensa trayectoria del cuidado para la emancipación pautada en el amor, el derecho, la solidaridad y la esperanza. Dentro de esa categoría surgieron tres ejes que atraviesan el proceso emancipatorio: la historicidad del cuidado de enfermería de rehabilitación, los obstáculos y potencias de ese proceso de cuidado y el devenir del cuidado emancipatorio. Conclusión: El cuidado de enfermería de rehabilitación posee un carácter emancipatorio que se expresa esencialmente por la voluntad de cuidar con el otro en la búsqueda del autocuidado centrado en la persona, su familia y la vida social. El reconocimiento de la enfermería de rehabilitación como promotora de vínculo, respeto, estima y esperanza es evidenciada en las palabras y reforzada por el proceso emancipatorio del bienestar. **Descriptor:** Cuidados de Enfermería; rehabilitación; Enfermería en Rehabilitación; Búsqueda de Rehabilitación.

## **Introdução**

O cuidado fomenta habilidades físicas e cognitivas nas pessoas, visando o retorno ao convívio social e a inclusão, funcionando como um mecanismo de ajuste e melhoria da qualidade de vida (ACIEM; MAZZOTTA, 2013). A enfermagem experimenta o cuidado como foco do trabalho de forma profissional, científica, ética e política (LIMA, 2017), considerando o cuidado integral como responsabilidade principal da sua assistência. Por isso, o enfermeiro assume o papel de agenciador de estratégias criativas para a promoção da autonomia e liberdade dos indivíduos (BACKES et al., 2012).

Neste sentido, o processo de cuidado configura-se como global, dinâmico e orientado para o restabelecimento físico e psicológico da pessoa, de modo a permitir sua reintegração social (SANCHES; VECCHIA, 2018). Para isso, são utilizados dispositivos que complementam a funcionalidade, acrescentando qualidade de vida, aumento da independência e fortalecimento da autonomia (ACIEM; MAZZOTTA, 2013).

Com base nessa concepção de cuidado, a enfermagem é vista como uma abordagem intencional e humanista, que assegura a dignidade humana (MENDES et al., 2018) por meio da responsabilização com os direitos civis, da compreensão do ser jurídico e de intervenções que promovem a máxima independência possível (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016). Dessa forma, é urgente a compreensão do contexto sociocultural que atravessa o cuidado de enfermagem para refletir acerca da saúde e do bem-viver da pessoa e sua família, ao passo que essa assistência é fundamental para adaptação e aquisição de independência nas atividades de vida diária (SANCHES; VECCHIA, 2018).

Corroborando essas definições, a enfermagem de reabilitação emerge como um olhar especializado para melhorar os processos de viver em todo ciclo da vida, desde o nascimento até a velhice, buscando maximizar a independência, implementar e monitorizar planos de cuidados individualizados, buscando a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar sua autoestima (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016).

A essência da reabilitação envolve a promoção da saúde e de oportunidades para prevenir as desvantagens, ao passo que impulsiona as potencialidades pré-existentes na pessoa para retornar sua auto-estima e independência (LIMA; TAVARES; MAENO,

2013). Dessa forma, a prática dos enfermeiros reabilitadores é, essencialmente, a potencialização da autonomia e independência do indivíduo, equacionando estratégias de promoção do autocuidado centrada na pessoa e na família (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016).

O cuidado de enfermagem de reabilitação envolve a concepção do sujeito como um processo emancipatório, pulsando criticamente para a conquista de espaço decisório (NEUVALD; COLLARES, 2018). Esse cuidado emancipatório oportuniza a qualidade das relações sociais em busca da dignidade e autonomia (PEREIRA, 2016). Por isso, a justificativa para este estudo emerge da necessidade de refletir sobre o cuidado de enfermagem enquanto processo emancipatório. O objetivo dessa pesquisa foi: Construir a reflexão do cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório.

### **Método**

A pesquisa possui abordagem qualitativa, fundada no método da Pesquisa-ação calcada no materialismo-histórico e dialético. Este estudo consiste em um fragmento da Dissertação desenvolvida no processo de formação no mestrado acadêmico. A pesquisa-ação é um método com foco em resolução de problemas sociais pautados na realidade concreta da população em estudo e repercutindo numa ação transformadora e reflexiva (THIOLLENT, 2001).

O método da pesquisa-ação estabelece vínculo com o meio social, assumindo o problema coletivo como o cenário e motivo da investigação. Por isso, tanto os pesquisadores quanto os participantes são envolvidos de forma cooperativa e participativa. Dessa maneira, o esse método é visto como uma orientação emancipatória, social e política, considerando primordial a participação para gerar transformação participativa (BRUSAMARELO et al.,2018).

O referencial metodológico dessa pesquisa consiste no materialismo-histórico e dialético, o qual compreende as experiências sociais no campo prático-sensível abstraída das superficialidades. Essa metodologia aprofunda as concretudes da vida social, incrementando maior complexidade às representações da realidade (KOSIK, 2010).

Os cenários de estudo desta pesquisa são os Centros Especializados de Reabilitação (CER) do estado de Santa Catarina, localizados nas cidades de

Florianópolis, Itajaí, Lages, Blumenau e Criciúma. Os participantes que compuseram a amostra da pesquisa respeitaram os critérios de inclusão, que envolviam: ser enfermeiro(a) lotado em algum dos cinco CER do estado de Santa Catarina. Além disso, foram estabelecidos os critérios de exclusão, envolvendo o tempo mínimo de seis meses em exercício profissional no CER ou afastamento do trabalho por férias, licença maternidade ou doença durante o processo de coleta de dados. A amostra inicial foi de 19 sujeitos interessados no estudo, porém um dos sujeitos apresentava-se afastado por motivo de férias e outro sujeito recusou-se a participar da pesquisa. Na compilação dos critérios, a amostra total da pesquisa consistiu em 17 enfermeiros de reabilitação.

A coleta de dados envolveu três etapas, sendo que o primeiro momento compreende o reconhecimento do cenário em estudo e sensibilização do grupo sobre a temática do trabalho. Nesse momento da coleta de dados foram utilizadas técnicas de observação e Notas de Observação (NO), obtendo ao final, aproximadamente, 140 horas de dados registrados.

A segunda etapa da pesquisa envolveu a obtenção de relatos dos participantes, através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas e individuais, desenvolvido por um grupo de *experts* e validado por uma enfermeira com experiência em reabilitação, não contabilizada na amostragem do estudo. O roteiro de entrevista envolvia questões relacionadas aos dados sociodemográficos, experiência do exercício profissional no contexto da reabilitação, experiências sobre cuidados de enfermagem e percepções sobre esse nível da rede de atenção à saúde.

Para participar das entrevistas individuais, os participantes foram apresentados aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a leitura e concordância com os termos do estudo, as entrevistas foram realizadas. O tempo médio das entrevistas foi de 42 minutos, as quais foram gravadas por meio de dispositivos eletrônicos de áudio, bem como foram transcritas literalmente e devolvidas aos participantes para validação do conteúdo.

O terceiro momento da pesquisa envolveu um grupo focal com os participantes que apresentassem disponibilidade e interesse em participar. Esse grupo focal foi pautado nos achados das NO e entrevistas individuais, possuindo um roteiro não-estruturado de questões disparadoras que provocassem o debate acerca do contexto da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina hoje, o papel e finalidade da

enfermagem de reabilitação, os obstáculos e as potencialidades da enfermagem de reabilitação do estado. O grupo focal foi realizado no dia 22 de fevereiro de 2018, no período matutino, na sala do grupo (Re)Habilitar localizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com a participação de três enfermeiras de Blumenau, uma enfermeira de Florianópolis e uma enfermeira de Criciúma. Esse grupo focal teve duração de 2 horas, sendo gravado e transcrito literalmente, bem como, ocorreu a observação não-participativa de um segundo pesquisador para registro de NO complementares.

Os processos de coleta, transcrição e análise dos dados ocorreram concomitantemente, sob a ótica do referencial teórico-filosófico do Princípio da Esperança (BLOCH, 2006), da Teoria do Reconhecimento (HONNETH, 2003) e do materialismo histórico-dialético (KOSIK, 2010). A análise dos dados possui fundamentação na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), ao passo que envolveu quatro fases: a) Organização da análise; b) Codificação; c) Categorização; d) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. Diante tal complexidade de execução, os critérios de qualidade são seguidos para facilitar a boa escolha de categorias. A validação da qualidade do construto ocorre por meio da homogeneidade, da pertinência, da objetividade, da fidelidade e da produtividade. Esse processo denso e exaustivo de análise de dados objetiva a interpretação dos resultados emergentes de inferências de alta confiabilidade (URQUIZA; MARQUES, 2016).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 02022918.5.0000.0121, no dia 19 de dezembro de 2018, com parecer nº 3.094.742. Para assegurar o anonimato dos participantes, os mesmos escolheram nomes de flores para suas intitulações no estudo.

## **Resultados**

Entre os participantes incluídos no estudo, 16 eram do gênero feminino e apenas um era do gênero masculino, idades entre 24 e 55 anos, lotados em CERs do estado de Santa Catarina e com tempo de trabalho variando entre seis meses e 24 anos. A distribuição dos profissionais apresenta uma disparidade importante, ao passo que aproximadamente 59% da amostra encontra-se lotada em uma única instituição.

O grau de formação dos investigados englobou os níveis de especialização, mestrado e doutorado. As especializações realizadas pelos participantes envolviam as seguintes áreas: saúde pública, auditoria, urgência e emergência, gestão, gerontologia, saúde do trabalhador, dermatologia, saúde mental, neurologia, centro cirúrgico e estomaterapia. Vale destacar que a especialização em auditoria foi a mais prevalente, sendo relatada por sete participantes, enquanto que a segunda mais representada foi na área de saúde pública com quatro especialistas.

Outro aspecto relevante sobre as especializações refere-se à escolha da especialidade após o ingresso no CER, à medida que os participantes optaram por aprofundar suas formações nas áreas de estomaterapia, gestão e neurologia. Já em relação ao nível de mestrado, cinco participantes apresentaram esse nível de formação, sendo que surgiram três áreas distintas: enfermagem, saúde pública e educação. Por último, o nível de doutoramento foi realizado por apenas um sujeito do estudo com foco na área da ciência da saúde.

Com relação à experiência profissional, os indivíduos investigados apresentaram extenso histórico progresso à reabilitação, envolvendo o âmbito hospitalar, atenção primária, ambulatorial e docência; porém nenhum sujeito havia trabalhado em reabilitação anteriormente ao ingresso no CER. Foi unânime o relato de desconhecimento acerca das atribuições da enfermagem de reabilitação ao ingressar no CER, refletindo substancialmente nas ações de cuidado nos primeiros meses de atuação nesse contexto. Conforme se observa nas tabelas 3 e 4 a seguir, os dados apresentam-se estruturados de forma sistematizada para clarificar o entendimento dos leitores.

Tabela 3 – Dados sóciodemográficos dos enfermeiros de reabilitação dos Centros especializados de Santa Catarina, em frequência absoluta e relativa. (n=17) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>FA</b>	
<b>Gênero</b>	Feminino	16
	Masculino	1
<b>CER</b>	CCR	10
	CER - FURB	3
	CER - UNIPLAC	1
	CER- UNIVALI	1
	CER - UNESC	2

FA – Frequência Absoluta; FR - Frequência Relativa. (Fonte: Autora)

Tabela 4 – Intervalo e médias das idades e tempo de trabalho nos Centros de reabilitação em Santa Catarina dos enfermeiros. (n=17) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.

Variáveis	Menor tempo	Maior tempo	Média (%)
Idade	24*	55*	39,94
Tempo de trabalho no CER	6 <sup>#</sup>	288 <sup>#</sup>	37,41

\* Tempo definido em anos inteiros; #Tempo definido em meses inteiros

(Fonte: Autora)

Essas pessoas foram observadas em ambiente coletivo, entrevistadas individualmente e em grupo focal, visando desvelar o fenômeno do cuidado de enfermagem de reabilitação na percepção desse grupo populacional. A partir dos depoimentos e registros de NO, emergiu uma única categoria central intitulada **Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório**, perpassado por três eixos: **Historicidade da enfermagem de reabilitação; Desafios e potências do cuidado de enfermagem de reabilitação; O *dever* do cuidado de enfermagem de reabilitação.**

#### **Catagoria Central: Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório**

O cuidado de enfermagem, historicamente, se fundamenta nos pilares da perspectiva holística do ser humano, compreendendo a pessoa como um ser singular, em meio ao coletivo, integral e em constante de construção social, política e cultural. Essa ótica da vivência humana repercute diretamente no cuidado de enfermagem de reabilitação, pois compreende a maximização das potências de um sujeito para promover sua inclusão na sociedade.

*“Reabilitar é coparticipar do cuidado. Compreender a enfermagem de reabilitação é difícil, porque estamos acostumados a ser responsável pelo outro. E quando você entra na enfermagem de reabilitação, você percebe que isso não acontece. Não adianta querer que o outro faça se ele não quiser fazer. A pessoa é dona das decisões dela, a pessoa tem que ser capaz de usar a função crítica de livre arbítrio e de escolha pra poder coparticipar dessa reabilitação”.* (Capuchinha)

É intencional ao cuidado de enfermagem de reabilitação a ação de inferir cuidados para o bem-viver, autonomia, independência e esperançar. Essas intencionalidades advêm da motivação central de reabilitar as potencialidades para fomentar a participação em todos os aspectos da vida. Isso anula o olhar centrado no problema ou doença, passando a compreender a pessoa, sua família e a comunidade como um sistema a ser engajado positiva e constantemente.

*“Reabilitação é tentar e tentar e tentar. Sem desistir”.*  
(Calêndula)

Porém, percebe-se que há uma raiz muito funcionalista no cuidado de enfermagem, principalmente voltado ao eixo físico e intervenções ambientais. Essas formas de centrar o cuidado em recuperar fortalecem a funcionalidade física como o alicerce da reabilitação, reduzindo a qualidade de vida ao longo do tempo. Quando se foca em cuidar para recuperar, nega-se a construção de um vínculo de confiança, gerando desrespeito à vivência singular ou coletiva, apagando a valorização social dessa pessoa.

*“A gente chega na reabilitação pensando no corpo, na incapacidade, em como mensurar a pessoa e saber o que ela pode ou não fazer. Pensamos muito nos limites e pouco nas potencialidades”.* (Azaléia)

O reflexo desse modelo de cuidado está no preconceito, na exclusão social, na marginalização, na insegurança pública, na desigualdade, no desequilíbrio sociopolítico e econômico, na tristeza e na negligência de saúde. Pensar apenas em compensar a limitação funcional ou evitar a deterioração da funcionalidade é cuidar de um pedaço da pessoa como se ela pudesse ser fragmentada.

*“Tem muita gente que não chega na reabilitação, gente que vive escondida e despercebida pelo Estado. A desigualdade social reflete muito nos impactos da falta da reabilitação”.* (Rosa)

Dessa maneira, este estudo evidencia que a enfermagem de reabilitação possui papel relevante na construção de mecanismos para ajustar a vida e melhorar a qualidade do viver das pessoas, à medida que o cuidado foca na potencialização da autonomia e independência do indivíduo. Cabe ao enfermeiro reabilitador equacionar e adequar

estratégias de promoção do autocuidado e autocontrole, numa lógica de cuidados centrados na pessoa e na família.

*“Daí a reabilitação surge na vida dessa pessoa e dessa família para repensar como fazer as coisas, pensando em dar autonomia para eles fazerem as atividades e não a gente né”.* (Cravo)

No tocante aos atravessamentos das perspectivas filosóficas e sociológicas do cuidado de enfermagem de reabilitação, a busca pela formação das relações de reciprocidade inicia pela elaboração intersubjetiva de confiança. O enfermeiro reabilitador constrói sua autoconfiança enquanto cuida do outro, ou seja, a autoconfiança desse profissional é construída por meio do reconhecimento responsável e mútuo da sua realização profissional fundada no cuidado emancipatório.

*“O enfermeiro acaba significando o porto-seguro das pessoas e famílias, porque é pra gente que eles contam os medos e incertezas. Eles choram e a gente dá apoio”.* (Orquídea)

Por outro lado, quando existe a fragmentação do cuidado ou a conotação meramente física e funcional, o enfermeiro reabilitador não se reconhece no processo de cuidado, desrespeitando sua essência humana e histórica. Nessa mesma lógica, quando há o desrespeito da liberdade ou dignidade da pessoa em reabilitação, o enfermeiro é mutuamente desrespeitado em sua integridade ética, ao passo que representa uma mola propulsora da conscientização social de igualdade jurídica.

*“É triste ver que muitas vezes dentro do centro de reabilitação as pessoas têm acessibilidade, mas se pisar fora já sofrem pela falta de acessibilidade. Isso machuca a gente”.* (Margarida)

Essa percepção de luta pela dignidade humana, interna e contra-normativa para o desenvolvimento do respeito e do valor pessoal, provoca repercussões no campo da valorização coletiva, ao passo que a limitação e a desmoralidade violam os interesses pessoais e promovem a desigualdade do coletivo político. Esse senso de coletividade e reconhecimento social é visto como uma perspectiva pública da personalidade íntima assumida juridicamente pelo sujeito e exposta ao coletivo, através da estima social alicerçada na diversidade.

Logo, o enfermeiro reconhece o seu papel no processo emancipatório, quando assume sua responsabilidade para o esperançar do sujeito em reabilitação e, dessa forma, compreende a experiência de desrespeito como uma força motriz moral no processo de intersubjetividade. Nesse sentido, o enfermeiro reabilitador busca facilitar a construção e manutenção do comportamento social bem sucedido fundado no amor, direito, solidariedade e esperança, visando à emancipação histórica para o bem-viver.

*“A gente tem muitas responsabilidades na reabilitação, porque nos envolvemos no cuidado de forma diferente. Aqui nós não fazemos pra ele, e sim fazemos com ele. Isso muda tudo sabe. Esse cuidado em conjunto faz com que a pessoa se sinta dona do próprio cuidado. Não tem mais alguém que diz o que ela pode ou não fazer, a gente só dá opções para ajudar. Daí a pessoa se sente segura de tomar decisões e fazer as coisas sozinha”.*  
(Tulipa)

### **Eixo 1: Historicidade da enfermagem de reabilitação**

Os sujeitos entrevistados relataram que a história da enfermagem de reabilitação fundamenta o que, atualmente, se realizada enquanto cuidado. Porém, essa mesma construção histórica, que sustenta a compreensão do cuidado especializado, é atravessada pela fragilidade no entendimento da enfermagem de reabilitação enquanto formação. Essa dificuldade de apreender o significado do cuidado de enfermagem de reabilitação surge na fala de todos os enfermeiros entrevistados, consolidando que a especialidade e a intencionalidade dessa área ainda é incipiente no contexto brasileiro.

Enquanto que outras áreas da enfermagem são mais desenvolvidas na literatura científica, o cuidado de enfermagem de reabilitação ainda inicia uma trajetória na própria história. Há 25 anos, a primeira enfermeira foi contratada para trabalhar com foco em reabilitação, porém na época pouco se sabia sobre a especialidade no âmbito nacional e internacional. Era falha a divulgação de estudos científicos e pouco incentivada a busca pela atualização na área.

*“Quando eu comecei há 25 anos, ninguém sabia nada sobre a enfermagem de reabilitação. No próprio CCR nunca havia tido enfermagem, então surge a principal pergunta: o que a*

*enfermagem faz dentro de um centro especializado em reabilitação? Como não tínhamos ninguém que pudesse ajudar a responder essa pergunta, começamos observando os fatores que podíamos considerar como potencialidades, onde que poderia ser melhor. Começamos observando as pessoas que vinham se reabilitar, começamos a estudar essa clientela e entender o que elas traziam como problemas de saúde, esse era um foco. Mas uma coisa que sempre foi claro pra mim é que a enfermagem era o elo entre os diferentes profissionais”. (Capuchinha)*

Pouco mais de 25 anos se passaram e permanece o discurso de desconhecimento e dificuldade de compreender o que é enfermagem de reabilitação e como se realiza esse cuidado. Os enfermeiros entrevistados percebem que há falhas na formação acadêmica de enfermagem relacionada à área da reabilitação e que essa dificuldade de entender esse processo de cuidado repercute na qualidade da assistência prestada.

*“Eu não tenho conhecimento sobre enfermagem de reabilitação. Saí da minha graduação sem saber nada sobre isso. Na minha cabeça, parecia ser uma atribuição do médico, ortopedista ou fisioterapeuta. Por isso, quando cheguei aqui que fui pensar – Opa, o que faz o enfermeiro de reabilitação? E eu sei que se eu não trabalhasse aqui eu nem saberia que o enfermeiro poderia fazer isso. Nunca tinha ouvido falar, nem na prefeitura”. (Orquídea)*

*“Eu não fazia menor ideia do que era reabilitação ou o que a enfermagem fazia aqui. Eu pensei que era reabilitação, de repente, com alguém com trauma ou sequela de doença, ou na área da reabilitação de dependente químico né. Quando eu cheguei me surpreendi realmente. Então a maioria das coisas aqui eu não sabia”. (Rosa)*

*“Eu caí de paraquedas aqui, eu não tinha a mínima noção do que eu ia fazer aqui dentro. Não sabia nem onde era o CCR e muito menos o que eu ia fazer aqui. Uma coisa que me assusta é que já aconteceu de eu atender pessoa amputada na atenção básica e*

*não encaminhar porque eu não sabia que existia o CCR e pensa quantas vezes eu negligenciei”.* (Margarida)

*“Na graduação, eu não lembro de terem mencionado isso não”.*  
(Tulipa)

Além do desconhecimento pessoal da enfermagem de reabilitação, os sujeitos investigados relataram que há um desconhecimento público que amplia as consequências da falha na formação, quando outros profissionais da rede de saúde não reconhecem a reabilitação. As falhas no encaminhamento, os erros na regulação e a negligência em saúde são algumas das complicações advindas do desconhecimento público da enfermagem de reabilitação.

*“Nunca, nenhum outro profissional comentou comigo sobre reabilitação antes. Eu vejo que os outros profissionais não conseguem enxergar quando a pessoa tem uma necessidade de reabilitação, por desconhecimento mesmo. Além disso, a própria população desconhece o que é o centro de reabilitação e nem consegue identificar quando precisa do serviço pelo problema de saúde”.* (Azaléia)

*“As pessoas lá fora não sabem o trabalho maravilhoso que é feito aqui. O povo não sabe que nós existimos”.* (Cravo)

O desconhecimento do que é enfermagem de reabilitação e como cuida-se em reabilitação gera dificuldades em estabelecer a autoconfiança do profissional em exercer sua assistência. Dessa maneira, os relatos demonstram que sentimentos como medo, incerteza e insegurança são frequentes, quando se começa a trabalhar em reabilitação. Justificam esses sentimentos negativos à formação médico-centrada e focada no problema, bem como ao fato de focarem em cuidar “da pessoa” e não “com a pessoa”.

*“No início foi um susto! Era muito diferente do que eu trabalhava antes. Eu fui ler sobre o papel do enfermeiro na reabilitação e não achava, na biblioteca da FURB não tem, eu achei alguns artigos científicos, mas nada que me disse o que enfermeiro faz na reabilitação. Foi uma experiência nova e chocante. Tive muita insegurança”.* (Crisântemo)

*“Antes eu não tinha nenhuma concepção sobre isso, porque a enfermagem de reabilitação nunca esteve na minha graduação e não esteve em nenhum momento nas minhas pós-graduações”.* (Begônia)

*“Quando iniciei aqui no CER, estava bastante confusa, perdida, procurando formas de trabalhar e conseguir atender essas pessoas da melhor forma”.* (Calêndula)

O papel da enfermagem de reabilitação passa a se tornar mais concreto, conforme os enfermeiros exercem ações de cuidado no contexto da reabilitação. O cuidado de enfermagem de reabilitação passa a ser visto como uma ação transversal ao viver humano, não podendo prender-se aos muros de uma instituição. Percebe-se que a enfermagem possui papel de cuidar para o dia-a-dia, reforçando a necessidade de desconstruir a noção recuperativa de saúde e investir esforços no cuidado para o bem-viver.

*“A gente lida com tudo sabe, desde o nascimento, complicação, óbito e família. O enfermeiro de reabilitação ajuda a pessoa a desenvolver autonomia, auxilia no momento de fragilidade, orienta nas atividades básicas da vida e fortalece emocionalmente a pessoa para lidar com as dificuldades”.* (Orquídea)

*“Reabilitar a pessoa para o dia-a-dia da vida dele, não é só entregar uma prótese, mas sim ensinar que a vida é uma aprendizagem e que é preciso reabilitar para reviver”.* (Cravo)

*“Reabilitação é agir no cotidiano! Fazer trabalho de fominha, um dia de cada vez, tentar e retentar”.* (Rosa)

O cuidado de enfermagem de reabilitação é visto como uma forma sensível, amorosa, companheira e ética de assegurar saúde e acrescentar qualidade na vida. O foco principal é a necessidade de cada pessoa ou família, por isso o centro do cuidado reabilitador é a incansável busca pela emancipação. A emancipação é entendida como a possibilidade de a pessoa ser livre para escolher, ter oportunidades para tentar, ter apoio para suportar as dificuldades e ser valorizada no meio social para se reintegrar.

*“Reabilitação não é a cura, mas é fazer um trabalho contínuo, buscando melhorias e, aos poucos, fazendo progressões na qualidade da vida dentro do que é possível”.* (Azaléia)

*“O enfermeiro consegue, muitas vezes, manter a pessoa dentro da rede e sendo assistido, tem a iniciativa de buscar a pessoa e a capacidade em acolher mesmo depois de anos sem vir. Porque o importante é a pessoa estar aqui tentando e a gente ajudando ela a tentar”.* (Margarida)

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem de reabilitação não é uma mera execução ou procedimento, mas sim passa a ser compreendido como uma filosofia de cuidado pautado no amor, fundado na relação recíproca de confiança e intimidade com o viver singular e coletivo das pessoas em reabilitação. Ser enfermeiro de reabilitação é envolver-se com o viver, mas não assumir a responsabilidade de viver pelo outro. Muito além de zelar pelo bem-estar, o enfermeiro reabilitador impulsiona o bem-viver a partir da emancipação.

## **Eixo 2: Desafios e potências do cuidado de enfermagem de reabilitação**

No sentido de exercer o cuidado de enfermagem de reabilitação de forma ética e respeitosa, o profissional enfrenta múltiplos desafios que obstaculizam a assistência da pessoa em reabilitação. Dentre as dificuldades relatadas pelos participantes, as que mais evidenciaram repercussões na qualidade do cuidado foram relacionadas às burocratizações do processo de cuidar em rede.

Os enfermeiros referem que o sistema de saúde brasileiro foi contruído na perspectiva de agregar políticas públicas e aproximar os pontos de atenção à saúde de forma sinérgica. Porém, o que acontece na realidade são as falhas nos encaminhamentos, negligências de saúde, marginalização e precarização da assistência.

*“A gente tem bastante dificuldade de conseguir materiais e equipamentos por conta de licitação, problemas burocráticos. Há também dificuldade de conhecer a reabilitação pelas leis e portarias, o que é direito, o que é dever, sabe... instruções sobre reabilitação. Porque até na própria graduação não tem nada que nos fala sobre reabilitação”.* (Begônia)

*“A carência de recurso e de acesso acaba gerando desafios, porque ficamos entre o que a população precisa e os recursos que eu posso oferecer. O que me deixa mais preocupada nesse momento é a gestão, o custo, como estamos gerenciando isso tudo. Além disso, tem a questão do quantitativo de pessoas que ainda é muito reduzido”. (Capuchinha)*

*“É difícil fazer a ponte entre município, região e estado. Sabe... Fazer com que eles se conversem, é um desafio nosso. Além disso, todo nosso contexto político do Brasil provoca muita insegurança no coletivo”. (Hibisco)*

Dentro do cuidado de enfermagem de reabilitação, os atravessamentos da burocratização e das falhas no sistema de saúde geram importantes impactos na condição de saúde das pessoas. Os profissionais compreendem que esses desafios surgem de forma externa ao processo de cuidado, porém influem diretamente na assistência e amplitude do cuidado.

*“A lista de espera é um grande problema que estamos tentando resolver. Mas é grande porque é do estado inteiro. É muita coisa, toda entrega é presencial no CCR. Isso dificulta muito nosso trabalho. Somado a isso tem a questão de encaminharem errado, porque 99,9% não sabem encaminhar ou nem sabem que a gente existe”. (Margarida)*

*“Erros no referenciamento implicam um grande problema de saúde pública. Tem muitos profissionais que não passam uma informação ou passam parcialmente, porque não sabem exatamente como é, e ainda tem vergonha de ligar e perguntar, porque daí vai estar assumindo que desconhece a rede que trabalha... Entende? Não tem como o profissional referenciar se não sabe que existe... Tem muita coisa que os profissionais têm que aprender sobre o fluxo de encaminhamento pra poder entender a rede e como ela funciona”. (Azaléia)*

Para além da questão burocrática, a enfermagem de reabilitação enfrenta os próprios desafios de ser uma área “nova” na pesquisa brasileira. Essa linha de pesquisa compreende um contexto desafiador para os enfermeiros, podendo trazer à tona sentimentos de insegurança, mas quando enfrentados, pode servir de combustível motivacional na persistência do cuidado. Nesse mesmo sentido, o processo do trabalho multiprofissional e transdisciplinar desafia a rotina, promovendo diálogos e construções coletivas para o bem-viver da pessoa em reabilitação.

*“O enfermeiro de reabilitação tem um desafio de resiliência muito grande para poder exercer seu papel, porque, a cada dia que tu chega, as metas se renovam. Aqui estamos em um contexto desafiador, não só por ser novo, mas por trabalhar com as profissões em conjunto”.* (Calêndula)

*“O desafio está em conseguir ir além dos procedimentos, mas pensar o cuidado de forma integral desse sujeito. Olhando para a habilidade e competência do enfermeiro e a necessidade da atuação da equipe multiprofissional”.* (Lírio)

Os obstáculos da enfermagem de reabilitação podem desmotivar o profissional e reduzir a potência de persistir. Esses sentimentos de inutilidade e impotência estão diretamente relacionados à sensação de fracasso, reduzindo a propulsão criativa que o profissional deve imprimir em seu cuidado. Por outro lado, quando as potencialidades são evidenciadas, os enfermeiros assumem papéis de mudança na vida das pessoas em reabilitação.

*“Equipe de enfermagem conversa no complexo de enfermagem sobre as dificuldades de reabilitar uma pessoa que resiste ao processo. Argumentam que cada pessoa tem um tempo, mas que sentem-se inúteis quando a pessoa se recusa a reabilitar”.* (NO – Centro Catarinense de Reabilitação)

O enfermeiro de reabilitação possui a potencialidade de vivenciar o processo de ressignificação, aprendizagem e elaboração de metas das pessoas, famílias e comunidade, de forma íntima e concreta. Suas ações cuidadosas ocorrem através da

escuta sensível, do laço de confiança, da relação de reciprocidade e do respeito à diversidade.

*“A pessoa vem para a reabilitação cheia de medos e tristezas. Chega aqui ferida pela vida. Mas aos poucos ela é ouvida, ela é assistida, e daí a pessoa fica mais calma e confiante. Eu vejo isso. A escuta qualificada, sensível e disponível valoriza o tempo deles”.* (Lavanda)

*“Na enfermagem de reabilitação você pode criar tudo, mas pautado na necessidade dessas pessoas, além de que tem que ser possível. O maior potencial da enfermagem de reabilitação é poder criar através de atendimentos individuais e personalizados. Poder criar, construir e cuidar de acordo com o que aquela pessoa tá te desafiando a fazer e não exatamente o que você quer que ela faça, mas sim o que ela acha que ela precisa fazer. Aí você vai entrar com teu conhecimento, tentar trazer esse conhecimento pra ela e ver o que ela quer ouvir do que você trouxe, o crivo dela, e em que momento ela vai usar aquilo. Daqui 10 anos ou amanhã, ter a capacidade de dar tempo pra essa pessoa com base em orientações de cuidado”.* (Capuchinha)

O cuidado de enfermagem de reabilitação tem a força de transformar algo frágil em uma bela oportunidade. Por isso, esse olhar transformador e criativo não deve ser guardado em instituições específicas, mas sim aberto para todos os locais onde se produz saúde. Compreende-se que multiplicar enfermeiros reabilitadores não é apenas acrescentar uma especialidade curricular, e sim potencializar a mudança de um olhar restaurativo para uma percepção otimista de emancipação e liberdade.

### **Eixo 3: O *devir* do cuidado de enfermagem de reabilitação**

O cuidado de enfermagem de reabilitação é retroalimentado pelo reconhecimento recíproco de amor, direito e solidariedade, pautado na confiança, no respeito e na estima social, alicerçado pelo esperar. Essa retroalimentação denominada *devir*, é vista como um incessante e permanente movimento que transforma, cria e provoca o devenir.

No caso da enfermagem de reabilitação, o *dever* caracteriza-se pela possibilidade de estabelecer metas particularizadas e personalizadas, que podem ser transformadas ou ressignificadas a qualquer instante. Em outras palavras, o *dever* do cuidado de enfermagem de reabilitação é a oportunidade de ser diverso constantemente e poder persistir e tentar, de formas diferentes, a partir da criatividade.

*“Reabilitação é persistir na potência da pessoa. Muitas vezes aquela pessoa já desistiu dela mesma. Ai está o grande desafio. Esse espírito de mostrar para a pessoa que existem possibilidades, e que você está ali com ela para ajudar no processo. Ajudar a pessoa a entender que só se reabilita quem consegue se refazer e não se acomodar”.* (Capuchinha)

*“É preciso entender que enfermeiro de reabilitação assume uma responsabilidade muito grande: estar envolvido. Você não é responsável por aquela pessoa, mas você é agente transformador na vida dela”.* (Lírio)

Para potencializar retroalimentações positivas no processo de cuidar em enfermagem de reabilitação, é importante aproximar a família e a comunidade. Esses elementos da rede de apoio articulam-se como pilares de sustentação para a construção bem-sucedida da personalidade do sujeito. O enfermeiro que reconhece o valor da família reflete estima ao convívio social e íntimo da pessoa em reabilitação.

*“A família sabe como é o viver dessa pessoa e por isso que eu digo que tem que escutar tudo que a família conta. Mais importante que um quadro clínico é o viver dessa pessoa. Por isso, o enfermeiro tem a responsabilidade de ser o profissional que une tudo relacionado àquela pessoa ou família”.* (Crisântemo)

*“Tem que entender que a família é o porto-seguro da pessoa em reabilitação. Quando aproximamos a família, eles se reabilitam mais rápido e com mais facilidade. A gente ensina aqui no CER como que faz para ser mais fácil em casa, mas quem está, lá todos os dias, para reforçar é a família”.* (Narciso)

Além disso, o *dever* do cuidado de enfermagem de reabilitação é fomentado positivamente através do reconhecimento profissional. Quando o enfermeiro se sente reconhecido por outros profissionais da mesma categoria ou multiprofissionalmente, acrescenta-se o senso de autoconfiança e estima. Dessa forma, o reconhecimento incrementa valor e carinho ao cuidado prestado.

*“O cuidado tem que ser humanizado, ter acolhida, ser respeitoso e amoroso. Tem que demonstrar o amor para a pessoa que chega aqui e fazer ela se sentir acolhida e percebida, tem que ser humana, humana de coração”.* (Cravo)

*“O cuidado tem que ser assertivo na reabilitação. Tem que ouvir para compreender o outro. Temos que respeitar o tempo da pessoa e acolher para tirar os medos que ela carrega com ela. O enfermeiro tem que ser acessível, bem acessível, e também ser empático”.* (Lavanda)

*“O enfermeiro tem que ser dirigente. Tem que ser aquela pessoa que busca desenvolver um trabalho com criatividade, com perseverança, com inteligência, com autonomia, com fervor, com vontade e com atitude”.* (Calêndula)

Logo, fomentar o *dever* do cuidado de enfermagem de reabilitação é promover qualidade na assistência, carinho no atendimento, ultrapassar protocolos e rotinas, esquecer a hegemonia do profissional da saúde, ser incansavelmente esperançoso e ter atitudes realísticas. O enfermeiro reabilitador percebe seu valor no próprio cuidado que executa e encontra motivações para persistir em cada pessoa que ajuda a reabilitar e tocar a própria vida.

### **Discussão**

Como se pode perceber nas narrativas dos participantes, os eixos que transpassam o cuidado de enfermagem de reabilitação se movimentam, internamente, no processo emancipatório do cuidado de enfermagem de reabilitação. A questão histórica que fundamenta e dificulta a transformação do cuidado ao longo do tempo, os obstáculos que reduzem o acesso das pessoas ao atendimento de reabilitação e a burocratização da saúde são elementos que devem ser refletidos e repensados, visando o

acesso universal e integral da pessoa. Em contrapartida, a potencialidade de trabalhar com algo transformador e fecundo, como é o caso da enfermagem de reabilitação, inquieta o profissional e fomenta sua competência criativa e esperançosa sobre o cuidado.

Porém, a motivação central para o cuidado de enfermagem de reabilitação manter-se ativo é a capacidade de gerar autocuidado pautado no amor, direito, solidariedade e esperança. Por isso, essa discussão pautou-se em debater a finalidade do cuidado como a retroalimentação de todos os eixos que perpassam o processo emancipatório, considerando que a ação de cuidado emancipadora visa o bem-viver. Isso pode parecer simples de afirmar, porém a grande complexidade está em como instrumentar e descrever o processo de emancipação do sujeito em reabilitação e sua família.

Os estudos atuais sobre enfermagem de reabilitação apontam que o autocuidado é a ferramenta para a promoção dessa emancipação pautada na autonomia, esperança, confiança, respeito e estima social. Nesse sentido, entende-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser realizados em um *continuum* ao longo da vida, desde o nascimento até a morte (MARQUES-VIEIRA; SOUSA, 2017). Para isso, é necessário que o processo de reabilitação seja dinâmico e multidisciplinar, envolvendo um corpo de conhecimentos e procedimentos que possibilita ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional e independência por meio da implementação e monitorização de planos baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (ORDEM DE ENFERMAGEM, 2011).

Nessa ótica, o primeiro passo para promover o autocuidado, em vista à emancipação, está relacionado ao papel fundamental do enfermeiro de advogar pelos direitos da pessoa e sua família em possuírem acesso e a utilização dos recursos necessários para a transição do exercício do papel de cuidador. É necessário instrumentalizar as pessoas envolvidas no cuidado para que possam desempenhar em conjunto as tarefas diárias, resolver problemas, tomar decisões, e gerenciar atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais. Essa competência do enfermeiro de reabilitação envolve a capacitação promotora de autonomia e liberdade (PETRONILHO; PEREIRA; SILVA, 2015).

Ao capacitar a pessoa e a família, o enfermeiro reabilitador assume o papel de parceiro dos cuidados, permanecendo na retaguarda e apoio contínuo, validando as competências para cuidar ao longo de todo o processo emancipatório. Essa perspectiva de cuidado visa facilitar o desempenho do cuidado, com o melhor planejamento e reduzir os desgastantes emocionais e físicos (FIGUEIREDO et al., 2012).

A ótica apontada pela enfermagem de reabilitação, supracitada, advém historicamente do modelo de Orem, o qual consolida como objetivo fundamental da enfermagem de reabilitação a competência de assistir a pessoa com necessidades de autocuidado, permitindo o regresso à sua autonomia. Para Orem, o enfermeiro acrescenta o autocuidado universal por abranger todos os aspectos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diárias ou às atividades instrumentais (HOEMAN, 2011).

Dessa forma, o cuidado de enfermagem de reabilitação promove a independência e capacita o indivíduo de acordo com as suas necessidades para o autocuidado, incentivando comportamentos saudáveis e prospectivos de serem realizados de forma autônoma (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001). Esse processo de capacitação multidimensional envolve o conhecimento, a decisão e a ação, nos domínios cognitivo, físico e material. Em outras palavras, capacitar envolve a dimensão pessoal relacionada às atividades de vida diárias que asseguram as condições básicas, bem como as atividades instrumentais da vida diária visam à integração na comunidade. Este conjunto de atividades são indicadores de autonomia e a independência, estando interligadas com a qualidade de vida (MARQUES-VIEIRA; SOUSA, 2017).

Visando à emancipação, o enfermeiro de reabilitação constrói um plano de intervenções direcionado para o autocuidado constituído por um conjunto de atividades e exercícios terapêuticos, direcionados para as necessidades da pessoa e sua família. Esse plano de cuidados é individualizado, consoante à necessidade de cada um e precisa ser validado constantemente pelos integrantes do cuidado (GUERREIRO; FERNANDES, 2019). Dessa maneira, o enfermeiro reabilitador fomenta o autocuidado como uma função humana reguladora para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-viver.

O autocuidado é visto como uma forma consciente, intencional e efetiva de compreender as experiências sociais, cognitivas e culturais. Por isso o enfermeiro de reabilitação possui papel fundamental, tanto na manutenção como na recuperação do autocuidado da pessoa, promovendo a sua independência e maximizando a sua funcionalidade. Logo, o compromisso com a pessoa, sua família e comunidade visa reduzir a vulnerabilidade e dependência, acrescentando bem-estar e qualidade de vida (BATISTA et al., 2019).

Consolida-se pelos relatos dos participantes e pela literatura científica que o *devoir* do cuidado de enfermagem de reabilitação foca-se em manter o *continuum* do autocuidado e preservar a qualidade de vida, conforme a singularidade de cada pessoa. Dessa maneira, a emancipação é percebida como a capacidade do sujeito de reconhecer-se como um agente de mudança na própria vida, detentor da capacidade de escolher e tomar decisões, bem como ser visto com igualdade e respeito na sociedade.

Dessa forma, compreende-se que a enfermagem de reabilitação tem o papel de impulsionar positivamente os processos de reconstruções e ressignificações dos sujeitos, pois os ajustes do viver humano devem ser facilitados para enfrentar as diversidades. O enfermeiro reabilitador contribui e fortalece a elaboração de metas pessoais e coletivas, bem como incentiva a consciência realística e possível para o alcance dessas metas.

### **Conclusão**

Este estudo agregou muitas reflexões acerca do cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório, com base nas falas de enfermeiros reabilitadores no contexto brasileiro. São diversos os desafios que a enfermagem de reabilitação enfrenta para consolidar-se e reconhecer-se no meio profissional, porém acredita-se que através da efetividade do autocuidado das pessoas em reabilitação, esse profissional encontra seu *feedback* para permanecer na luta pelo reconhecimento.

Em consonância ao objetivo central dessa pesquisa, pôde-se preencher lacunas do conhecimento, principalmente referente ao olhar prospectivo de construção de metas emancipatórias. A enfermagem de reabilitação emergiu, dialeticamente, como um fenômeno construtivo do processo emancipatório, fundado em aspectos históricos e esperançosos, consolidado no princípio da práxis humana e o no processo transformador e inquieto para o novo. Portanto, a enfermagem de reabilitação assumiu sua essência

antecipadora e otimista, agindo como promotor da emancipação, visando à elaboração de estratégias e objetivos passíveis e possíveis de serem alcançados, baseados nas necessidades e desejos pessoais.

O foco central do enfermeiro de reabilitação se tornou claro por meio das narrativas, expondo que para emancipar é necessário promover o autocuidado. Essa desconstrução social e histórica do conceito de cuidado repercute em obstáculos que serão enfrentados na trajetória do reconhecimento dessa especialidade. Porém, a investigação apresentou limites relacionados ao número reduzido de enfermeiros de reabilitação entrevistados e apenas envolver CER do estado de Santa Catarina.

### Referências

ACIEM, Tânia Medeiros; MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 4, p. 261-267, Aug. 2013 .DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000400011>.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 17, n. 01, p.223-230, fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000100024>

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elíoenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Brasília, v. 18, n. 4, p.01-09, ago. 2010.

BARBOZA, Heloisa Helena; JUNIOR, Vitor de Azevedo Almeida. RECONHECIMENTO E INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 13, p.13-37, set. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo** (4ª edição). Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BATISTA, Anabela Martins et al. Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações do foro motor. **Journal Of Aging And Innovation**, Évora, v. 1, n. 8, p.14-35, abr. 2019.

BLOCH, Ernst. O Princípio Esperança. Vol. I (Tradução de Nélio Schneider), Vol II (Tradução e notas de Werner Fuschs) e Vol. III (Tradução e notas de Nélio Schneider). Rio de Janeiro: Contraponto/Ed. UERJ, 2006.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. **Saúde (santa Maria)**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.1-11, 25 ago. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583427664>.

FIGUEIREDO, Daniela et al. Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, p. 31-55, 2012. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/12776>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

GUERREIRO, Carlos Tostes et al. Esclerose Múltipla e os componentes de Estrutura e Função do Corpo, Atividade e Participação do Modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Atenas Higéia**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p.25-30, jun. 2019.

GUERREIRO, Luísa Miguel; FERNANDES, Manuel Agostinho Matos. Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se. **Journal Of Aging And Innovation**, Évora, v. 1, n. 8, p.35-96, abr. 2019.

HOEMAN, Shirley. Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. 4. ed. Portugal: Loures : **Lusodidacta**, 2011. 840 p.

HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.

KOSIK, Karel. Dialética do concreto. Trad. NEVES, Célia; TORÍBIO, Alderico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LIMA, Maria José de. O QUE É ENFERMAGEM? **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 10, n. 1, p.71-74, set. 2017.

MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Portugal: **Lusodidacta**, 2017. 605 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10884/1081>

MENDES, Roberto Miguel Gonçalves et al. Organization of rehabilitation care in Portuguese intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.57-63, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180011>.

NEUVALD, Luciane; COLLARES, Solange Aparecida de Oliveira. O processo adaptativo e o processo emancipatório na gestão democrática. **Educação Unisinos**, Guarapuava, p.156-165, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/edu.2018.222.05>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República, Portugal, 35. Série II. Disponível em:< [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)>. Acesso em: 26 de junho de 2019.

OREM, Dorothea Elizabeth; TAYLOR, Susan; RENPENNING, Kathie Mclaughlin. **Nursing: Concepts of practice**. 6. ed. Eua: St. Louis: Mosby, 2001. 4 v.

PAULA, Elaine Antonia de; AMARAL, Rosa Maria Monteiro Ferreira do. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT. **Rev.**

**bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 44, e5, 2019 . <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013119>

PEREIRA, Jacqueline Lopes. Direito à convivência familiar de pessoas com deficiência: reconhecimento, cuidado e emancipação pela via da família solidária. 2016. Disponível em: <<http://revistaelectronica.oabrij.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

PETRONILHO, Fernando; PEREIRA, Filipe; SILVA, Abel de Paiva e. Percepção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: estudo longitudinal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Portugal, v. 1, n. 2, p.9-13, fev. 2015. ISSN: 1647-2160. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf>

RUIZ-MIRAZO, Kepa; MORENO, Alvaro. Autonomy in evolution: from minimal to complex life. **Synthese**, [s.l.], v. 185, n. 1, p.21-52, 1 fev. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11229-011-9874-z>.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE DROGAS: REVISÃO DA LITERATURA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 30, e178335, 2018 . <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>.

SPINELLI, Letícia. Amor, direito e estima social: intersubjetividade e emancipação em Axel Honneth. **Latitude**, [s.l.], v. 10, n. 01, p.84-111, 18 set. 2016. Universidade Federal de Alogos. <http://dx.doi.org/10.28998/2179-5428.20160104>

THIOLLENT, Michel. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 2001.

URQUIZA, Marconi de Albuquerque; MARQUES, Denilson Bezerra. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, Londrina, v. 16, n. 1, p.115-144, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>

## **7.5 MANUSCRITO IV – Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina: um relato de experiência**

**Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina: um relato de experiência**

**Promoting the recognition of rehabilitation nursing in the state of Santa Catarina: an experience report**

**Promoviendo el reconocimiento de la enfermería de rehabilitación en el estado de Santa Catarina: un relato de experiencia**

Milena Amorim Zuchetto

Soraia Dornelles Schoeller

Luiz Gustavo da Cunha de Souza

**Resumo:** Introdução: O cuidado de enfermagem de reabilitação no contexto brasileiro ainda apresenta-se muito incipiente aos olhos da atenção universalizada, equânime e integral pautada pelo Sistema Único de Saúde; porém permanecem as tentativas de reconhecer a especialidade de enfermagem de reabilitação para potencializar o cuidado emancipador, visando à qualidade da atenção à saúde. Objetivo: Descrever a experiência do evento e promover o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina. Método: Trata-se de relato de experiência da ação originada a partir da dissertação de mestrado, envolvendo o método da Pesquisa-Ação calcado no materialismo-histórico e dialético realizado em formato de encontro. Essa ação foi realizada pelo Laboratório de Pesquisa, Ensino e Tecnologia sobre Saúde, Enfermagem e Reabilitação, grupo (Re)Habilitar, da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual ocorreu durante a 80ª Semana Brasileira da Enfermagem, no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina, nos dias 16 e 17 de maio de 2019. O tema central do encontro foi proporcionar um ambiente de visibilidade e debate acerca da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina, pautado em dados emergentes de uma dissertação de mestrado. Resultados: A experiência possibilitou o compartilhamento de ações de cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório à medida que proporcionou um ambiente de diálogo frutífero acerca das temáticas: desafios e potências do cuidado, reconhecimento da especialidade dentro e fora da profissão e a questão da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no contexto do trabalho em reabilitação. Conclusão: A realização desse evento possibilitou o intercâmbio de vivências e experiências significativas e enriquecedoras para a construção da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina, contribuindo para o processo emancipador desse cuidado especializado.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Pesquisa de Reabilitação.

**Abstract:** Introduction: Nursing rehabilitation care in the Brazilian context is still very incipient in the eyes of universalized, equanimous and integral care guided by the Unified Health System, but the attempts to recognize the specialty of rehabilitation

nursing to enhance the care, aiming at the quality of health care. Objective: To describe the experience of the event and promote the recognition of rehabilitation nursing in the state of Santa Catarina. Method: This is an experience report of an event held by the Research, Teaching and Technology Laboratory on Health, Nursing and Rehabilitation, Rehabilitation Group, Federal University of Santa Catarina, which occurred during the 80th Brazilian Week in the city of Florianópolis, state of Santa Catarina, on May 16 and 17, 2019. The main theme of the event was to provide an environment of visibility and debate about rehabilitation nursing in the state of Santa Catarina, based on data emerging from a master's thesis. Results: The experience allowed the sharing of actions of rehabilitation nursing care as an emancipatory process as it provided an atmosphere of fruitful dialogue on the themes: care challenges and potentials, recognition of the specificity inside and outside the profession, and the question of multiprofessionality and transdisciplinarity in the context of rehabilitation work. Conclusion: The realization of this event made possible the exchange of experiences and significant and enriching experiences for the construction of rehabilitation nursing in the state of Santa Catarina, contributing to the emancipation process of this specialized care.

Keywords: Nursing Care; Rehabilitation; Nursing in Rehabilitation; Rehabilitation Research.

**Resumen:** Introducción: El cuidado de enfermería de rehabilitación en el contexto brasileño todavía se presenta muy incipiente a los ojos de la atención universalizada, equitativa e integral pautada por el Sistema Único de Salud, pero permanecen los intentos de reconocer la especialidad de enfermería de rehabilitación para potenciar el bienestar el cuidado emancipador, visando la calidad de la atención a la salud. Objetivo: Describir la experiencia del evento y promover el reconocimiento de la enfermería de rehabilitación en el estado de Santa Catarina. En el presente trabajo se analizan los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio. de la Enfermería, en el municipio de Florianópolis, estado de Santa Catarina, los días 16 y 17 de mayo de 2019. El tema central del evento fue proporcionar un ambiente de visibilidad y debate acerca de la enfermería de rehabilitación en el estado de Santa Catarina, pautado en datos emergentes de una disertación de maestría. Resultados: La experiencia posibilitó el intercambio de acciones de cuidado de enfermería de rehabilitación como proceso emancipatorio a medida que proporcionó un ambiente de diálogo fructífero acerca de las temáticas: desafíos y potencias del cuidado, reconocimiento de la especificidad dentro y fuera de la profesión y, multiprofesionalidad y transdisciplinarietà en el contexto del trabajo en rehabilitación. Conclusión: La realización de este evento posibilitó el intercambio de vivencias y experiencias significativas y enriquecedoras para la construcción de la enfermería de rehabilitación en el estado de Santa Catarina, contribuyendo al proceso emancipador de ese cuidado especializado.

Descriptores: Cuidados de Enfermería; rehabilitación; Enfermería en Rehabilitación; Búsqueda de Rehabilitación.

## Introdução

O foco do cuidado de enfermagem de reabilitação é a melhor qualidade no processo de retomada das habilidades físicas e cognitivas nas pessoas, na busca da mais harmoniosa construção da inclusão no meio social (ACIEM; MAZZOTTA, 2013). Por

isso, a enfermagem compreende o cuidado integral com responsabilidade para a promoção da autonomia e liberdade dos indivíduos (BACKES et al., 2012).

O cuidado realizado pela enfermagem de reabilitação possui um olhar sobre todos os momentos do ciclo vital humano (do nascimento à velhice), ao passo que possui como foco principal acrescentar qualidade de vida à pessoa, sua família, seu ambiente e coletividade, buscando fomentar cidadãos que contribuam na sociedade e possam bem-viver (SCHOELLER, 2018).

Porém, mesmo existindo uma relevante magnitude epidemiológica e preocupação de saúde pública na questão da reabilitação, persiste a incipiência do reconhecimento da enfermagem de reabilitação, a qual fragiliza a atenção à saúde desse grupo populacional no país. Além disso, a pesquisa e a produção literária no âmbito da enfermagem de reabilitação são próximas da inexistência, provocando a sensação de invisibilidade para esses profissionais no Brasil (SCHOELLER et al., 2014).

A literatura internacional constata que o cuidado de enfermagem de reabilitação tem caráter global, dinâmico e orientado para o restabelecimento físico e psicológico da pessoa, de modo a permitir sua reintegração social. Por outro lado, o grande desafio emerge da urgente necessidade de compreender a reabilitação como uma responsabilidade de saúde, bem assim perceber o ser humano em seu meio sociocultural atravessado pela família e comunidade (SANCHES; VECCHIA, 2018).

Pensando a enfermagem de reabilitação como uma filosofia de promoção da saúde e de oportunidades para prevenir as desvantagens, o cuidado passa a impulsionar as potencialidades pré-existentes na pessoa para retornar sua auto-estima e independência (LIMA; TAVARES; MAENO, 2013). Dessa forma, a prática dos enfermeiros reabilitadores é, essencialmente, a potencialização da autonomia e independência do indivíduo, equacionando estratégias de promoção do autocuidado centradas na pessoa e na família (ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016).

Diante da necessidade de reconhecer a enfermagem de reabilitação no contexto brasileiro, visando o cuidado emancipatório, digno e autônomo, este estudo tem como objetivos descrever a experiência do evento e promover o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina.

## **Método**

Trata-se de um relato de experiência da ação transformadora emergente de uma pesquisa fundada no método Pesquisa-ação, realizado em formato de encontro intitulado “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina”. Essa ação foi realizada pelo Laboratório de Pesquisa, Ensino e Tecnologia sobre Saúde, Enfermagem e Reabilitação – (Re)Habilitar, pertencente ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, nos dias 16 e 17 de maio de 2019.

O método da Pesquisa-ação possui caráter social, educacional e técnico, visando facilitar a resolução de problemas concretos da realidade social, através de um procedimento flexível e pouco normativo. O processo de escolha deste tipo de método advém da necessidade de respeitar a voz dos participantes e suas demandas específicas (THIOLLENT, 2001).

Este evento emergiu dos resultados de uma dissertação realizada pela discente participante do grupo de pesquisa supracitado, possibilitando transcender os muros da universidade e promover o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina. A finalidade dessa ação foi atender às necessidades dos sujeitos estudados, os quais elencaram como relevante um ambiente de diálogo e divulgação dessa especialidade perante a enfermagem e demais profissionais da saúde.

Dessa forma, foi desenvolvido um evento em nível estadual, convidando todos os profissionais da equipe multiprofissional, comunidade e universidades vinculadas para refletir sobre o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina. A ação ocorreu em dois dias, com um total de 16 horas de atividades, no auditório da pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Buscando a maior visibilidade para a temática, este evento foi agendado para acontecer durante a comemoração da 80ª Semana Brasileira de Enfermagem.

A elaboração dos temas e o formato de apresentações selecionadas para o evento foram decididos de forma coletiva, agregando as necessidades do grupo estudado para fomentar a essência da enfermagem de reabilitação. Diante disso, foram realizadas quatro mesas-redondas, as quais envolveram os seguintes debates: desafios e potencialidades do reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa

Catarina; as distâncias e aproximações de órgãos de referência para enfermagem no Estado, tais como o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina e a Associação Brasileira de Enfermagem; e a questão do trabalho multiprofissional e transdisciplinar no contexto da reabilitação. Além das mesas-redondas, houve uma oficina para o compartilhamento de ações de inclusão, na ótica da diversidade, dentro do campus universitário e 11 palestras multiprofissionais que abordaram cuidados vesico-intestinais, cuidado com a pele e ações de cada categoria profissional no contexto da reabilitação.

A coleta de dados para a construção desse relato de experiência emerge da gravação dos debates das mesas-redondas e registro de Notas de Observação (NO) das palestras e oficina. As gravações respeitaram os preceitos éticos da Resolução 466/2012, sendo entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos componentes da mesa e explicado seus direitos sobre a pesquisa. As gravações foram realizadas por meio de dispositivo de áudio e transcritas literalmente.

O conteúdo dessas transcrições foi analisado sob a ótica do processo emancipatório, considerando uma perspectiva construtivista, reflexiva, crítica e filosófica deste cuidado. Diante disso, a fundamentação teórico-filosófica da Teoria do Reconhecimento (HONNETH, 2003) e do Princípio da Esperança (BLOCH, 2006) possibilitou a captação da essência do cuidado de enfermagem de reabilitação, fundada na perspectiva da pessoa em processo de reabilitação e do enfermeiro reabilitador (BARDIN, 2011).

Ultrapassando as expectativas dos organizadores, a divulgação que ocorreu através da mídia digital, contatos de profissionais, instituições de referência no estado, universidades e escolas técnicas, abrangeu 157 inscrições prévias, efetivando-se a participação de 98 pessoas, nos dois dias de atividades. O seminário foi completamente gratuito com inscrições antecipadas, via contato de e-mail ou presencialmente no dia do evento. A vasta lista de inscritos e a construção sinérgica do cronograma do evento promoveram grandes repercussões para a história da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 02022918.5.0000.0121, no dia 19 de dezembro de 2018, com parecer nº3.094.742. Para

assegurar o anonimato dos participantes, os mesmos escolheram nomes de flores para suas intitulações no estudo.

## Resultados

Houve no total 98 participantes incluídos no estudo, 69 eram do gênero feminino e 29 do gênero masculino, com idades entre 17 e 60 anos, com níveis e áreas de formação diversas, conforme pode ser visto na Tabela 5, percebe-se uma vasta distribuição profissional entre os participantes.

Tabela 5 – Informações das pessoas presentes no evento em frequência absoluta e relativa. (n=98) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2019.

Variáveis		FA	FR
<b>Gênero</b>	Feminino	69	70,40
	Masculino	29	29,59
<b>Nível de Escolaridade</b>	Técnico	26	26,53
	Graduação	72	73,46
<b>Área profissional</b>	Técnico de Enf	26	26,53
	Enfermagem	46	46,93
	Medicina	2	2,04
	Fisioterapeuta	5	5,10
	Terapeuta Ocupacional	2	2,04
	Pedagogia	4	4,08
	Psicologia	2	2,04
	Fonoaudiologia	4	4,08
	Assistente Social	2	2,04
	Engenharia	1	1,02
	Educação Física	1	1,02
	Nutrição	2	2,04
	Farmácia	1	1,02

FA – Frequência Absoluta; FR - Frequência Relativa.

(Fonte: Autora)

O encontro possibilitou a reunião de profissionais de diversas áreas, incluindo: assistência social, educação física, enfermagem, engenharia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, pedagogia, psicologia e terapia ocupacional. Além

disso, participaram alunos de graduação em enfermagem e do nível técnico de enfermagem.

As mesas redondas se organizaram em formato aberto e dialogado com o público, visando o debate mais ampliado e horizontal possível. Como componentes da mesa houve 11 representantes. Três pesquisadoras da área de reabilitação do Departamento de Enfermagem da UFSC, três enfermeiros lotados em Centros Especializados de Reabilitação no estado de Santa Catarina, uma médica fisiatra lotada no Centro Catarinense de Reabilitação, uma psicóloga da atenção primária à saúde do município de Florianópolis, uma enfermeira da Secretaria de Saúde do estado de Santa Catarina e uma enfermeira representante do Coren/SC.

As cidades de origem dos participantes envolveram municípios do estado de Santa Catarina como Lages, Florianópolis, Criciúma, Blumenau e Itajaí, além de pessoas de outros estados do país como São Paulo e Espírito Santo. Os municípios citados componentes do estado de Santa Catarina possuem Centros Especializados de Reabilitação (CER), sendo este o grande fator fomentador da presença desses participantes no evento.

### **Descrição da experiência**

Conforme a construção da cronologia do evento, nas Figuras 8 e 9 a seguir, é replicado o *Flyer* de divulgação contemplando as temáticas, organização da distribuição de palestras, mesas-redondas e oficina desenvolvidas nos dias 16 e 17 de maio de 2019, das 8 às 18 horas. Pode-se perceber que o evento investiu esforços em potencializar os olhares para a relevância do trabalho da enfermagem de reabilitação, buscando a visibilidade dentro e fora da profissão, bem como o reconhecimento da especialidade frente aos órgãos de representação da profissão.

16 DE MAIO DE 2019	
8:00 – 9:00	Credenciamento dos participantes
9:00 – 9:30	Solenidade de abertura
9:30 – 10:00	Apresentação do grupo (Re)Habilitar
10:00 – 11:30	Mesa redonda: Desafios e potencialidades para o reconhecimento da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina
11:30 – 12:00	Exposição de fotos e documentário sobre projeto de acessibilidade
ALMOÇO	
14:00 – 15:00	Palestra sobre cuidados de enfermagem de reabilitação: Vesico-intestinal
15:00 – 16:00	Palestra sobre cuidados de enfermagem de reabilitação: Pele, feridas e ostomia
16:00 – 16:30	INTERVALO
16:30 – 17:30	Mesa redonda: Reconhecimento do Coren/SC e Aben acerca da enfermagem de reabilitação
17:30 – 18:00	Encerramento

Figura 8: *Flyer* de divulgação do evento no dia 16 de maio de 2019.

**Fonte:** Autora.

17 DE MAIO DE 2019	
8:00	Solenidade de abertura
8:00 – 8:30	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Enfermagem
8:30 – 9:00	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Medicina
9:00 – 9:30	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Pedagogia
9:30 – 10:00	INTERVALO
10:00 – 10:30	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Fonoaudiologia
10:30 – 11:00	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Assistente Social
11:00 – 11:30	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Psicologia
11:30 – 12:00	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Nutrição
ALMOÇO	
14:00 – 14:30	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Fisioterapia
14:30 – 15:00	Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Terapia ocupacional
15:00 – 16:00	Mesa redonda: Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no contexto da reabilitação
16:00 – 16:30	INTERVALO
16:30 – 17:30	Oficina: Compar tilhando ações de inclusão no Centro de Ciências da Saúde
17:30 – 18:00	Encerramento

Figura 9: *Flyer* de divulgação do evento no dia 17 de maio de 2019.

**Fonte:** Autora.

A partir dos debates fomentados pela construção da cronologia do evento, foram estabelecidas três categorias centrais que serão discutidas neste manuscrito: **Desafios e potencialidades para o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina; Reconhecimento de órgãos de representação profissional de**

**enfermagem acerca da especialidade de reabilitação; e Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no contexto da reabilitação.**

**Categoria 1: Desafios e potencialidades para o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina**

O cuidado de enfermagem de reabilitação foi debatido como sendo o ponto central das interlocuções profissionais para a finalidade comum de potencializar a máxima habilidade e o bem-viver da pessoa, sua família e comunidade. Esse olhar permeia a inclusão e exclusão social, as contradições da fragmentação da reabilitação no contexto brasileiro e papéis no processo de emancipação. O cuidado de reabilitação é percebido como transversal ao processo de viver, atravessando os obstáculos e matizes da vida diária de qualquer ser humano.

*“O cuidado de enfermagem de reabilitação tem uma intencionalidade ampliada, porque se pensa na sua vida cotidiana”. (Boca-de-leão)*

*“Entender a enfermagem de reabilitação envolve ressignificar a intervenção de enfermagem, porque temos que esperar ele tentar antes, e não somente ir executar por ele”. (Begônia)*

Esse olhar ressignificado muda os paradigmas ocidentais e médico-centrados, nos quais são construídos os pilares da enfermagem tradicional, acrescentando a possibilidade, a criatividade, o otimismo e a qualidade de vida como as principais finitudes do cuidado. A pessoa, sua família e comunidade tornam-se corresponsáveis pela reabilitação, ao passo que implicam cuidados costurados à realidade cultural, social e ambiental.

*“O enfermeiro de reabilitação cuida e reabilita ao mesmo tempo, tendo como lema a vida como um movimento e enfrentamento”. (Boca-de-leão)*

*“Então eu acho que o papel do enfermeiro é ressignificar aquele momento e despir-se dos conceitos que, às vezes, a gente traz da academia de que o enfermeiro tem que fazer pela pessoa. É difícil para a gente também”. (Begônia)*

Além do desafio paradigmático, a enfermagem de reabilitação enfrenta outros obstáculos para o cuidado emancipador. Esses desafios envolvem as falhas na rede de atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entender quais as necessidades da enfermagem de reabilitação no estado, a visão dos demais profissionais de que a enfermagem é apenas executadora de serviços e a ausência de formação para o trabalho de reabilitação.

*“Não tive suporte em minha formação para poder entender a reabilitação”.* (Pinha)

*“O nosso desafio agora é exatamente a gente começar a pensar quais são as questões colocadas para enfermagem de reabilitação de Santa Catarina”.* (Boca-de-leão)

*“A pessoa é encaminhada por sistema de regulação, e isso, pra nós enquanto equipe, ainda é um entrave porque é per-capita, então tem município que consegue encaminhar 1, 2 pacientes por ano pra nós e isso é difícil”.* (Begônia)

*“O que a gente costuma fazer? Primeiro: cuidados curativos do corpo, sem pensar qual é a funcionalidade daquele corpo. Reeducação do trânsito intestinal, sem pensar que aquela pessoa tem uma vida própria. Cuidados com a pele, sem pensar que aquela pessoa tem que ser completa. Mas é só a pele, não existe uma pessoa”.* (Boca-de-leão)

Porém, mesmo diante às dificuldades e diversidades para o reconhecimento, existem muitas potências que acrescentam esperanças ao futuro da enfermagem de reabilitação no contexto brasileiro. Entre essas potencialidades, destacam-se a ação do enfermeiro como unificador dos profissionais da equipe, a participação do olhar cuidadoso em todo processo de reabilitação e a compreensão de que a enfermagem de reabilitação implica em todos os contextos do viver humano, ultrapassando as barreiras de uma instituição.

*“O enfermeiro aproxima a equipe porque percorremos todas as áreas. Temos um olhar sobre o papel de cada profissional e, a*

*partir desse olhar, provocamos debates para melhorar a assistência e diálogo multiprofissional”. (Pinha)*

*“O objetivo, quando nós formamos a equipe, era que o enfermeiro pudesse ser o pilar central desse serviço”. (Begônia)*

*"Desde o contexto da urgência e emergência, até a reinserção na comunidade, trabalho, universidade ou escola, em todo espaço é possível promover saúde. A enfermagem de reabilitação entende esses contextos como contextos da vida. Por isso pensamos em habilitar para tocar a própria vida”. (Boca-de-leão)*

Dentre tantos desafios e possibilidades, a enfermagem de reabilitação assume um caráter otimista frente ao processo de trabalho, porque acredita no bem-viver, no reconhecimento, no respeito, na dignidade, no vínculo, na estima social e na emancipação. Dessa forma, surgem sonhos possíveis de, um dia, a enfermagem de reabilitação ser reconhecida como especialidade, bem como ser inserida nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem. Além disso, há uma extensa trajetória no que diz respeito aos tropeços da rede de atenção à saúde e suas limitações de referenciamento, porém existem esperanças que podem gerar mudanças na forma de pensar sobre os encaminhamentos.

### **Categoria 2: Reconhecimento de órgãos de representação profissional de enfermagem acerca da especialidade de reabilitação**

Dando continuidade aos sonhos de ser reconhecida como uma especialidade, a enfermagem de reabilitação debate aspectos importantes para sua estima perante as outras profissões e especializações. A formação generalista da graduação em enfermagem tem-se esforçado para construir uma profissão voltada às necessidades do SUS, pautando-se nos pilares da universalidade, equidade e integralidade para promover, prevenir e recuperar a saúde.

*“CER/BLUMENAU fechou seu funcionamento no dia 17 de maio para se fazer presente no evento, trazendo a multiprofissionalidade e transdisciplinaridade como pilares importantes para o fomento da enfermagem de reabilitação”. (NO, 17 de maio de 2019)*



Figura 10: Profissionais do Centro Especializado de Reabilitação do município de Blumenau.  
(Fonte: Autora)

Em contrapartida, a matriz curricular de enfermagem não aponta espaços delimitados quanto à quarta responsabilidade em saúde, que assumiu junto aos pressupostos do SUS: a reabilitação. Esse eixo da saúde, ainda incipiente na enfermagem, tem a finalidade de potencializar as habilidades do sujeito considerando as experiências de vida e as relações e condições históricas. Na saúde, a reabilitação desafia os protocolos e rotinas institucionais, à medida que se fundamenta na realidade biopsicossocial de cada pessoa.

Compreender a reabilitação como uma responsabilidade no processo de produzir saúde é entender a promoção, prevenção e a recuperação como o compartilhamento de dimensões do cuidado para a saúde coletiva de qualidade entre sujeitos. O fim do cuidado e da saúde é, na verdade, facilitar que os sujeitos tenham mais autonomia e força para decidir como caminhar suas vidas (BRASIL, 2010).

*“Quem gosta de gente é profissional da saúde, e quem gosta de cuidar de gente é enfermeiro, e quem gosta de acrescentar qualidade de vida, autonomia, esperança e dignidade, escolhe ser enfermeiro reabilitador”. (Botão-de-ouro)*



Figura 11: Pessoas que constroem a história da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina.  
Fonte: Autora)

Nesse sentido, há um crescente movimento para o empoderamento da enfermagem de reabilitação assumir sua ação de cuidado especializado, em contradição à percepção do Conselho Federal de Enfermagem, o qual não reconhece a enfermagem de reabilitação como especialidade. Para alcançar esse reconhecimento são necessárias lutas e extensas trajetórias para percorrer. Porém o princípio está em definir o papel desse profissional, contextualizando a realidade ímpar da reabilitação no contexto municipal, estadual e nacional, compreendendo a historicidade e o cuidado de forma ampliada.

A história da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina começou há 25 anos, com o pioneirismo e coragem de um grupo pequeno de enfermeiras que perceberam a diferença dos cuidados nesse contexto. O que se percebe hoje, é que os reflexos dessa insuficiência do reconhecimento legal da especialidade provocam repercussões na qualidade da assistência, ao passo que é escassa a literatura científica no contexto brasileiro e pouco se debate na academia.

Ainda há um caminho a trilhar para reconhecer legalmente a enfermagem de reabilitação; porém o primeiro passo foi dado, quando a enfermagem assumiu seu papel de pensar além da “caixinha” que somos formados. A enfermagem de reabilitação cuida, com responsabilidade ética, as questões da diversidade para o bem-viver das pessoas, priorizando a vida com qualidade, autonomia e esperança.

### **Categoria 3: Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no contexto da reabilitação**

O trabalho multiprofissional envolve o convívio entre profissionais, potencializando o compartilhamento de situações da vida pessoal e de idéias, inferindo em laços interpessoais solidários. Essa relação multiprofissional beneficia o acolhimento, a negociação e o processo de comunicação, possibilita a humanização do serviço prestado e funciona como uma estratégia para o grupo reduzir estresse e níveis de burnout (GUIRARDELLO, 2017).

*“É necessário saber respeitar a autonomia profissional e compreender que, nesse tipo de organização do trabalho, existem múltiplas disciplinas, ou seja, um trabalho desempenhado por vários profissionais”.* (Copo-de-leite)

*“Para trabalhar desse jeito, tem que ter o diálogo e, acima de tudo, tem que ter um conhecimento de todas as áreas. Pra que se tenha um melhor trabalho, é preciso discutir”.* (Cravina)

*“A finalidade de trabalhar de forma multiprofissional está na lógica do que é coletivo, do que é pro usuário e o que é pra família e o bem-estar dele”.* (Begônia)

O trabalho multiprofissional também favorece à escuta qualificada e à integralidade do atendimento, embora necessário um trabalho transdisciplinar para que a integração da equipe possa nortear intervenções baseadas em demandas individuais e coletivas (LEUCAS et al., 2017). A transdisciplinaridade maximiza a força dos seus membros e minimizam a duplicação de esforços, existindo a contribuição e compartilhamento de conselhos, sem delimitar fronteiras às disciplinas, gerando maior eficácia e eficiência na implementação do plano de cuidados.

*“Implica uma interação colaborativa, focada no usuário. Não médico-centrada, nem enfermeiro-centrada, ou qualquer outro profissional. A partir da realidade e da necessidade do usuário, nós vamos pensar no plano de intervenção”.* (Peônia)

*“Esse tipo de trabalho acontece quando há reflexão, porque a transdisciplinaridade permite diálogo, permite ação, permite entender um pouco mais e poder planejar tudo em relação que esse paciente”.* (Begônia)

*“Eu penso que o nosso objetivo na reabilitação é a melhoria da qualidade de vida da pessoa e da sua família e que, para isso, é necessário a integração das disciplinas”.* (Copo-de-leite)

Logo, trabalhar de forma multiprofissional e transdisciplinar é agregar conhecimentos, promover compartilhamentos, ajustar paradigmas, alinhar intervenções, escutar as demandas da pessoa e família e considerar as questões sociodemográficas, políticas, sociais, culturais, ambientais e espirituais. Em reabilitação, utilizamos essa metodologia de trabalho para alcançar o objetivo comum que é o bem-viver com qualidade e dignidade.

*“O plano de atividades envolve os desejos, os objetivos da pessoa e o ambiente onde ela vive. Por isso que o trabalho em equipe é muito importante”.* (Copo-de-leite)

*“Deve-se trabalhar como equipe e não como uma eu-quipe. O diálogo faz a integração de conhecimentos pra se ter essa atuação, compreendendo que o domínio do conhecimento em reabilitação tem que ser de todos”.* (Begônia)

Por outro lado, também se sabe que essas relações são atravessadas pela hierarquização dos saberes, devido à historicidade e cultura biomédica na área da saúde em geral. As inferências da relação hegemônica dentro de uma instituição de saúde dificultam a construção do espírito de equipe e reduz a qualidade das relações de trabalho. Na área da reabilitação, ainda se percebe a dificuldade de articular paradigmas de saúde sem ferir os egos dos profissionais. Além disso, a noção de que a pessoa é “paciente” e pouco ativa no processo de cuidado pode impulsionar atitudes imperativas e dogmáticas por parte dos profissionais.

*“No processo de trabalho multiprofissional, acontece muito de ter uma desarticulação entre os profissionais e eles não se sentem juntos com um mesmo objetivo”.* (Cravina)

*“Penso que o maior desafio do trabalho multiprofissional seja realmente a conciliação de paradigmas do que é saúde e o que é qualidade de vida, porque enquanto um achar que a cura e a medicação são mais importantes do que a pessoa e a família, as diferenças dos paradigmas vão sempre impedir a verdadeira ação multiprofissional”. (Cinerária)*

Além disso, a desarticulação da rede de atenção à saúde provoca grandes impactos sociais e financeiros no âmbito individual e coletivo, ao passo que muitos profissionais ainda desconhecem a reabilitação e sua função na saúde. Essas falhas de comunicação entre os níveis de atenção à saúde atrasam a chegada dessas pessoas ao atendimento especializado, depreciam a funcionalidade potencial, negligenciam a saúde e qualidade de vida e reduzem as expectativas de melhora. Esses erros na referência e contrarreferência, somado ao senso egocêntrico do profissional, são os aspectos que mais obstaculizam o trabalho multiprofissional e transdisciplinar.

*“A desintegração da rede social com a rede de saúde repercute na vida da pessoa, porque as suas necessidades sociais impedem que ele consiga estar aqui na saúde”. (Copo-de-leite)*

*“Por que se chama Rede? Tem que estar interligado, mas não está; e isso se prova quando a pessoa recebe alta da reabilitação e ao invés de ser acolhida nos outros pontos da rede, ela é esquecida e negligenciada. Nossa rede tem muitos furos que impedem nosso trabalho transdisciplinar”. (Peônia)*

*“Acho que a maior premissa do trabalho transdisciplinar é o trabalho em conjunto, mas enquanto houver o senso de ego, egoísmo com a sua competência profissional e desrespeito com as habilidades do colega, esse tipo de trabalho não vai acontecer. A verdade é que, em muitos locais, os profissionais de saúde ainda persistem nessa briga de ego e não entendem que esse tempo gasto reduz a qualidade de vida do usuário”. (Cinerária)*

Mesmo diante dos desafios de trabalhar em reabilitação, emergem esperanças de que, promovendo espaços para diálogo e construção, é possível evoluir nessa estrada

tortuosa. Começa-se então, a pensar em reabilitação ligada às pessoas e não ao corpo ou suas condições clínicas. Permite-se questionar os modelos que regem nossa forma de cuidar para refletir o autocuidar. Agrega-se saberes sem medo de perder espaço ou disputar títulos, o que se busca na enfermagem de reabilitação é trabalho reconhecido.

### **Considerações Finais**

A experiência possibilitou o compartilhamento de ações do cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório, à medida que proporcionou um ambiente de diálogo frutífero acerca das temáticas: desafios e potências do cuidado, reconhecimento da especialidade dentro e fora da profissão, e a questão da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no contexto do trabalho em reabilitação. Este evento marcou as páginas do livro da história da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina, à medida que possibilitou o intercâmbio de vivências significativas para a construção da enfermagem de reabilitação, contribuindo para o processo emancipador e de reconhecimento desse cuidado especializado.

Como limites do estudo, o encontro foi pouco divulgado em nível estadual e nacional, envolveu poucas pessoas e emergiu da necessidade dos enfermeiros de reabilitação do estado de Santa Catarina. Porém, foram preenchidas lacunas do conhecimento acerca das fragilidades e potências dessa especialidade no contexto brasileiro, evidenciando que a enfermagem está em processo de construção diante à reabilitação.

### **Referências**

ACIEM, Tânia Medeiros; MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 4, p. 261-267, Aug. 2013 .DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000400011>.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 17, n. 01, p.223-230, fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000100024>

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo** (4º edição). Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BLOCH, Ernst. O Princípio Esperança. Vol. I (Tradução de Nélio Schneider), Vol II (Tradução e notas de Werner Fuschs) e Vol. III (Tradução e notas de Nélio Schneider). Rio de Janeiro: Contraponto/Ed. UERJ, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

GUIRARDELLO, Edinêis B. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>

HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.

LEUCAS, Cláudia Barsand et al. Analisando a qualidade de vida de pessoas com deficiência de um projeto de extensão por meio do protocolo de levantamento de problemas para a reabilitação. *Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão*, v. 1, n. 1, p. 85-94, 2017.

LIMA, Cristiane Queiroz Barbeiro; TAVARES, Daniela Sanches; MAENO, Maria. (Org.). Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional. São Paulo: Fundacentro; 2013.

ROCHA, Suelen Alves; AVILA, Marla Andréia Garcia de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. BREVE PANORAMA MUNDIAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. **Rev Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, Portugal, v. 01, n. 01, p.06-12, jun. 2018.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. PESQUISA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, Bárbara 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.

THIOLLENT, Michel. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 2001.

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza et al. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.1157-1176, 2 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção de estudar e construir o cuidado de reabilitação como processo emancipatório, considerando o viver em reabilitação, potências e limites de cuidar e ser cuidado, surgiu da necessidade de compreender como essas pessoas vivem e convivem o processo reabilitador, almejando contribuir para que esse processo seja vivido e apreendido com mais confiança, respeito, estima e esperança.

Foi-me ao mesmo tempo fácil e difícil desenvolver a presente dissertação de Mestrado. Fácil por ser uma temática que me encanta e pela possibilidade de ser e fazer melhor a minha prática profissional. Difícil por se tratar de um tema complexo, que envolve histórias de vidas que nos tocam emocionalmente e intelectualmente. Tive medo de não saber conduzir o processo de investigação pela pouca experiência na área da reabilitação, mas, aos poucos, meus medos transformaram-se em potências e percebi um grande salto na minha abordagem com essas pessoas, em especial através da realização da ação transformadora final intitulada “Promovendo o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina”.

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu-nos perceber que as pessoas em reabilitação convivem nesse processo de forma diferente dos enfermeiros de reabilitação, pois enfrentam a vida pautada em novas elaborações do próprio cotidiano. Essas pessoas em reabilitação atravessam a ruptura da vida do antes e depois da reabilitação de formas diversas, permeadas por sofrimento físico, psicológico e resistência às mudanças. Porém, o cuidado reabilitador emergiu como a mola propulsora de expectativas otimistas que promovam a autonomia, o reconhecimento, a valorização e ampliação das possibilidades.

O olhar da enfermagem de reabilitação envolve uma percepção crítica e reflexiva acerca dos atravessamentos da esperança no processo de reconhecimento, por meio do amor, do direito e solidariedade. Esses atravessamentos paradigmáticos representam a luta pelo reconhecimento da especialidade e descrição das suas ações de reabilitação e também visando consolidar sua ação emancipadora na vida das pessoas em reabilitação, equipe multiprofissional e transdisciplinar. Porém, os processos de trabalho, fixos e protocolados, reforçam a postura profissional alienante no cuidado. Somado a isso, o distanciamento da academia à prática da enfermagem de reabilitação, as falhas na referência e contrarreferência, os desafios de trabalhar em equipe e a

hegemonia histórica da formação em saúde centrada na medicina, ainda são obstáculos que a enfermagem de reabilitação enfrenta no exercício do cuidado especializado.

Acrescentado a esses obstáculos, as lacunas científicas acerca do processo de reabilitação no Brasil caracterizam grandes limites na compreensão da reabilitação como uma das ações previstas pelo Sistema Único de Saúde, repercutindo na incipiência de cuidados de reabilitação no âmbito hospitalar, centralização de ações de reabilitação em apenas cinco centros no estado, aumento das complicações evitáveis e redução da qualidade de vida e independência, desarticulação da Rede de atenção à saúde para pessoa com deficiência, insuficiência das políticas públicas e desconhecimento dos demais profissionais da saúde acerca do manejo de reabilitação na rede.

As pessoas em reabilitação ainda referem que a falta de acessibilidade arquitetônica e atitudinal, nos diferentes contextos sociais, reforça o auto-preconceito e o preconceito social, amplificando a auto-percepção negativa da condição de saúde. Porém, crescem as esperanças de reconhecer o cuidado de enfermagem de reabilitação, ao passo que o acolhimento é compreendido como um elemento essencial no processo de emancipação. Ainda que existam múltiplos desafios, a enfermagem de reabilitação reconhece sua importância em mobilizar as pessoas pelas suas potencialidades, reconhecendo-as e estimulando-as a serem sujeitos do próprio cuidado.

Isso posto, a reabilitação é um cenário desafiante em que, conforme percorrido pela pessoa, família e enfermeiro, as aprendizagens apreendidas são diversas, corroborando às múltiplas possibilidades criativas que acrescentam qualidade de vida. As aprendizagens podem ser vistas como facilidades e/ou dificuldades, dependendo de condicionantes socioeconômicas, culturais e sociais. Esse imenso horizonte de possibilidades perpetua a profundidade de trabalhar em reabilitação, pois amplia as noções de corporeidade, de consciência, de autocuidado, de convivência, de diferença e de diversidade.

O reconhecimento da enfermagem de reabilitação caminha para um cuidado mais amoroso, pautado na confiança e no vínculo, um cuidado que compreenda o direito fundado no respeito à diversidade e completude humana, um cuidado solidário que perceba as pessoas como seres de valor e estima para a sociedade. Para alcançar essa compreensão do cuidado de enfermagem de reabilitação, é necessário estabelecer metas para viver, conscientizando-se de que é preciso ter vontade própria para se reabilitar. A

pessoa e sua família mostram-se como os pilares indispensáveis de sustentação no processo de reabilitação, pois simbolizam o centro do cuidado.

Cuidar com a pessoa é ressignificar, profunda e essencialmente, a noção primordial do cuidado de enfermagem, pois envolve a aproximação, o apoio, o suporte no campo técnico-institucional e emocional para que a pessoa e sua família tenham instrumentos e estratégias para realizar o autocuidado. Essa redescoberta do cuidado no campo da reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para o enriquecimento de qualquer prática de cuidado, pelo componente humano e pelo vasto campo de intervenção, que vai para além da técnica, incitando-nos a mudar o olhar, frequentemente, para que possamos ajustá-lo às situações.

A reabilitação ensina que é preciso desaprender para reaprender as mesmas coisas, mostrando que a inconsistência e imperfeição humana é um movimento de aprendizados que ultrapassam a formação acadêmica, transcendendo o cuidado como um modelo de oportunidades para renovar ações. Nesse sentido, encontra-se na reabilitação a fonte para estimular as potencialidades, ao invés de normatizá-las, vê-se a integração multiprofissional como uma ação transdisciplinar, desvelando possíveis mudanças nas práticas de saúde, reorganização e integração dos serviços de saúde, de modo que se perceba a individualidade das pessoas.

O esperançar atravessa o cuidado de enfermagem de reabilitação como uma filosofia e instrumento de trabalho, ao passo que reforça ações criativas para o bem-viver, constrói expectativas otimistas fundadas nas necessidades singulares, elabora metas passíveis e possíveis de serem executadas e, transforma a visão do enfermeiro como um agente no processo de cuidado, abstraindo a técnica e a cura, para transcender a confinação, o respeito e a estima social.

Diante disso, o enfermeiro de reabilitação, pela sua formação educativa e assistencial, sobretudo pelo seu olhar holístico, tem um papel fundamental na reabilitação de pessoas e de suas famílias em todos os níveis de atenção à saúde - da hospitalização ao retorno para o domicílio. Entretanto, configura-se como um desafio o cuidado de reabilitação não estar previsto nos currículos de graduação. Além disso, o desconhecimento profissional da especialidade negligencia a atenção à pessoa com deficiência, tornando urgente a necessidade em debater a temática no meio universitário.

Dessa forma, a ação transformadora realizada como resposta às necessidades colocadas pelas narrativas dos sujeitos investigados expôs a vasta inquietação profissional pelo reconhecimento, pela valorização e pelo trabalho multiprofissional e transdisciplinar. Ascendem às possibilidades de criar espaços de debate sobre a temática em meio às universidades e se reconhece a história de luta e resistência desses profissionais no estado de Santa Catarina. Logo, a presente pesquisa oferece instrumento valioso para minimizar as barreiras atitudinais e arquitetônicas enfrentadas pelas pessoas com deficiência e suas famílias, potencializar a ressocialização e fomentar o bem-viver através da emancipação.

Essas proposições foram possíveis pela transposição teórica, filosófica e sociológica da Teoria do Reconhecimento e do Princípio da Esperança, os quais sustentaram as motivações do estudo pautadas no referencial metodológico do Materialismo-histórico e dialético. Por fim, pode-se dizer que a pesquisa confirma a hipótese de que o cuidado de enfermagem de reabilitação é uma construção emancipadora em constante movimento, perpassado pelo amor, direito, solidariedade e esperar, visando o bem-viver da pessoa, família e comunidade.

*“O cuidado de enfermagem é muito importante, porque vai muito além de um cateterismo ou um curativo, sabe. O cuidado é o jeito que ela me olha. Um olhar que vê em mim as minhas melhores qualidades; e não vê as coisas que o meu corpo mostra como fragilidades. Eu confio na enfermeira, eu confio na minha reabilitação. Sei que vai dar tudo certo no final e vou tocar a minha vida do jeito que eu achar mais fácil”. (Girassol)*

## 9. REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de filosofia. Martins Fontes 6. ed. São Paulo, 1210 p, 2012.
- ABDALLA, Maria de Fátima Barbosa. A Pesquisa-ação como Instrumento de Análise e Avaliação da Prática Docente. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, p.383-400, set. 2015.
- ABREU, Célia Barbosa; SOARES, Iara Duque; BEMERGUY, Isaac Marsico do Couto. Concretizando os Direitos da pessoa com Deficiência a partir de uma responsabilidade Solidária e Multifacetada. **Revista Interdisciplinar de Direito**, Vvalença, v. 15, n. 2, p.81-98, dez. 2017.
- ACIEM, Tânia Medeiros; MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. **Rev. bras.ofthalmol.**, Rio de Janeiro , v. 72, n. 4, p. 261-267, Aug. 2013 .DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000400011>.
- ALEXANDRE, Agripa Faria. Metodologia científica e educação. 2. ed. Florianópolis: Editora da Ufsc, 2014. 162 p.
- ALEXANDRE, H.; RAVAGNANI, H.B. Estruturas e fundamentos sociais: a leitura Honnethiana de Habermas. *Trans/Form/Ação*, Marília, v. 36, n. 2, p. 155-178, 2013.
- ALLIGOOD, Martha Raile. *Nursing Theory: Utilization & Application* (5<sup>a</sup> ed.). Greenville, USA: Elsevier. 2013.
- ÁLVAREZ, Héctor Mauricio Mazo. La autonomía: principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, Medellín, v. 3, n. 1, p.115-132, jun. 2012.
- ANDRADE, Leonardo Tadeu de et al . Papel da enfermagem na reabilitação física. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 63, n. 6, p. 1056-1060, Dec. 2010 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600029>
- ARAÚJO, Livia Mara de et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa / Disabledpeopleandtypesofbarrierstotheaccessibilityofhealthservices – integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.549-557, 2 abr. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557>.
- ASSOCIATION OF REHABILITATION NURSES (ARN). Modelo de competências para o profissional de enfermagem de reabilitação. 2014, Chicago. Available from: [https://rehabnurse.org/uploads/membership/ARN\\_Rehabilitation\\_Nursing\\_Competency\\_Model\\_FINAL\\_-\\_May\\_2014.pdf](https://rehabnurse.org/uploads/membership/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf)
- BABAMOHAMADI, Hassan; NEGARANDEH, Reza; DEHGHAN-NAYERI, Nahid. Barriers to and facilitators of coping with spinal cord injury for Iranian patients: A qualitative study. **Nursing & Health Sciences**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.207-215, 19 maio 2011. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00602.x>.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 17, n. 01, p.223-230, fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000100024>

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elioenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Brasília, v. 18, n. 4, p.01-09, ago. 2010.

BARBOZA, Heloisa Helena; JUNIOR, Vitor de Azevedo Almeida. RECONHECIMENTO E INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 13, p.13-37, set. 2017.

BARBIER, René. A pesquisa-ação. Brasília, DF: Plano, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo** (4ª edição). Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BATISTA, Anabela Martins et al. Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações do foro motor. **Journal Of Aging And Innovation**, Évora, v. 1, n. 8, p.14-35, abr. 2019.

BATISTA Sérgio Murilo; FRANÇA Rodrigo Marcellin. Família de pessoas com deficiência: desafios e superação. *Rev Divulg Técnico Cient ICPG*, v.3, n. 10. p.117-21. 2009.

BATTISTELLA, Linamara Rizzo; BRITO, Christina May Moran de. International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Acta Fisiátrica*, [s.l.], v. 9, n. 2, p.98-101, fev. 2002. GN1 Genesis Network. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20020003>.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2435-2445, set. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900024>

BENTO, Luana Maria et al. Humanização e processo de trabalho em reabilitação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 01, p.68-75, mar. 2015.

BHATTASHALI, Ankita; OSTROSKY, Michaelene M.; MONDA-AMAYA, Lisa. Perceptions of typically developing children in India about their siblings with disabilities. **International Journal Of Inclusive Education**, [s.l.], v. 22, n. 12, p.1257-1271, 22 jan. 2018. Informa UK Limited. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13603116.2017.1420253>.

BICKENBACH, Jerome et al. Capítulo 1: Entendendo a deficiência. In: SAUDE, Organização Mundial da. **RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA**. São Paulo: Governo Estado de São Paulo, 2011. Cap. 1. p. 1-333. Título Original: Título original: World report on disability 2011; tradução Lexicus Serviços. Disponível em: <[http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO\\_MUNDIAL\\_COMPLETO.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf)>. Acesso em: 09 mar. 2017.

BJARTMARZ, Ingibjörg; JÓNSDÓTTIR, Helga; HAFSTEINSDÓTTIR, Thóra. Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. **Bmc Nursing**, Utrecht, v. 16, n. 01, p.01-17, 2017.

BLOCH, Ernst. O Princípio Esperança. Vol. I (Tradução de Nélio Schneider), Vol II (Tradução e notas de Werner Fuschs) e Vol. III (Tradução e notas de Nélio Schneider). Rio de Janeiro: Contraponto/Ed. UERJ, 2006.

BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluisio Almeida. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. **Soc. estado.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 375-392, Aug. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reabilitação: Centro Especializado em Reabilitação. 2013. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/reabilitacao>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. Constituição Nacional nº 01, de 22 de setembro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Constituição (2015). Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa Com Deficiência nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 818, 5 de junho de 2001. Dispõe sobre a necessidade de organizar a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 07 de jun. 2001. Seção 1, p. 28-41. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818\\_05\\_06\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html)>. Acesso em 07 de set. de 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.303, de 28 de junho de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de junho de 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303\\_28\\_06\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303_28_06_2013.html)>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRAUNACK-MAYER, Annette; LOUISE, Jennie. The ethics of Community Empowerment: tensions in health promotion theory and practice. *Promotion & Education*, [s.l.], v. 15, n. 3, p.5-8, set. 2008. SAGE Publications DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1025382308095648>.

BRITO, L.M.O et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. *RevColBras Cir.* v.38, n.5, p. 3049. 2011.

BRUCKI, Sônia Maria Dozzi et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v 61, n 3, p. 777-781, 2003.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. **Saúde (santa Maria)**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.1-11, 25 ago. 2018. Universidad Federal de Santa Maria.  
<http://dx.doi.org/10.5902/2236583427664>.

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.1-19, 8 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280307>.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Brasília, v. 6, n. 2, p.179-191, dez. 2013.

CANADIAN ASSOCIATION OF REHABILITATION NURSES (CARN). A by-law relating generally to the conduct of the affairs of: CARN Canadian Association of Rehabilitation Nurses and ACIIR Association canadienne des infirmières et infirmiers em réadaption, 2009.

CARA, Chantal. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*. 2003; v. 7: 51-61.

CARDOSO, Lucas Balbino; SADE, Priscila Meyenberg Cunha. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 1, p.2-10, mar. 2012.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda de; MARQUES, Antônio Luiz. A diversidade através da história: A inserção no trabalho de pessoas com deficiência. **O&s**, Minas Gerais, v. 14, n. 41, p.59-78, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-92302007000200003>.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Apresentação - Desigualdades, vulnerabilidades e reconhecimento: em busca de algumas invisibilidades produzidas nas políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.5-10, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018000001>.

CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, Dec. 2007. Disponível em . Acesso em 15 Mai 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>.

COURA, Alexsandro Silva et al. Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal Cord injury. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 47, n. 5, p.1150-1157, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000500020>

DINIZ; Débora. O Que é Deficiência. São Paulo. Editora Brasiliense; 2007. Col. Primeiros Passos. p. 324. Disponível

em:< <https://pedagogiafadba.files.wordpress.com/2013/03/texto-1-o-que-c3a9-deficic3aancia.pdf>>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

DORSETT, Pat. The importance of hope in coping with severe acquired disability. **Australian Social Work**, Australia, v. 63, n. 01, p.83-102, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1080/03124070903464293>

DUTRA, H. S. et al. Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. **HU Revista**. Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 245-252, 2016. Disponível em:<<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2413/901>> Acesso em: 03. Mai. 2018.

ELIAS, Margareth Pereira; MONTEIRO, Lúcia Maria Costa; CHAVES, Celia Regina. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 1041-1050, June 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300027>

ELLIOTT, Jayne; RUTTY, Christopher; VILLENEUVE, Michael. **One Hundred Years of Service: 1908-2008**. 2. ed. Ottawa: Canadian Nurses Association, 2013. 302 p.

FARO, Ana Cristina Mancussi e. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 40, n. 1, p. 128-133, Mar. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>.

FERNÁNDEZ, Mariluz Fernández; MARTÍNEZ, Antonio Claret García; MARTÍNEZ, Manuel Jesús García. **Un siglo cuidando a la sociedad: Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España**. 5. ed. Cantabria: Colegio de Enfermería de Cantabria, 2015. 801 p.

FERREIRA, Emmanuelle da Cunha et al. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 02, n. 70, p.288-295, abr. 2016.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PERICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Wiliam César Alves. O que é reabilitação. Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social. São Paulo: Difusão Enfermagem; 2004. p. 1-2.

FIGUEIREDO, Daniela et al. Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, p. 31-55, 2012. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/12776>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

FREITAS, Giselle Lima de et al . Reabilitação de crianças e adolescentes com mielomeningocele: o cotidiano de mães cuidadoras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto

Alegre, v. 37, n. 4, e60310, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60310>.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In FAZENDA, Ivani (Org.). Metodologia da pesquisa educacional. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FUHRMANN, Nadia. LUTA POR RECONHECIMENTO: Reflexões sobre a teoria de Axel Honneth e as origens dos conflitos sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 38, p.79-96, jun. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782013000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100006&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

FUMAGALLI, Lia Paola et al. Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*, [s.l.], v. 119, n. 3, p.384-394, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017>.

GONDIM, Elnora. Rawls: o problema da autonomia e o coerentismo. *Ideas y Valores*, Bogotá, v. 59, n. 144, p.69-81, dez. 2010.

GOMES, Bárbara et al. Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados [Internet]. *Escola Sup. Porto*; 2014. 01-82 p. Available from: [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf)

GUERREIRO, Carlos Tostes et al. Esclerose Múltipla e os componentes de Estrutura e Função do Corpo, Atividade e Participação do Modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Atenas Higéia**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p.25-30, jun. 2019.

GUERREIRO, Luísa Miguel; FERNANDES, Manuel Agostinho Matos. Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se. **Journal Of Aging And Innovation**, Évora, v. 1, n. 8, p.35-96, abr. 2019.

GUIMARÃES, Ana Carolina Ametlla; VERAS, André Barciela; CARLI, Alessandro Diogo de. Cuidado em Liberdade, um Encontro Entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 01, n. 10, p.91-103, abr. 2018.

GUIRARDELLO, Edinêis B. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>.

HARTMANN, Martin; HONNETH, Axel. Paradoxes of Capitalism. *Constellations*, [s.l.], v. 13, n. 1, p.41-58, mar. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1351-0487.2006.00439.x>.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>.

HOEMAN, Shirley. Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. 4. ed. Portugal: Loures : **Lusodidacta**, 2011. 840 p.

HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.

HONNETH, Axel. Integrity and disrespect: Principles of a conception of morality based on the Theory of Recognition. **Polit Theory**. Frankfurt, 1992; 20( 2): 187-201.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Estados. Santa Catarina. IBGE 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.%20php?sigla=sc>> Acesso em 20 jul. 2017.

KAHHALE, Edna Maria Peters; ESPER, Elisa Maria Barbosa. Novas possibilidades metodológicas: a quebra dos paradigmas qualitativo e quantitativo em psicologia. *Psicol. Soc.* [online]. 2014, vol.26, n.spe2, pp.70-83. ISSN 1807- 0310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600008>.

KONDER, Leandro. O que é dialética. São Paulo: Brasiliense, 1997. Coleção Primeiros Passos, nº 23.

KOSIK, Karel. Dialética do concreto. Trad. NEVES, Célia; TORÍBIO, Alderico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira de. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 2, p. 413-423, Apr. 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>.

LEUCAS, Cláudia Barsand et al. Analisando a qualidade de vida de pessoas com deficiência de um projeto de extensão por meio do protocolo de levantamento de problemas para a reabilitação. *Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão*, v. 1, n. 1, p. 85-94, 2017.

LIMA, Cristiane Queiroz Barbeiro; TAVARES, Daniela Sanches; MAENO, Maria. (Org.). Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional. São Paulo: Fundacentro; 2013.

LIMA, Maria José de. O QUE É ENFERMAGEM? **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 10, n. 1, p.71-74, set. 2017.

LIMA, Francisco Jozivan Guedes de. Os limites do direito no das recht der freiheit de axel honneth e sua alteração perante luta por reconhecimento. **Revista Quaestio Iuris**, [s.l.], v. 11, n. 04, p.2445-2457, 29 nov. 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rqi.2018.32183>.

LIVNEH, Hanoch; MARTZ, Erin. Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal Cord injury. *Rehabilitation Psychology*, [s.l.], v. 59, n. 3, p.329-339, 2014. American Psychological Association (APA). DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036733>.

LOHNE, Vibeke. The pursuit of hope: Hope and hoping in different nursing contexts. **Adv Practice Nurs**, Dublin, v. 3, n. 48, p.71-76, jun. 2018.

LOHNE, Vibeke; SEVERINSSON, Elisabeth. The Power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal Cord injury. *Journal Of Clinical Nursing*. Stavanger, p. 315-323. 2006.

- MAIOR, Izabel de Loureiro. A luta da pessoa com deficiência pela emancipação. **Consulex**, São Paulo, v. 14, n. 326, p.32-33, ago. 2010.
- MAIOR, Izabel de Loureiro. História, conceito e tipos de deficiência. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.
- MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Portugal: **Lusodidacta**, 2017. 605 p. DOI: <http://hdl.handle.net/10884/1081>
- MAROTTI, Juliana et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.186-194, ago. 2008.
- MATTER, Claire; RUGRAFF, Paule. La fonction in firmière em rééducation-réadaptation. Dossier Soins. n° 711. 2006. P. 51-61.
- MCCONACHIE, H; HUQ, S; MUNIR, S. Difficulties for mothers in using na early intervention service for children with cerebral palsy in Bangladesh. *Child: Care, Health and Development*, [s.l.], v. 27, n. 1, p.1-12, 7 jul. 2008. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2214.2001.00207.x>.
- MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. Estudo do Programa Brasileiro de Transferências de Renda para a População com Deficiência e suas famílias no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Texto para discussão nº 1184. Brasília: IPEA; 2006. Disponível em:< [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1184.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1184.pdf)>. Acesso em: 07 de set de 2018.
- MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 12, p. 3865-3876, Dec. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
- MELO, Rúrion Soares. A teoria crítica de Axel Honneth: Reconhecimento, liberdade e justiça (1ª ed.). São Paulo, BR: Editora Saraiva. 2013.
- MENDES, Roberto Miguel Gonçalves et al. Organization of rehabilitation care in Portuguese intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.57-63, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180011>.
- MENEZES, Anderson Alencar de; MOURA, Dalmo Cavalcante de. Do direito da liberdade à solidariedade. **P2p e InovaÇÃO**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.10-23, 8 mar. 2019. P2P & INOVACAO. DOI: <http://dx.doi.org/10.21721/p2p.2019v5n2.p10-23>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr. 2017.
- MIRANDA, Sheila Ferreira. A questão do reconhecimento: Axel Honneth e a atualização do modelo conceitual hegeliano a partir da psicologia social de George

Herbert Mead. In: M. Jane P. Spink, P. Figueiredo and J. Brasilino, ed., PSICOLOGIA SOCIAL E PESSOALIDADE. [online] Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp.135-145. 2011. Available at: <http://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571.pdf> [Accessed 22 Jan. 2018].

MOLINA, Rodrigo Sarruge. História, instituições escolares e o materialismo histórico dialético. **Revista Histedbr On-line**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.1209-1228, 21 dez. 2018. Universidade Estadual de Campinas. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/rho.v18i4.8652660>.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **Rac**, Curitiba, v. 15, n. 4, p.731-743, ago. 2011.

NEUVALD, Luciane; COLLARES, Solange Aparecida de Oliveira. O processo adaptativo e o processo emancipatório na gestão democrática. Educação Unisinos, Guarapuava, p.156-165, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/edu.2018.222.05>

NOGUEIRA, Giovani Cavalheiro et al. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distancia entre intenções e gestos. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v.21, n.10, p. 3131-3142, out 2016.

NUBILA, Heloisa di et al. Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country: Brazilian Interministerial Workgroup Task. **Bmc Public Health**, São Paulo, v. 11, n. 4, p.1-5, jan. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S10>

NUNEZ, Germán. Culture and disabilities. In: Drum CE, Krahn GL, Bersani H. *Disability and Public Health*, Washington, American Public Health Association, 2009. p.65-78.

OLIVER, Michael. *The Politics of Disablement*. London: MacMillan; 1990.

OLIVEIRA, Letícia Maria de et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escalade Herth. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (online)**. Espírito Santo, v. 10, n. 1, p.167-172, mar. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação de dia 18 de Setembro de 2010. Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Disponível em:< [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)>. Acesso em: 22 de agosto de 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, Portugal, 35. Série II. Disponível em:<[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)>. Acesso em: 26 de junho de 2019.

OREM, Dorothea Elizabeth; TAYLOR, Susan; RENPENNING, Kathie McLaughlin. **Nursing: Concepts of practice**. 6. ed. Eua: St. Louis: Mosby, 2001. 4 v.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Regulación de La Enfermería en América Latina. 2011. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-alatina-2011-esp.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2018.

OTTAVIANI, Cristina et al. Cognitive, behavioral, and autonomic correlates of mind wandering and perseverative cognition in major depression. **Frontiers in neuroscience**, v. 8, p. 433, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2014.00433> >. Acesso em: 09 jun. 2018.

PANISSON, Gelson; GESSER, Marivete; GOMES, Marcela de Andrade. Contributions of the Disability Studies for the Psychologist's performance in the Brazilian Social Assistance Policy. **Quaderns de Psicologia**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.221-234, 20 dez. 2018. Universitat Autònoma de Barcelona. DOI: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1458>.

PAULA, Elaine Antonia de; AMARAL, Rosa Maria Monteiro Ferreira do. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 44, e5, 2019 . <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013119>

PEREIRA, Jacqueline Lopes. Direito à convivência familiar de pessoas com deficiência: reconhecimento, cuidado e emancipação pela via da família solidária. 2016. Disponível em: <<http://revistaeletronica.oabrij.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

PEREIRA, Viviane Silva; PEREIRA, Ricardo Augusto Gomes; PAIXÃO, Carlos Jorge. Deficiência em perspectiva: Relações entre representações sociais e alteridade na comunidade do Jarana no município de Bragança-PA. **Doxa Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.179-195, 1 jul. 2018. Doxa Revista Brasileira de Psicologia e Educacao. DOI: <http://dx.doi.org/10.30715/doxa.v20i2.12021>

PERNA, Paulo; NOLASCO, Maria Marta. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário**, [s.l.], v. 6, n. 6, p.1-28, 11 jun. 2018. Pro Reitoria de Pesquisa, Pós Graduação e Inovação - UFF. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/tn.6i6.p4631>.

PERSSON, Jörgen et al. Costs and Effects of prescribing walkers. Sweden, Center for Technology Assessment, v. 3, 2007.

PESSINI, Leo; FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. Reabilitação, qualidade de vida e inclusão social: questões básicas à cidadania. O Mundo da Saúde[S.l: s.n.], 2001.

PETRONILHO, Fernando; PEREIRA, Filipe; SILVA, Abel de Paiva e. Percepção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: estudo longitudinal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Portugal, v. 1, n. 2, p.9-13, fev. 2015. ISSN: 1647-2160. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf>

- PRZENYCZKA, Ramone Aparecida et al . The paradox of freedom and autonomy in nurses' actions. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 427-431, June 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200022>.
- QUERIDO, Ana. A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. spe6, p. 06-08, nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0206>.
- RENAULT, Emmanuel. Qual poderia ser o papel do conceito de reconhecimento em uma teoria social da dominação? *Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade*, [s.l.], v. 23, n. 1, p.63-78, 20 jun. 2018. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2318-9800.v23i1p63-78>.
- RIBEIRO, Olga; MARTINS, Maria; TRONCHIN, Daisy. Nursingcarequality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência*, [s.l.], v. , n. 14, p.89-100, 22 set. 2017. Health Sciences Research Unit: Nursing. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/riv16086>.
- RISJORD, Mark. Nursing and human freedom. *Nursing Philosophy*, [s.l.], v.15, n.1, p.35-45, 31 out. 2013. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/nup.12026/abstract;jsessionid=8869B64B631D3A4917D680384DA7436E.f04t04>>. Acesso em: 19/07/2018.
- ROCHA, Suelen Alves; AVILA, Marla Andréia Garcia de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 1, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>
- RUBIO, David Sánchez. Encantos e desencantos dos direitos humanos: de emancipações, libertações e dominações. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.
- RUIZ-MIRAZO, Kepa; MORENO, Alvaro. Autonomy in evolution: from minimal to complex life. **Synthese**, [s.l.], v. 185, n. 1, p.21-52, 1 fev. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11229-011-9874-z>.
- SAMPAIO, Carolina Vasques; MENEZES, Joyceane Bezerra de. Autonomia da pessoa com deficiência e os atos de disposição do próprio corpo. **Revista Jurídica Cesumar - Mestrado**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.133-157, 21 maio 2018. Centro Universitario de Maringa. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9184.2018v18n1p133-157>.
- SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 30, e178335, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>.
- SANTOS, Sérgio Baptista dos. Charles Taylor e a política do reconhecimento: Uma tentativa de resolver o dilema entre a igualdade e a diferença. In: **Ideas**. 2019.
- SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.198-202, 2016. GN1 Genesis Network. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. **Rev Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, Portugal, v. 01, n. 01, p.06-12, jun. 2018.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, Bárbara 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.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). **Serviços de Reabilitação**: Santa Catarina. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/profissionais-de-saude>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). **CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO - CCR**. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/2164-centro-catarinense-de-reabilitacao-ccr>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SENA, Michel Canuto de et al. Reflexões sobre o direito à educação da pessoa com deficiência. **MultiTemas**, Campo Grande, v. 23, n. 55, p.213-227, dez. 2018.

SILVA, Aline Teixeira et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 111, p.292-301, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611123>.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Brasil, v. 17, n. 1, p.1-14, jan. 2015.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p.– (Textos para Discussão n. 17). Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha\\_Texto0017\\_A4\\_07-01-2016.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf). Acessado em 31 de maio de 18.

SILVA, Soraia Oliveira da Cunha; MORALES, Cristian Rodrigo da Silveira. A dor do (des)amor: do sofrimento narcísico ao risco potencial de suicídio. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano**, São Francisco de Barreiras, v. 3, n. 1, p.70-96, abr. 2018.

SOBOTTKA, Emil Albert; SANTO, Thais Marques de. Reconhecimento, justiça e a questão da autonomia: desafios para uma teoria social normativa. **Política & Sociedade**, [s.l.], v. 17, n. 40, p.65-87, 29 mar. 2019. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/2175-7984.2018v17n40p65>.

SOUNDY, Andrew et al. Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review. *International Journal Of Therapy And Rehabilitation*, [s.l.], v. 21, n. 5, p.210-218, maio 2014. Mark Allen Group. <http://dx.doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.5.210>.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, jan. 2010.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. O CUIDADO EM ENFERMAGEM: Uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 2, n. 14, p.266-270, abr. 2005.

SPINELLI, Letícia. Amor, direito e estima social: intersubjetividade e emancipação em Axel Honneth. *Latitude*, [s.l.], v. 10, n. 01, p.84-111, 18 set. 2016. Universidade Federal de Alogos. DOI: <http://dx.doi.org/10.28998/2179-5428.20160104>

ST-GERMAIN, Daphney, et al. La contribution de l'approche de caringdesinfirmières à lasécuritédespatientsenréadaptation: une étudenovatrice. *Recherche en soins infirmiers*. 2008. v. 95: 57-69. Disponível em:<<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/T07-01.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2019.

ST-GERMAIN, Daphney. The rehabilitation nurse thenandnow: From technical support to human potential catalyst by Caring- Disability Creation Process Model in na interprofessional team. *Journal Of Nursing Education And Practice*, [s.l.], v. 4, n. 7, p.54-61, 24 abr. 2014. Sciedu Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n7p54>.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988. 108 p.

THIOLLENT, Michel. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 2001.

TOLEDO, Renata Ferraz de; JACOBI, Pedro Roberto. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 34, n. 122, p. 155-173, Mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302013000100009>

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p.443-466, dez. 2005.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC). **Centro especializado de reabilitação - CER**. 2014. Disponível em: <<http://www.unesc.net/portal/capa/index/495/8338/>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE (UNIPLAC). **Centro especializado de reabilitação - CER**. 2015. Disponível em: <<https://www.uniplaclages.edu.br/cer/inicio>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI). **Centro especializado de reabilitação - CER**. 2018. Disponível em: <<https://www.univali.br/noticias/Paginas/centro-especializado-de-reabilitacao-fisica-e-intelectual-da-univali-atende-autistas.aspx>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (FURB). **Centro especializado de reabilitação - CER**. 2016. Disponível em: <<http://www.furb.br/web/1704/noticias/arquivo/2016/09/furb-implanta-centro-especializado-em-reabilitacao/5701>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

URQUIZA, Marconi de Albuquerque; MARQUES, Denilson Bezerra. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma

- abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, Londrina, v. 16, n. 1, p.115-144, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>
- VAN LIT, Amber; KAYES, Nicola. A narrative review of hope after spinal cord injury: implications for physiotherapy. **New Zealand Journal Of Physiotherapy**, New Zealand, v. 42, n. 1, p.33-41, jan. 2014.
- VIEIRA, Antonio Rufino. Princípio Esperança e a Herança Intacta do Marxismo? Em Ernst Bloch. In: 5º Colóquio Internacional Marx-Engels, 2007, Campinas. Anais do 5º Colóquio Internacional Marx-Engels. Campinas: CEMARX/UNICAMP, 2007.
- VITORINO, Artur José Renda; DA SILVA, Bruna Coden. O modelo intersubjetivo do si mesmo produzido socialmente: Mead, educação e luta por reconhecimento. **EDUCAÇÃO & SOCIEDADE**, v. 39, n. 142, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302017167323>>. Acesso em: 04 abr. 2019.
- VOSGERAU, DilmeireSant'anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, [s.l.], v. 14, n. 474, p.165-189, 2014. Pontificia Universidade Católica do Parana - PUCPR. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.ds08>.
- WADDELL, Gordon; BURTON, A Kim; KENDALL, Nicholas. Vocational rehabilitation: whatworks, for whomandwhen? London: The Stationery Office, 2008.
- WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza et al. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.1157-1176, 2 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Regional Office for Europe. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999.
- ZAGO, Luis Henrique. O método dialético e a análise do real. *Kriterion: Revista de Filosofia*, [s.l.], v. 54, n. 127, p.109-124, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-512x2013000100006>.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1: PROTOCOLO DE BUSCA EM BASES DE DADOS

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA SERVIÇO DE REFERÊNCIA PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO											
<b><u>PROTOCOLO PARA BUSCA SISTEMÁTICA DA LITERATURA</u></b>												
<b>1. QUESTÃO OU PROBLEMA DE PESQUISA</b> Como construir uma reflexão sobre cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório.												
<b>2. OBJETIVOS DA PESQUISA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir o cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório;</li> <li>• Compreender qual a percepção do cuidado de enfermagem de reabilitação entre enfermeiros reabilitadores;</li> <li>• Compreender qual a percepção do cuidado de enfermagem de reabilitação entre pessoas em reabilitação.</li> </ul>												
<b>3. BUSCA NA LITERATURA</b> <b>A. SELEÇÃO DOS TÓPICOS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tópico 1: <b>Reabilitação</b></th> <th style="width: 25%;">Tópico 2: <b>Enfermagem</b></th> <th style="width: 25%;">Tópico 3: <b>Autonomia</b></th> <th style="width: 25%;">Tópico 4: <b>Emancipação</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">           Termos alternativos/            sinônimos: <b>Pessoa com deficiência</b> </td> <td style="text-align: center;">           Termos alternativos/            sinônimos: <b>Cuidado</b> </td> <td style="text-align: center;">           Termos alternativos/            sinônimos: <b>Direito; Autocuidado; Independência; Esperança; Decisão; Autogoverno</b> </td> <td style="text-align: center;">           Termos alternativos/            sinônimos: <b>Liberdade; Respeito; Reconhecimento; Solidariedade</b> </td> </tr> </tbody> </table>					Tópico 1: <b>Reabilitação</b>	Tópico 2: <b>Enfermagem</b>	Tópico 3: <b>Autonomia</b>	Tópico 4: <b>Emancipação</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Pessoa com deficiência</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Cuidado</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Direito; Autocuidado; Independência; Esperança; Decisão; Autogoverno</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Liberdade; Respeito; Reconhecimento; Solidariedade</b>
Tópico 1: <b>Reabilitação</b>	Tópico 2: <b>Enfermagem</b>	Tópico 3: <b>Autonomia</b>	Tópico 4: <b>Emancipação</b>									
Termos alternativos/ sinônimos: <b>Pessoa com deficiência</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Cuidado</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Direito; Autocuidado; Independência; Esperança; Decisão; Autogoverno</b>	Termos alternativos/ sinônimos: <b>Liberdade; Respeito; Reconhecimento; Solidariedade</b>									

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Tipo de estudo	<b>Artigo original; Artigo de reflexão; Revisão de literatura</b>
Área geográfica	<b>Sem restrição</b>
Período de tempo	<b>2015-2019</b>
Idiomas	<b>Inglês, português e espanhol</b>

#### 5. FONTES DE INFORMAÇÃO

Fontes de informação eletrônica (base de dados, bibliotecas digitais, mecanismos de busca, repositórios, etc.)

Tipo de fonte	Nome	Link
<b>Base de dados</b>	<b>PUBMED</b>	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a>
	<b>Scielo</b>	<a href="https://www.scielo.org/">https://www.scielo.org/</a>
	<b>LILACS / BDENF</b>	<a href="http://bvsaud.org/?lang=pt">http://bvsaud.org/?lang=pt</a>
	<b>CINAHL</b>	<a href="http://www-periodicos-capes-gov-br.ez46.periodicos.capes.gov.br/index.php?">http://www-periodicos-capes-gov-br.ez46.periodicos.capes.gov.br/index.php?</a>

#### 6. DESCRITORES E PALAVRAS-CHAVES

Tema da Fonte	Descritores e Palavras-chave Português, Espanhol e Inglês
<b>Cuidado de Enfermagem</b>	"Cuidados de Enfermagem" "Cuidado de Enfermagem" "Cuidados em enfermagem" "Cuidado em enfermagem" "Assistência de Enfermagem" Cuidado Cuidados "Atención de Enfermería" "Cuidados en enfermería" "Cuidado en enfermería" "Cuidados de Enfermería" "Cuidado de Enfermería" "Nursing Care"[Mesh]

		"Nursing Care" "Nursing Cares" "Nursing Care Management" Care Cares	
	<b>Reabilitação</b>	Reabilitação Habilitação "Pessoa com deficiência" "Deficiência" Rehabilitación Deficiencia "Rehabilitation"[Mesh] "Rehabilitation" Habilitation Disability	
	<b>Autonomia</b>	"Autonomia Pessoal"  Autonomia Autodeterminação "Livre-Arbítrio"  "Autonomía Personal"  Autodeterminación  "Libre albedrío"  "Personal Autonomy"[Mesh]  "Personal Autonomy"  "Self Determination"  "Free Will"  "Percepção" "Percepções" "Percepción" "percepciones" "Perception"[Mesh] "Perception" "Perceptions" Autogestão  "Auto Gerenciamento" "Auto Gestão" "Auto-Gerenciamento" "Auto-Gestão" "Autocuidado na Reabilitação" Autocuidado	

		<p>Autocuidados "Autocuidados na Reabilitação" Autogerenciamento</p> <p>Automanejo</p> <p>"Auto Gestión"</p> <p>autogestión</p> <p>"Self-Management"[Mesh]</p> <p>"Self-Management"</p> <p>"Self Management"</p> <p>"Self Care"</p> <p>"Self Cares"</p>	
	<p><b>Emancipação</b></p>	<p>Emancipação</p> <p>Esperança</p> <p>Reconhecimento</p> <p>Liberdade</p> <p>Respeito</p> <p>Direito</p> <p>Solidariedade</p> <p>Amor</p> <p>Independência</p> <p>“Processo emancipatório”</p> <p>Decisão</p> <p>Decisões</p> <p>Emancipacion</p> <p>"Proceso emancipatorio"</p> <p>Libertad</p> <p>Respeto</p> <p>Reconocimiento</p> <p>Solidaridad</p> <p>Derecho</p> <p>Independencia</p> <p>Esperanza</p> <p>Decisión</p> <p>Decisiones</p> <p>Emancipation</p> <p>"Emancipatory process"</p> <p>Respect</p> <p>Solidarity</p> <p>Right</p>	

		Independence "Self-government" "Freedom"[Mesh] "Freedom" Freedoms Liberty Recognition "Hope"[Mesh] "Hope" Hopes Hopefulness Decision Decisions	
--	--	--	--

## 7. ESTRATÉGIA DE BUSCA

Bases de Dados	Estratégia de Busca
<b>PUBMED</b>	(("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[Title/Abstract] OR "Nursing Cares"[Title/Abstract] OR "Nursing Care Management"[Title/Abstract] OR Care[Title/Abstract] OR Cares[Title/Abstract]) AND ("Rehabilitation"[Mesh] OR "Rehabilitation"[Title/Abstract] OR Habilitation[Title/Abstract]) AND ("Personal Autonomy"[Mesh] OR "Personal Autonomy"[Title/Abstract] OR "Self Determination"[Title/Abstract] OR "Free Will"[Title/Abstract] OR "Perception"[Mesh] OR "Perception"[Title/Abstract] OR "Perceptions"[Title/Abstract] OR "Self-Management"[Mesh] OR "Self-Management"[Title/Abstract] OR "Self Management"[Title/Abstract] OR "Self Care"[Title/Abstract] OR "Self Cares"[Title/Abstract] OR Emancipation[Title/Abstract] OR "emancipatory process"[Title/Abstract] OR Respect[Title/Abstract] OR Solidarity[Title/Abstract] OR Right[Title/Abstract] OR Independence[Title/Abstract] OR "self-government"[Title/Abstract] OR "Freedom"[Mesh] OR "Freedom"[Title/Abstract] OR Freedoms[Title/Abstract] OR Liberty[Title/Abstract] OR Recognition[Title/Abstract] OR "Hope"[Mesh] OR "Hope"[Title/Abstract] OR Hopes[Title/Abstract] OR Hopefulness[Title/Abstract] OR Decision[Title/Abstract] OR Decisions[Title/Abstract])) AND ((Journal Article[ptyp] OR Review[ptyp]) AND ("2015/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

	<b>Scielo</b>	<p>((("Nursing Care" OR "Nursing Cares" OR "Nursing Care Management" OR Care OR Cares OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Cuidado de Enfermagem" OR "Cuidados em enfermagem" OR "Cuidado em enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR Cuidado OR Cuidados OR "Atención de Enfermería" OR "Cuidados en enfermería" OR "Cuidado en enfermería" OR "Cuidados de Enfermería" OR "Cuidado de Enfermería") AND ("Rehabilitation" OR Habilitation OR Reabilitação OR Habilitação OR Rehabilitación) AND ("Personal Autonomy" OR "Self Determination" OR "Free Will" OR "Perception" OR "Perceptions" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Self Care" OR "Self Cares" OR Emancipation OR "emancipatory process" OR Respect OR Solidarity OR Right OR Independence OR "self-government" OR "Freedom" OR Freedoms OR Liberty OR Recognition OR "Hope" OR Hopes OR Hopefulness OR Decision OR Decisions OR "Autonomia Pessoal" OR Autonomia OR Autodeterminação OR "Livre-Arbítrio" OR "Autonomía Personal" OR autodeterminación OR "Libre albedrío" OR "Percepção" OR "Percepções" OR "Percepción" OR "percepciones" OR Autogestão OR "Auto Gerenciamento" OR "Auto Gestão" OR "Auto-Gerenciamento" OR "Auto-Gestão" OR "Autocuidado na Reabilitação" OR Autocuidado OR Autocuidados OR "Autocuidados na Reabilitação" OR Autogerenciamento OR Automanejo OR "Auto Gestión" OR autogestión OR Emancipação OR "processo emancipatório" OR emancip* OR liberdade OR Respeito OR Reconhecimento OR Solidariedade OR Direito OR Independência OR Esperança OR Decisões OR Decisão OR autogoverno OR Emancipacion OR "proceso emancipatorio" OR libertad OR respeto OR reconocimiento OR solidaridad OR derecho OR independencia OR esperanza OR decisión OR decisiones))</p>	
	<b>LILACS / BDENF</b>	<p>tw:(("Nursing Care" OR "Nursing Cares" OR "Nursing Care Management" OR care OR cares OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Cuidado de Enfermagem" OR "Cuidados em enfermagem" OR "Cuidado em enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR cuidado OR cuidados OR "Atención de Enfermería" OR "Cuidados en enfermería" OR "Cuidado en enfermería" OR "Cuidados de Enfermería" OR "Cuidado de Enfermería") AND ("Rehabilitation" OR habilitation OR reabilitação OR habilitação OR rehabilitación) AND ("Personal Autonomy" OR "Self Determination" OR "Free Will" OR "Perception" OR "Perceptions" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Self Care" OR "Self Cares" OR emancipation OR "emancipatory process" OR respect OR solidarity OR right OR independence OR "self-government" OR "Freedom" OR freedoms OR liberty OR recognition OR "Hope" OR hopes OR hopefulness OR decision OR decisions OR "Autonomia Pessoal" OR autonomia OR autodeterminação OR "Livre-Arbítrio" OR "Autonomía Personal" OR autodeterminación OR "Libre albedrío" OR "Percepção" OR "Percepções" OR "Percepción" OR "percepciones" OR autogestão OR "Auto Gerenciamento" OR "Auto Gestão" OR "Auto-</p>	

		<p>Gerenciamento" OR "Auto-Gestão" OR "Autocuidado na Reabilitação" OR autocuidado OR autocuidados OR "Autocuidados na Reabilitação" OR autogerenciamento OR automanejo OR "Auto Gestión" OR autogestión OR emancipação OR "processo emancipatório" OR emancip* OR liberdade OR respeito OR reconhecimento OR solidariedade OR direito OR independência OR esperança OR decisões OR decisão OR autogoverno OR emancipacion OR "proceso emancipatorio" OR libertad OR respeto OR reconocimiento OR solidaridad OR derecho OR independencia OR esperanza OR decisión OR decisiones))) AND (instance:"regional") AND ( db:("LILACS" OR "BDENF") AND la:("en" OR "es" OR "pt" OR "fr") AND year_cluster:("2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018"))</p>	
	<p><b>CINAHL</b></p>	<p>((("Nursing Care" OR "Nursing Cares" OR "Nursing Care Management" OR Care OR Cares) AND ("Rehabilitation" OR Habilitation) AND ("Personal Autonomy" OR "Self Determination" OR "Free Will" OR "Perception" OR "Perceptions" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Self Care" OR "Self Cares" OR Emancipation OR "emancipatory process" OR Respect OR Solidarity OR Right OR Independence OR "self-government" OR "Freedom" OR Freedoms OR Liberty OR Recognition OR "Hope" OR Hopes OR Hopefulness OR Decision OR Decisions))</p>	

## 8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram encontrados 5.402 estudos, sendo 94 da Scielo, 165 da LILACS/BDENF, 424 da CINAHL e 4.719 da Pubmed. Esses estudos foram filtrados pela leitura de títulos restando 209 pesquisas; retirados os duplicados através do Software EndNote, restando 187 estudos; realizada a leitura do conteúdo dos resumos suscitando em 79 artigos lidos na íntegra, restando apenas cinco estudos.

**APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESSOAS EM REABILITAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA – BRASIL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa denominada “CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO EMANCIPATÓRIO”, que busca construir um processo de reflexão sobre cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório, que fará parte do projeto qualitativo do Laboratório de Pesquisa, Ensino e Tecnologia sobre Saúde, Enfermagem e Reabilitação (Re Habilitar), da Universidade Federal de Santa Catarina. Esta pesquisa será conduzida pelos membros do grupo, sob orientação e liderança da Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller (pesquisadora responsável). A pesquisa terá duração de 36 meses, com o término previsto para 31 de dezembro de 2021. Sua participação consistirá em entrevistas, oficinas ou grupo focal, sendo que os dados oriundos destas estratégias de coleta serão gravados para posterior transcrição. Após a transcrição você receberá a entrevista, para validá-la ou modificar o que você ache importante. Os dados ficarão armazenados em local seguro na sala da orientadora do estudo situada na Universidade Federal de Santa Catarina por cinco (05) anos e incinerados após esse período. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhuma das fases do estudo, assegurando-se também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em eventos e/ou revistas científicas da área da saúde, mostrando apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Garantimos o ressarcimento em razão de possíveis despesas mesmo que não previstas. A indenização será feita em caso de dano material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente. O ressarcimento e a indenização não serão restritos ao depósito bancário, caso o participante não tenha conta em banco, visando a não-inviabilização de seu ressarcimento nem a sua indenização. As despesas com direito a ressarcimento são as que dizem respeito a possíveis gastos com transporte e alimentação, mesmo que sejam improváveis devem constar. O dado Termo de Consentimento estará devidamente rubricado, assinado e entregue em duas vias ao participante conforme o item IV. 5d (466/12) e art 32º (510/16). Os riscos oriundos de sua participação nesta pesquisa, como constrangimento e sensação de fragilidade serão devidamente

contornados pelas pesquisadoras. A pesquisa não acarretará riscos ou danos à integridade física ou situação constrangedora; porém, pode trazer à tona sentimentos e emoções e, para isso durante todo procedimento de coleta de dados, você estará acompanhado por um dos pesquisadores que ficará à disposição para escutá-lo sempre que necessário, além de prestar toda a assistência necessária ou acionar o pessoal competente para isso, no intuito de diminuir o desconforto sentido, bem como possibilitarmos um espaço para suas observações de maneira individual caso se sinta constrangido. Esta pesquisa não acarretará em ônus ao participante, nem afetará o tratamento de reabilitação. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir para construção de novos saberes na área de enfermagem de reabilitação, contribuindo para ações de promoção da esperança e outras emoções que fortalecem o enfrentamento, possibilitando também a troca de experiências e aperfeiçoando o cuidado prestado. O projeto de pesquisa atende a resolução CNS 466/2012 e possui a aprovação do CEPESH/UFSC que está localizado Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, tel. 3721-609. E-mail de contato: /cep.propesq@contato.ufsc.br. Sr(a) receberá uma cópia deste termo devidamente assinado e rubricado em todas as vias. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. No mais, segue abaixo o celular/e-mail dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

O contato profissional do pesquisador: Profa. Dra.Soraia Dornelles Schoeller – (48) 3721-2206; [soraia.dornelles@ufsc.br](mailto:soraia.dornelles@ufsc.br); Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 321 - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-000.

O contato pessoal do pesquisador: Soraia Dornelles Schoeller – telefones: (48) 99908-8384 ou(48) 3093-5214; endereço de e-mail: [soraiadornelleshoeller@gmail.com](mailto:soraiadornelleshoeller@gmail.com); endereço físico: Rua Jacinto Ferreira de Macedo, 46 - Bela Vista, Palhoça – SC, 88132690.

Desde já agradecemos! Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pesquisadores

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**APÊNDICE 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA – BRASIL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa denominada “CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO EMANCIPATÓRIO”, que busca construir um processo de reflexão sobre cuidado de enfermagem de reabilitação enquanto processo emancipatório, que fará parte do projeto qualitativo do Laboratório de Pesquisa, Ensino e Tecnologia sobre Saúde, Enfermagem e Reabilitação (Re Habilitar), da Universidade Federal de Santa Catarina. Esta pesquisa será conduzida pelos membros do grupo, sob orientação e liderança da Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller (pesquisadora responsável). A pesquisa terá duração de 36 meses, com o término previsto para 31 de dezembro de 2021. Sua participação consistirá em entrevistas, oficinas ou grupo focal, sendo que os dados oriundos destas estratégias de coleta serão gravados para posterior transcrição. Após a transcrição você receberá a entrevista, para validá-la ou modificar o que você ache importante. Os dados ficarão armazenados em local seguro na sala da orientadora do estudo situada na Universidade Federal de Santa Catarina por cinco (05) anos e incinerados após esse período. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhuma das fases do estudo, assegurando-se também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em eventos e/ou revistas científicas da área da saúde, mostrando apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Garantimos o ressarcimento em razão de possíveis despesas mesmo que não previstas. A indenização será feita em caso de dano material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente. O ressarcimento e a indenização não serão restritos ao depósito bancário, caso o participante não tenha conta em banco, visando a não-inviabilização de seu ressarcimento nem a sua indenização. As despesas com direito a ressarcimento são as que dizem respeito a possíveis gastos com transporte e alimentação, mesmo que sejam improváveis devem constar. O dado Termo de Consentimento estará devidamente rubricado, assinado e entregue em duas vias

ao participante conforme o item IV. 5d (466/12) e art 32º (510/16). Os riscos oriundos de sua participação nesta pesquisa, como constrangimento e sensação de fragilidade serão devidamente contornados pelas pesquisadoras. A pesquisa não acarretará riscos ou danos à integridade física ou situação constrangedora; porém, pode trazer à tona sentimentos e emoções e, para isso durante todo procedimento de coleta de dados, você estará acompanhado por um dos pesquisadores que ficará disposição para escutá-lo sempre que necessário, além de prestar toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, no intuito de diminuir o desconforto sentido, bem como possibilitarmos um espaço para suas observações de maneira individual caso se sinta constrangido. Esta pesquisa não acarretará em ônus ao participante, nem afetará o tratamento de reabilitação. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir para construção de novos saberes na área de enfermagem de reabilitação, contribuindo para ações de promoção da esperança e outras emoções que fortalecem o enfrentamento, possibilitando também a troca de experiências e aperfeiçoando o cuidado prestado. O projeto de pesquisa atende a resolução CNS 466/2012 e possui a aprovação do CEPESH/UFSC que está localizado Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, tel. 3721-609. E-mail de contato: /cep.propesq@contato.ufsc.br. Sr(a) receberá uma cópia deste termo devidamente assinado e rubricado em todas as vias. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. No mais, segue abaixo o celular/e-mail dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

O contato profissional do pesquisador: Profa. Dra.Soraia Dornelles Schoeller – (48) 3721-2206; [soraia.dornelles@ufsc.br](mailto:soraia.dornelles@ufsc.br); Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 321 - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-000.

O contato pessoal do pesquisador: Soraia Dornelles Schoeller – telefones: (48) 99908-8384 ou(48) 3093-5214; endereço de e-mail: [soraiadornelleshoeller@gmail.com](mailto:soraiadornelleshoeller@gmail.com); endereço físico: Rua Jacinto Ferreira de Macedo, 46 - Bela Vista, Palhoça – SC, 88132690.

Desde já agradecemos! Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura dos pesquisadores

---

Assinatura do Participante

**APÊNDICE 4: ENTREVISTA COM PESSOAS EM REABILITAÇÃO**

## 1. Identificação:

Como você deseja ser nomeado?

Qual a sua idade?

Com qual gênero você se identifica?

Qual a sua ocupação laboral (trabalho)?

Qual a sua escolaridade?

Qual o seu estado civil?

Você tem alguma religiosidade? Qual seria?

Qual a sua condição clínica a ser reabilitada?

## 2. Roteiro semi-estruturado:

Conte-me a sua história relacionada à reabilitação.

Como tem sido a sua trajetória na reabilitação?

Você foi atendido pelo enfermeiro (a) reabilitador? Como foi este atendimento?

Qual o papel da enfermagem no contexto da reabilitação, em sua opinião?

Como você experimentou o cuidado de enfermagem de reabilitação?

Você percebeu alguma dificuldade/problema no cuidado de enfermagem de reabilitação prestado durante a sua assistência?

Você percebeu alguma potencialidade no cuidado de enfermagem de reabilitação prestado durante a sua assistência?

Você gostaria de acrescentar algo?

**APÊNDICE 5: ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO**

## 1. Identificação:

Como você deseja ser nomeado?

Qual a sua idade?

Com qual gênero você se identifica?

Qual a sua ocupação laboral (trabalho)/local?

Há quanto tempo está lotado no CER?

Qual a sua escolaridade/ nível de formação?

Possui outras experiências profissionais?

## 2. Questionário

Conte-me a sua trajetória profissional relacionada à reabilitação.

Conte-me sobre sua concepção acerca do cuidado de enfermagem no contexto da reabilitação?

Qual o papel da enfermagem no contexto da reabilitação?

Quais são os desafios/problemas que você percebe no cuidado de enfermagem de reabilitação? Se sim, como você solucionaria esse problema?

Quais são as potencialidades que você percebe no cuidado de enfermagem de reabilitação?

Você gostaria de acrescentar algo?

**APÊNDICE 6: ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA PARA GRUPO-FOCAL**

## 1. Questões disparadoras:

Cuidado de enfermagem de reabilitação;

Contexto da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina;

Desafios da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina;

Potências da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina.

**APÊNDICE 7: QUESTÕES DISPARADORAS – MESA REDONDA 1: Desafios e potencialidades para o reconhecimento da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina**

Breve apresentação sobre cada um, experiência na reabilitação;

Qual a finalidade da enfermagem de reabilitação?

Qual o papel da enfermeira reabilitadora?

Qual o olhar da enfermagem de reabilitação?

Quais as maiores dificuldades que a enfermagem de reabilitação enfrenta para ser reconhecida?

Que tipo de reconhecimento a enfermagem de reabilitação busca?

Como podemos fazer para promover o reconhecimento da enfermagem de reabilitação no estado de Santa Catarina?

**APÊNDICE 8: QUESTÕES DISPARADORAS – MESA REDONDA 2:**  
Reconhecimento do Coren/SC acerca da enfermagem de reabilitação

Breve apresentação sobre cada um, experiência profissional;

Quando começou a enfermagem de reabilitação? Nível nacional e internacional.

Qual o contexto da enfermagem de reabilitação hoje em Santa Catarina?

Barreiras: Formação? Ingresso no mercado de trabalho? Quais os limites da rede de atenção à saúde?

Quais as ações do SUS?

Aonde que a reabilitação entra nesse processo de cuidado? Considerando a reabilitação uma ação do SUS?

Quais as perspectivas de atuação desse profissional?

Desafios no dia-a-dia de enfermeira reabilitadora de desenvolver o cuidado pela falta de visibilidade?

Com base nesse contexto, como que o Coren vê esses profissionais?

O que o Coren vai fazer em relação às necessidades da enfermagem de reabilitação?

Como o Coren interpreta a rede de cuidado?

**APÊNDICE 9: QUESTÕES DISPARADORAS – MESA REDONDA 3:**  
Reconhecimento do Coren/SC e Aben acerca da enfermagem de reabilitação

Breve apresentação sobre cada um, experiência multiprofissional;

Multiprofissional e transdisciplinaridade, que conceitos são esses?

Qual a importância desses termos para o indivíduo sob nosso cuidado?

Conhecer o trabalho do outro para saber a importância em nosso trabalho?

Foco na pessoa: desejo, plano de vida, habilidades, necessidades;

Planejamento compartilhado e envolvendo o sujeito/família/comunidade;

Como fazer diferente da caixinha?

Conhecer o que o outro faz e dar espaço para a fala/trabalho do outro;

Dar espaço para família/sujeito/comunidade;

Quais os desafios desse modelo de trabalho? Ego;

Porque não cabe protocolos de trabalho?

Reabilitação se faz em qualquer lugar?! Exemplo consultório na rua e UTI;

Como que a política de humanização pode melhorar as atitudes dos profissionais?

**APÊNDICE 10: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos ou filme, sem finalidade comercial, para ser utilizada no trabalho CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO EMANCIPATÓRIO. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

## ANEXOS

## ANEXO 1: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

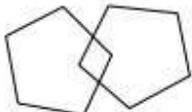
Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( ) Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1  Dia do mês? _____ 1  Mês? _____ 1  Ano? _____ 1  Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1  Instituição (casa, rua)? _____ 1  Bairro? _____ 1  Cidade? _____ 1  Estado? _____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b> _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b> _____ 1</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.  -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra <b>MUNDO</b> de trás para frente. _____ 5</p>	
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	



## ANEXO 2: CARTA DE CONCORDÂNCIA – CER II/BLUMENAU



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Serviços Especializados e Regulação/SUR**  
**Centro Especializado de Reabilitação de Blumenau – CER II/ FURB**

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o representante legal do Centro Especializado de Reabilitação do município de Blumenau (CER II/FURB) declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório" nos termos propostos, lembrando ao pesquisador que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 24/09/2018.

  
 Enf. Kathia Alina Osti  
 Coordenadora - CER FURB  
 CONEXÃO 3385

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

## ANEXO 3: CARTA DE CONCORDÂNCIA – CER II/CRICIÚMA



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Serviços Especializados e Regulação/SUR**  
**Centro Especializado de Reabilitação de Criciúma – CER II/ Unesc**

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o representante legal do Centro Especializado de Reabilitação do município de Criciúma (CER II/ Unesc) declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório" nos termos propostos, lembrando ao pesquisador que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 24/09/2018.

Tatiane Helena Rodrigues Maciel  
 Coordenadora  
 Centro Especializado em Reabilitação

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

## ANEXO 4: CARTA DE CONCORDÂNCIA – CER II/ITAJAÍ



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Serviços Especializados e Regulação/SER**  
**Centro Especializado de Reabilitação de Itajaí – CER II/ Univali**

### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o representante legal do Centro Especializado de Reabilitação do município de Itajaí (CER II/ Univali) declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório" nos termos propostos, lembrando ao pesquisador que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridas os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Universidade do Vale do Itajaí

Florinópolis, 11/09/2018.

Profª Luciana de Oliveira Gonçalves  
 Responsável Técnica pelo CER II - UNIVALI  
 CREFITO 10-18-160-1

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

## ANEXO 5: CARTA DE CONCORDÂNCIA – CER II/FLORIANÓPOLIS

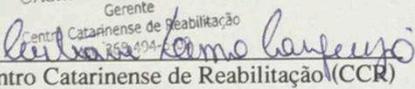


**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Serviços Especializados e Regulação/SUR**  
**Centro Catarinense de Reabilitação**

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o representante legal do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO EMANCIPATÓRIO" nos termos propostos, lembrando ao pesquisador que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 07/09/2018.

Cristiane Lima Carqueja  
Gerente  
Centro Catarinense de Reabilitação  
  
Centro Catarinense de Reabilitação (CCR)  
Centro Especializado em Reabilitação (CER)

## ANEXO 6: CARTA DE CONCORDÂNCIA – CER II/LAGES



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Serviços Especializados e Regulação/SUR**  
**Centro Especializado de Reabilitação de Lages – CER II/ Uniplac**

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o representante legal do Centro Especializado de Reabilitação do município de Lages (CER II/ Uniplac) declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório" nos termos propostos, lembrando ao pesquisador que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 19/09/2018.

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

Eliane de F. Camargo de O. Machado  
 Coordenadora CER II  
 UNIFLAG

Avenida Castelo Branco, 170, Setor Universitário - Lages - SC CEP 88504-900  
 Fone: (51) 3143-3793 / 3331-7600



ANEXO 7: FLYER DIVULGAÇÃO DA SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEN

**80ª SBEEn**  
SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Os Desafios da Enfermagem na  
Prática da Equidade

**80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**  
Semana de Enfermagem da  
UFSC 2019  
16 e 17 de maio de 2019

Organizado pelo Laboratório de  
Ensino, Pesquisa, Extensão e  
Tecnologia em Saúde, Enfermagem e  
Reabilitação

**Dia 16/05/19**  
**Quinta-Feira**  
**Auditório da Pós-Graduação**  
**CCS -Bloco H**

8h00min às 9h00min – Credenciamento

9h00min às 9h45min – Solenidade de abertura

9h45min às 10h00min – Apresentação grupo  
(Re)Habilitar

Tema / Mediadores	Horário
<b>Mesa redonda: Desafios e potencialidades para o reconhecimento da enfermagem de reabilitação em Santa Catarina</b> Enf. Kátrin Aline Osti - CER/FURB Enf. André Roberto Faria - CER/UNIPLAC Enf. Maria Madalena Santiago - CER/UNESC Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller	10h00min às 11h30min
<b>Exposição de fotos e documentário sobre projeto de acessibilidade</b> Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi	11h30min às 12h00min
<b>Palestra sobre cuidados de enfermagem de reabilitação: Vesico-intestinal</b> Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi	14h00min às 15h00min
<b>Palestra sobre cuidados de enfermagem de reabilitação: Pele, feridas e ostomia</b> Enf. Caria Trentin - Coloplast	15h00min às 16h00min
<b>Mesa redonda: Reconhecimento do Coren/SC e Aben acerca da enfermagem de reabilitação</b> Enf. Magada Tessmann – Aben Enf. Helga Bresciani – Coren Enf. Luciana Schroeder – CER/FURB Profa. Dra. Adriana Dutra Tholl	16h30min às 17h30min
<b>Encerramento</b> Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller	17h30min às 18h00min

**Dia 17/05/2019**  
**Sexta-Feira**  
**Auditório da Pós-Graduação**  
**CCS -Bloco H**

Tema / Mediadores	Local
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Enfermagem</b> Enf. Carolina Rocha - CCR	8h00min às 8h30min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Medicina</b> Fisiatra Mariana Francisco Botello -CCR	8h30min às 9h00min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Pedagogia</b> Pedagoga Catiana Camila Clasen - CER/FURB	9h00min às 9h30min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Fonoaudiologia</b> Fonoaudióloga Paula Suto Stutz Herzmann - CER/FURB	10h00min às 10h30min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Assistente Social</b> Assistente Social Rosivane Souza dos Passos - CER/FURB	10h30min às 11h00min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Psicologia</b> Psicóloga Fabiana Batista Yzedu - CER/FURB	11h00min às 11h30min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Nutrição</b> Nutricionista Renata Sartori Magagnin - UNESC	11h30min às 12h00min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Fisioterapia</b> Fisioterapeuta Scheyla Paula Bollmann Oleskovicz Nogueira - CCR	14h00min às 14h30min
<b>Palestra sobre ações da equipe multiprofissional: Terapia Ocupacional</b> Terapeuta Ocupacional Alessandra Nascimento Soares Marques - CCR	14h30min às 15h00min
<b>Mesa redonda: Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no contexto da reabilitação</b> Psicóloga Lívia Maria Fontana - Atenção Primária Fisiatra Patrícia Khan - CCR Enf. Leodrete Silvestre - SES Enf. Tamillys Fernanda Silva - CER/FURB Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi	15h00min às 16h00min
<b>Oficina: Compartilhando ações de inclusão no Centro de Ciências da Saúde</b> Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller Acadêmico Enf. Lucas Antunes - UFSC	16h30min às 17h30min

## ANEXO 8: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO PROCESSO EMANCIPATÓRIO

**Pesquisador:** sorala domelles schoeller

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02022918.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.094.742

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Sorala Domelles Schoeller do Curso de Pós Graduação de Enfermagem.

Estudo prospectivo, com previsão de 100 participantes.

**Critérios de inclusão:** Serão incluídos no estudo pessoas que possuem alguma deficiência, familiares destas pessoas, pessoas da comunidade e profissionais de enfermagem que atuem em reabilitação.

**Critérios de exclusão:** Não serão incluídos no estudo pessoas com deficiência intelectual, as quais serão testadas através do Mini Mental para avaliação da capacidade cognitiva. Também serão excluídos profissionais que apresentem-se em férias ou licença durante o período de coleta de dados, ou ainda que possuam experiência na área de enfermagem de reabilitação há menos de 1 ano. Membros da comunidade que não constituírem a rede de apoio da pessoa com deficiência, bem como membros da família com menor proximidade direta com a pessoa com deficiência serão excluídos do estudo.

Os participantes serão submetidos a entrevistas, oficinas ou grupo focal, sendo que os dados oriundos destas estratégias de coleta serão gravados para posterior transcrição. Após a transcrição você receberá a entrevista, para validá-la ou modificar o que você ache importante.

Essas intervenções que serão realizadas estão presentes apenas no TCLE. Não foram redigidas no projeto e na Plataforma Brasil.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6394 E-mail: cep.projeto@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3294.742

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

\* Propor elementos conceituais para um modelo de cuidados de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório da pessoa com deficiência. Propor formas de cuidado em reabilitação para a autonomia das pessoas.

**Objetivo Secundário:**

\* Analisar o escopo do conceito de cuidado de enfermagem como processo emancipatório da pessoa com deficiência nas publicações de enfermagem;

\* Analisar o escopo do conceito de cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório da pessoa com deficiência nas teorias de enfermagem;

\* Analisar o conceito de cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório da pessoa com deficiência na perspectiva de profissionais de enfermagem;

\* Analisar o conceito de cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório da pessoa com deficiência na perspectiva de pessoas com deficiência física e sua família;

\* Analisar o papel do enfermeiro de reabilitação de na inclusão da pessoa com deficiência e de sua rede de apoio; \* Analisar o cuidado de enfermagem de reabilitação no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A análise de riscos está adequada no projeto, no formulário da Plataforma Brasil e no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto vem assinada pelo Coordenador do Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Consta declaração das instituições onde será realizada a pesquisa, autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12 e 251/1997.

O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 01/06/2019.

O orçamento informa despesas de R\$ 34.000,00 com financiamento próprio.

Os TCLEs apresentados cumprem todas as exigências da res. 466/12 (v. lista de pendências).

**Recomendações:**

Nada a declarar.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: [cep.propoes@contato.ufsc.br](mailto:cep.propoes@contato.ufsc.br)

Continuação do Parecer: 3094742

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1182117.pdf	27/11/2018 15:45:56		Aceito
Outros	FOLHA_ROSTO_GRAD.pdf	27/11/2018 15:45:14	sorala domelles schoeller	Aceito
Outros	FOLHA_ROSTO_PG.pdf	27/11/2018 15:44:17	sorala domelles schoeller	Aceito
Outros	Entrevista_pes_fam_comun.pdf	27/11/2018 15:18:19	sorala domelles schoeller	Aceito
Outros	ENTREVISTA_EQUI_PROF.pdf	27/11/2018 15:18:02	sorala domelles schoeller	Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	27/11/2018 15:16:13	sorala domelles schoeller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CORRIGIDO.pdf	27/11/2018 15:15:37	sorala domelles schoeller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSSIONAIS_REVISADO.pdf	27/11/2018 15:15:24	sorala domelles schoeller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PESSOAS_REVISADO.pdf	27/11/2018 15:15:18	sorala domelles schoeller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FAMILIA_REVISADO.pdf	27/11/2018 15:14:59	sorala domelles schoeller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COMUNI_REVISADO.pdf	27/11/2018 14:45:27	sorala domelles schoeller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	lages.pdf	09/10/2018 12:01:26	sorala domelles schoeller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	blumenau.pdf	09/10/2018 12:01:19	sorala domelles schoeller	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria 5, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep-propos@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.094.742

Declaração de Instituição e Infraestrutura	criciuna.pdf	09/10/2018 12:01:11	sorala.dornelles.schoeller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	itaja.pdf	09/10/2018 12:01:05	sorala.dornelles.schoeller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	floripa.pdf	09/10/2018 12:00:58	sorala.dornelles.schoeller	Aceito
Folha de Rosto	paginarosto.docx	09/10/2018 11:30:44	sorala.dornelles.schoeller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Nelson Ganzian da Silva  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria 1, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefones: (48)3721-6034 E-mail: [cep.propaco@contato.ufsc.br](mailto:cep.propaco@contato.ufsc.br)