

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2024

OS POTENCIAIS DE SAÚDE COMO UMA PROPOSTA TEÓRICA PARA A ENFERMAGEM



Marcelo da Silva Alves

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2024

**OS POTENCIAIS DE SAÚDE
COMO UMA PROPOSTA TEÓRICA
PARA A ENFERMAGEM**



Marcelo da Silva Alves

EDITORA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADORES DO LIVRO

Marcelo da Silva Alves

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

EDIÇÃO DE TEXTO

Natan Bones Petitemberte

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

IMAGENS DE CAPA

AdobeStok

2024 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2024 Os Autores

Copyright da Edição © 2024 Seven Editora

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelo autor para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

CORPO EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

CORPO EDITORIAL

Pedro Henrique Ferreira Marçal - Vale do Rio Doce University
Adriana Barni Truccolo - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
Marcos Garcia Costa Morais - Universidade Estadual da Paraíba
Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal de Goiás Campus Ceres
Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique
Ariane Fernandes da Conceição - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Wanderson Santos de Farias - Universidade de Desenvolvimento Sustentável
Maria Gorete Valus - Universidade de Campinas
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Janyel Trevisol - Universidade Federal de Santa Maria
Irlane Maia de Oliveira - Universidade Federal de Mato Grosso
Paulo Roberto Duailibe Monteiro - Universidade Federal Fluminense
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Yuni Saputri M.A - Universidade de Nalanda, Índia
Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí, CEAD
Anderson Nunes Da Silva - Universidade Federal do Norte do Tocantins
Adriana Barretta Almeida - Universidade Federal do Paraná
Jorge Luís Pereira Cavalcante - Fundação Universitária Iberoamericana
Jorge Fernando Silva de Menezes - Universidade de Aveiro
Antonio da Costa Cardoso Neto - Universidade de Flores Buenos Aires
Antônio Alves de Fontes-Júnior - Universidade Cruzeiro do Sul
Alessandre Gomes de Lima - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Moacir Silva de Castro - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Marcelo Silva de Carvalho- Universidade Federal de Alfnas
Charles Henrique Andrade de Oliveira - Universidade de Pernambuco
Telma Regina Stroparo - Universidade Estadual de Ponta Grossa
Valéria Raquel Alcantara Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz
Kleber Farinazo Borges - Universidade de Brasília
Rafael Braga Esteves - Universidade de São Paulo
Inaldo Kley do Nascimento Moraes - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Mara Lucia da Silva Ribeiro - Universidade Federal de São Paulo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

A474p

Alves, Marcelo da Silva.

OS POTENCIAIS DE SAÚDE COMO UMA PROPOSTA
TEÓRICA PARA A ENFERMAGEM [recurso eletrônico] /
Marcelo da Silva Alves. – São José dos Pinhais, PR: Seven
Editora, 2024.

Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6109-035-3

1. Enfermagem. 2. Ciências médicas. I. Título.

CDU 616-083

Índices para catálogo sistemático:

1. CDU: Enfermagem 616-083

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

DOI: 10.56238/livrosindi202426-001

Seven Publicações Ltda
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor deste trabalho DECLARA, para os seguintes fins, que:

Não possui nenhum interesse comercial que gere conflito de interesse em relação ao conteúdo publicado;

Declara ter participado ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente nas seguintes condições: "a) Desenho do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação dos dados; b) Elaboração do artigo ou revisão para tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão";

Certifica que o texto publicado está completamente livre de dados e/ou resultados fraudulentos e defeitos de autoria;

Confirma a citação correta e referência de todos os dados e interpretações de dados de outras pesquisas;

Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para realizar a pesquisa;

Autoriza a edição do trabalho, incluindo registros de catálogo, ISBN, DOI e outros indexadores, design visual e criação de capa, layout interno, bem como seu lançamento e divulgação de acordo com os critérios da Seven Eventos Acadêmicos e Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Seven Publicações DECLARA, para fins de direitos, deveres e quaisquer significados metodológicos ou legais, que:

Esta publicação constitui apenas uma transferência temporária de direitos autorais, constituindo um direito à publicação e reprodução dos materiais. A Editora não é co-responsável pela criação dos manuscritos publicados, nos termos estabelecidos na Lei de Direitos Autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; O(s) autor(es) é(são) exclusivamente responsável(eis) por verificar tais questões de direitos autorais e outros, isentando a Editora de quaisquer danos civis, administrativos e criminais que possam surgir.

Autoriza a **DIVULGAÇÃO DO TRABALHO** pelo(s) autor(es) em palestras, cursos, eventos, shows, mídia e televisão, desde que haja o devido reconhecimento da autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial, com a apresentação dos devidos **CRÉDITOS** à **SEVEN PUBLICAÇÕES**, sendo o(s) autor(es) e editora(es) responsáveis pela omissão/exclusão dessas informações;

Todos os e-books são de acesso aberto, portanto, não os venda em seu site, sites parceiros, plataformas de comércio eletrônico ou qualquer outro meio virtual ou físico. Portanto, está isento de transferências de direitos autorais para autores, uma vez que o formato não gera outros direitos além dos fins didáticos e publicitários da obra, que pode ser consultada a qualquer momento.

Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições públicas de ensino superior, conforme recomendado pela CAPES para obtenção do Qualis livro;

A Seven Eventos Acadêmicos não atribui, vende ou autoriza o uso dos nomes e e-mails dos autores, bem como de quaisquer outros dados deles, para qualquer finalidade que não seja a divulgação desta obra, de acordo com o Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.

AGRADECIMENTOS

À minha amada família. Meus irmãos queridos - Márcio, Denilda, Rosângela (in memorian), Aurora e Valéria. Expressões manifestadas de Deus em minha vida.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas. Oportunidade que tive de ser um pouco Pai e um pouco Mãe. Gratidão por tanto amor e carinho.

Ao meu amor Lincoln Caiaffa Mota (in memorian). Antes de você nada. Depois de você tudo. Com você aprendi a riqueza do amor, dedicação e comprometimento. Obrigado amor.

A todos e todas minhas alunas, orientandos, tutorandos e residentes, com os quais eu mais aprendi do que fui capaz de ensinar

Agradeço a todos os meus Professores, desde a graduação, meus orientadores de pós-graduação e todos que me fizeram fazer ciência comprometida com o ser humano.

Gratidão tenho por todo o corpo Docente e Técnico da Faculdade de Enfermagem da UFJF bem como a Universidade como um todo por todo o convívio de companheirismo, aprendizado e oportunidades. Obrigado!

Infinita Gratidão à Professora Doutora Cristina Arreguy de Sena pela grande contribuição na minha vida acadêmica e pela sua bondade e imensa disponibilidade em colaborar de diversas formas para a elaboração deste trabalho e diagramação. "Sonho que se sonha só e só um sonho. Sonho que sonha junto é realidade" (Raul Seixas)

Por fim, tenho eterna gratidão ao imperador do Universo e todos os mestres ascensionados, que com suas energias cósmicas universais de alta frequência e alta vibração me alinharam em um foco de evolução como espírito eterno e imortal rumo ao infinito do Absoluto todo poderoso criador do todo.

UMA MENSAGEM MUITO CARINHOSA E ESPECIAL...

Caro Marcelo. Muito obrigada por compartilhar seu trabalho existencial e progressista. É muito inspirador e informativo. Oferece uma visão de mundo em evolução e um paradigma pós-moderno para explorar a saúde e o bem-estar dentro das teorias existentes para orientar o pensamento expandido.

Da mesma forma, serve como filosofia e referencial teórico para conceitos subjacentes relevantes para toda a enfermagem e para humanizar enfermeiros e pacientes.

Todas as boas bênçãos e parabéns. Com amorosa bondade e Paz,

Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL (AAN)
Founder Watson Caring Science Institute
Distinguished Professor/Dean Emerita University of Colorado Denver, CON

AUTOR E-BOOK



Marcelo da Silva Alves

Por assim dizer, foi a música que despertou o interesse do Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves pelas humanidades, pelos sentimentos e emoções humanas, pela existência em sua essência. Durante essa formação musical, além de concertos e recitais na Escola Nacional de Música na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no salão nobre da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), eventos e outras oportunidades de apresentação, inclusive na Argentina e no Uruguai, apresentou-se por longos seis anos em diversos cenários e espaços musicais em Juiz de Fora, Rio de Janeiro e outros municípios. Nessas ocasiões, ele pode exercer e exercitar o contato com as pessoas, suas emoções e toda a sorte de subjetivações que, ainda nesse tempo tão primoroso, o fariam despertar para o que mais tarde se consolidaria como sua verdadeira profissão e campo de dedicação e realização profissional: a Enfermagem.

Concluída sua formação como enfermeiro, colocou grau em janeiro de 1994, na UFJF no curso de Enfermagem e Obstetrícia. De imediato, foi trabalhar como enfermeiro em dois hospitais psiquiátricos, a saber: a extinta clínica psiquiátrica São José na cidade de Leopoldina e a Casa de Saúde Esperança, que também já não existe, na cidade de Juiz de Fora, onde atuou de 1994 a 1997. Em 1995, prestou seleção para professor substituto na Faculdade de Enfermagem da UFJF para o Departamento de Enfermagem Aplicada para as disciplinas Enfermagem em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, tendo sido selecionado e atuando em ambas as disciplinas até abril de 1997.

Ao mesmo tempo, atuou como enfermeiro na casa de saúde Esperança, no Hospital Universitário da UFJF e como professor substituto na Faculdade de Enfermagem da UFJF. Seu interesse pelo ensino crescia mais e mais a cada dia e se consolidava uma vez que a educação sempre foi seu grande interesse e havia tido experiências no ensino de musicalização e de piano.

Nos dois hospitais psiquiátricos onde atuou na assistência e chefia do serviço de enfermagem, pode desenvolver muitos projetos com grupos terapêuticos e operativos, dar seguimento ao processo de reforma psiquiátrica que se iniciava, de autoria do então Deputado Paulo Delgado, e do Ministério da Saúde de 1992. Além dessas oficinas, criou na Casa de Saúde Esperança um coral com objetivos terapêuticos, em que pode aliar a sua formação em música com a enfermagem, utilizando a música como uma prática alternativa na administração da assistência de enfermagem.

Esse coral agregava pacientes, médicos, corpo de enfermagem, pessoal da limpeza, copa, lavanderia e portaria, além de pessoal do setor administrativo. Foi uma experiência de muito sucesso, e teve todo o apoio estrutural e administrativo da direção do hospital. Faziam apresentações em outros hospitais psiquiátricos, shoppings, igrejas, praças e outros cenários, o que para os pacientes era uma oportunidade de sair do espaço fechado do hospital e conviver um pouco mais com a sociedade. O Projeto se chamava PÉ NA RUA.

Também teve a oportunidade de levar o coral para o festival de coros da cidade, o que foi um evento muito audacioso no sentido do trato social entre pacientes e comunidade, alcançando assim o seu propósito de utilização de recursos psicossocioterápicos na enfermagem.

Na Casa de Saúde Esperança, também implantou a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de internação clínica, onde ficavam os pacientes que, além dos transtornos mentais, também tinham outras comorbidades físicas ou doenças crônicas descompensadas. Para tal, utilizou como referencial teórico a Teoria de Enfermagem de Hildegard Peplau e a Teoria Transcultural de Enfermagem de Madelaine M. Leininger, e como proposição diagnóstica, a NANDA internacional.

Com essa proposta do coral, que se chamava "Canta Esperança", passou a ser convidado para as reuniões de corpo clínico do hospital; espaço onde a enfermagem não tinha assento nem voto, havendo assim uma inversão de ordem de encaminhamento do atendimento médico dos pacientes que passaram a ser encaminhados para o projeto do coral por seus respectivos médicos assistenciais. Essa inversão foi muito importante para o trato político e tecnológico da enfermagem na instituição, uma vez que a enfermagem passou a ter uma visibilidade prevista como componente da equipe terapêutica e não apenas uma profissão de apoio.

Essa nova posição política da enfermagem o fez perceber que a grande questão do profissionalismo da enfermagem estava na resolubilidade das demandas dos usuários, na utilização de recursos terapêuticos próprios definidos na ciência e na enfermagem como disciplina. Tal tema sempre o intrigou, pelo qual até hoje se interessa muito, o que o fez criar na Pós-Graduação (mestrado em enfermagem) uma disciplina denominada Enfermagem, profissionalismo, trabalho e cidadania, como uma forma de sistematizar o tema e agregar com os estudantes referenciais específicos.

Ao final de 1994, prestou concurso público na UFJF para o cargo de técnico- administrativo em educação na função de enfermeiro. Tendo sido aprovado, assumiu o serviço de enfermagem da clínica médica masculina e, mais tarde, da unidade de centro cirúrgico e central de material esterilizado, onde atuou até abril de 1997. Em sua atuação nas salas de operações, desenvolveu com outras duas colegas um projeto de pesquisa intitulado "A sistematização da Assistência de enfermagem no período perioperatório". Esse projeto foi muito importante, pois, além das questões técnicas e humanísticas, o projeto deixou como legado alterações nos formulários do prontuário do paciente cirúrgico, promovendo maior visibilidade do acompanhamento da enfermagem no período perioperatório e nos registros assistenciais de sala de operações. Alterações que persistem até hoje.

Em 1996, em pleno exercício da função de enfermeiro no HU/UFJF e como professor substituto da Faculdade de Enfermagem, prestou o concurso público para o provimento do cargo de professor efetivo para o conjunto de disciplinas do Departamento de Enfermagem Aplicada. Tendo sido aprovado, tomou posse como professor auxiliar do departamento EAP em 7 de abril de 1997, para ministrar as disciplinas Enfermagem em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica–teoria e prática.

Com essa posse como docente efetivo, praticamente houve uma continuidade com o seu trabalho como docente substituto que já acontecia nessas disciplinas e então começou a assumir projetos de extensão e se candidatou, ao final de 1997, ao cargo de Direção de Enfermagem do Hospital Universitário, compondo chapa como candidato a vice-diretor. A chapa venceu a eleição e se tornou então vice-diretor de enfermagem do Hospital Universitário. Nessa função, desenvolveu um jornal da direção de enfermagem de circulação interna, como forma de marcar e aprimorar a comunicação da direção com o corpo de enfermagem e facilitar a divulgação de comunicações necessárias ao bom andamento dos trabalhos da enfermagem. Além disso, criou uma proposta de um coral que buscava utilizar a música como uma prática de gestão participativa dentro da administração do cuidado no hospital.

Ainda em meados de 1997, inscreveu-se na seleção ao programa de pós-graduação (Mestrado em Enfermagem) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sendo aprovado. Realizou o desenvolvimento do curso e defendeu sua dissertação de mestrado em 8 de dezembro de 1998, intitulada "O lúdico no cotidiano do ensino da Enfermagem Psiquiátrica no Curso de Graduação em Enfermagem". Teve a honra de ter em sua banca de defesa final a Dr^a Magda Costa Stefanelli, uma das maiores expoentes pesquisadoras e especialistas da enfermagem psiquiátrica no Brasil.

Também dentro dessa função da direção de enfermagem, assumiu a supervisão e a coordenação do estágio voluntário extracurricular da enfermagem no HU/UFJF, abrindo mais um espaço de aprendizagem e troca de experiências dos estudantes de enfermagem no HU. Com base nessa experiência, escreveu um projeto de residência de enfermagem na linha da enfermagem na saúde do adulto, propondo duas vagas por ano para uma atuação de dois anos. Foi uma boa luta conseguir manter a bolsa de residência dos

enfermeiros no mesmo valor da bolsa dos médicos residentes. Com muito custo, negociação e debates, conseguiu aprovar a proposta na Faculdade de Enfermagem e na comissão de residências do HU e então tornou-se o primeiro coordenador de uma Residência de Enfermagem no HU/UFJF e criador do primeiro programa de Residência de Enfermagem na área hospitalar de Minas Gerais.

Em 2000, além de ter sido eleito como Vice-Coordenador da graduação, foi convidado pelo Núcleo de Estudos e Treinamento em Saúde (Nates/UFJF) para compor uma comissão que iria propor um programa de residência multiprofissional em saúde da família atendendo a um edital internacional do Ministério da Saúde, que envolveria a Enfermagem e a Medicina como profissões obrigatórias e o Serviço Social como uma opção viável já que essa profissão fazia parte das unidades básicas de saúde do município. Nesse programa, teve a oportunidade de desenvolver inúmeros projetos que buscavam marcar a unidade de saúde local como referência de atendimento em um conceito mais ampliado. Na verdade, eram projetos de extensão. Inúmeras e incontáveis propostas foram desenvolvidas nesses cenários onde a residência era desenvolvida com os residentes, estagiários da graduação e a comunidade.

Ao mesmo tempo e na mesma época, participou da criação do Curso de Especialização em Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, que se tornou parte do componente teórico das residências multiprofissionais que foram sendo criadas dentro do Hospital Universitário. Também contribuiu significativamente para a construção de todos os projetos de residência multiprofissionais do HU, tendo sido o primeiro coordenador credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional para assumir o cargo de presidente da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) do HU/UFJF.

Um ano após a sua defesa de Dissertação, participou da seleção ao Programa de Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado. Assumiu a construção de sua tese doutoral no Departamento de Ciências Sociais e Saúde, com o título "O Cotidiano da avaliação da saúde da família em um município de Minas Gerais", e a defesa final ocorreu em 5 de maio de 2005, tendo sido aprovado com nota 10. O estudo foi orientado pelo Prof. Dr. Luiz Antônio Castro Santos, sociólogo e pesquisador.

Nessa ocasião, atuava no Nates/UFJF como facilitador do polo de educação permanente para pessoal da saúde da família do sul e sudeste mineiro, que era uma proposta do Ministério da Saúde. Ministrava capacitações sobre o modelo da saúde da família em dezenas de municípios mineiros e também a convite do Ministério da Saúde em Roraima e Cabo Verde, na África, onde pode estar por dois momentos dando capacitações sobre fortalecimento da Atenção Primária à Saúde naquele país, a convite do Ministério das Relações Exteriores e da Organização das Nações Unidas.

Em 2005, o Nates, que foi criado dentro do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, iniciou um projeto de criação de um programa de pós-graduação em saúde coletiva (mestrado e doutorado). Participou ativamente da elaboração da proposta e, após a aprovação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 2006, iniciou sua participação no programa como docente colaborador, ministrando a disciplina obrigatória Saúde e Sociedade. Nessa disciplina, desenvolveu como parte principal da avaliação dos estudantes a elaboração anual de um jornal acadêmico, intitulado "Jornal Saúde e Sociedade", que, entre outros objetivos, apontava discursos críticos sobre o conteúdo da disciplina e a realidade do trabalho em saúde.

Seguindo nessa lógica ensino/serviço, entre 2009 e 2012, foi indicado pelo Conselho de Unidade da Faculdade de Enfermagem para atuar como tutor no Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde da Família), em que pode desenvolver dois projetos de extensão agregados a essa tutoria e ampliar sua atuação como orientador e supervisor do estágio supervisionado I, que é desenvolvido na atenção primária. Também foi tutor do PET Rede de Atenção à Saúde de 2012 a 2014, desenvolvendo atividades transversais aos dois programas, o que foi muito enriquecedor, além de ter supervisionado o estágio curricular supervisionado II.

Em 2010, criou como líder o Grupo de estudos e pesquisas sobre filosofia e sociologia do cuidado humano no cotidiano da saúde e da enfermagem, que agrega estudantes de graduações diversas, mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e pessoal do serviço de saúde. Nele pode estudar diversos temas transversais ao cotidiano em saúde e em enfermagem, com as mais diversas referências teóricas e também muitos estudos em saúde mental. Nesse grupo também, realizava as orientações de trabalho de conclusão de curso da graduação e dos programas de residência, onde atuava como coordenador e tutor, gerando

inúmeras pesquisas e diversos projetos para pós-graduação, dos quais muitos foram aprovados em programas de mestrado acadêmico e orientados por ele mesmo.

Devido a sua atuação e formação na área das Ciências Sociais e Saúde, em 2014, candidatou-se a uma vaga nos estágio pós-doutoral do Instituto de Ciências Sociais da UFJF e teve sua proposta aprovada. Assim, desenvolveu seu estágio Pós-Doutoral em Ciências Sociais e Antropologia da Saúde. Nesse estágio, fez parte de seu grupo de estudos, cursou disciplinas ligadas aos sistemas de conhecimento do grande campo das Ciências Sociais e participou do desenvolvimento de uma pesquisa etnográfica intitulada "O trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde", estudo que apresentou em congresso de Ciências Sociais e desenvolvimento humano na cidade do Cairo - Egito, em 2016, em exposição oral livre.

Com sua atuação como único profissional de saúde no grupo de estudos em Ciências Sociais em seu estágio pós-doutoral, foi convidado a participar do pólo de educação permanente para o SUS, projeto desenvolvido pelo Instituto de Ciências Sociais. Nessa oportunidade, teve a rica experiência de fazer diagnósticos participativos rápidos e dar treinamento sobre políticas focais para atendimento da exclusão das minorias no SUS em vários municípios. Trabalhou com pessoal de saúde da família, gestores e conselheiros de saúde, com o objetivo de ampliar as políticas do Ministério da Saúde para o pessoal do campo, da floresta, população de rua, comunidades ciganas, população ribeirinha, comunidade preta pobre e comunidade GBLTQIA+, gerando oportunidades de inclusão social e de subjetivações na linha da participação e do controle social.

Importante também foi a sua atuação na Disciplina "Bases Teóricas da Enfermagem" no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFJF, o que gerou o aprofundamento de seu conhecimento sobre a filosofia e sociologia da enfermagem, despertando-o para diversas questões relativas a enfermagem como ciência e disciplina sobre novas formas de sistematizar as ações de enfermagem no contexto brasileiro e que estivesse em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Durante toda a sua vida acadêmica sempre ponderou sobre a questão da ampliação do conceito de saúde, sobre a subjetivação da abordagem terapêutica dentro da assistência de enfermagem e foi assim que começou a desenvolver os conceitos, valores, paradigmas e metaparadigmas de sua teoria dos Potenciais de Saúde, sendo que a mesma foi registrada na Biblioteca Nacional e Patentada em 2013 sob o registro: Registrada na Fundação Biblioteca Nacional / Escritório de Direitos autorais sob o Nº 592.286 –Livro 1.133 – Folha 174.

Recentemente publicou o seu primeiro artigo sobre a teoria no livro *Health and Medicine: Care and Discoveries* da editora Sevens Internacional com o título "The Potential of Health as a Theoretical Framework For Nursing" em 2023.

Antes da Patente da teoria, o Professor Marcelo realizou diversas pesquisas junto aos seus residentes na Atenção Primária como forma de testagem e validação de sua proposta na prática assistencial. Os resultados são apresentados junto à Teoria ao final deste livro, não deixando dúvidas sobre a importância da proposta não somente na perspectiva acadêmica, mas também na prática da assistência da Enfermagem.

O autor também atuou por quatro anos como Diretor da Faculdade de Enfermagem da UFJF e recebeu a honraria medalha "Juscelino Kubitschek" do Conselho Superior da respectiva Universidade, além de ter conquistado a Classe "E" de Professor Titular da UFJF em 2021.

Com toda esta bagagem de prática na enfermagem, na docência e na gestão, o Professor Marcelo S. Alves agora se dedica na divulgação e ampliação dos estudos e pesquisas sobre sua teoria, como forma de socializar a proposta, inovar cada vez mais e atualizar os conceitos e valores apresentados por sua teoria.

APRESENTAÇÃO

O atendimento à saúde desde o nascimento da clínica (meados do século XVIII), até os dias atuais vem sendo exercido pelo modelo da biomedicina que como sabemos, fragmentou o ser humano em corpo, mente e alma. Além disso, ainda retirou de cena o sofrimento humano como uma categoria a ser considerada no processo saúde doença. Estas práticas mostram-se então, alienadas e alienantes, uma vez que deixam de fora importantes determinantes de existência, de vida e de humanidades; desconsiderando de uma maneira sobrepujante a categoria do humano, ou seja; a capacidade dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades de decidirem e escolherem não apenas a forma como vão viver, mas sobretudo, como vão lidar com as condições adversas de saúde, de vida, de existência, de estar no mundo e também de doenças.

Parece que existe um formato –tipo receita de bolo- que deve ser aplicado a todas as condições de forma hegemônica, que retiraram das condições adversas as suas singularidades, as suas subjetividades, seus valores e conceitos e os direitos dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades de serem protagonistas de suas vidas e de suas existências nos momentos de fragilidades, de dificuldades e das condições que envolvem as doenças e a ausência de saúde; entendendo-se aqui a diferença entre estes dois conceitos, uma vez que em acordo com nossa política de saúde, o conceito de saúde deve ser ampliado para além da ausência de doença, mas antes, considerado uma condição que envolve os determinantes sociais, pessoais, culturais e existenciais como uma forma de se ser e estar com o mundo, em uma existência autêntica, voltada para a realidade, onde cada um possa olhar para dentro de si mesmo e descobrir as suas potencialidades de serem autores de suas próprias histórias de vida e em seus próprios contextos.

Foi vivendo o cotidiano destas práticas em saúde, descritas acima; que surgiu os potenciais de saúde como uma categoria de análise para os desafios profissionais e clínicos da enfermagem como ciência, disciplina e profissão. Quando a patronesse da enfermagem moderna Florence Nightingale proferiu a máxima sobre “o que é tratar o frio mármore comparado a tratar o corpo humano, o templo de Deus”, ela já nos deixou um legado de que esse corpo possui um “animus” um sopro divino, e que não deve sofrer interferências frias, ditadas por ações desumanizadas e sem o contexto de que cada homem ou mulher, criança, família, grupo e comunidades devem ser os protagonistas de suas vidas, fazendo suas escolhas, decidindo, opinando e participando das decisões e dos fatos que irão afetar suas vidas, seu bem estar, sua plenitude como seres humanos e sua emancipação como co-autores de suas trajetórias ao longo de seu ciclo vital.

Como uma teoria para a enfermagem, os potenciais de saúde surgem como uma possibilidade de um sistematizar a assistência por meio de um conjunto de valores, paradigmas e metaparadigmas que permitam aos enfermeiros e enfermeiras realizarem a subjetivação dos sujeitos em diversos contextos de vida, de existência e de morte; bem como realizarem uma inversão, colocando cada homem ou mulher, criança, família, grupo e/ou comunidades como o centro dos processos de enfermagem em todos os níveis assistenciais.

Fazer isto de uma forma simples, de fácil compreensão, de baixa complexidade e dificuldade, de forma que todos os profissionais enfermeiros e enfermeiras possam andar com esta proposta no seu bolso, na sua bolsa e principalmente no seu raciocínio clínico e em suas evidências e tomadas de decisão. Um modelo bastante simples, vivido e já aplicado na realidade assistencial, sem os grandes aparatos epistemológicos e de constructo teóricos pouco valorizados e pouco compreendidos, com diagramas complexos que façam com que profissionais e estudantes julguem que uma proposta teórica é coisa da sala de aulas, impossível de ser colocada em prática, e que o melhor mesmo é seguir com o trabalho desenvolvendo as ações de enfermagem que acontecem em decorrência da prática médica, como seguir a prescrição de médicos e de outros profissionais; já que, agora, tem muitos prescrevendo ações para a enfermagem desenvolver, tirando nosso espaço e nossa autonomia.

Parece que já está na hora de termos uma proposta teórica prática de enfermagem, brasileira, e que nos ajude a materializar os pressupostos ideológicos das nossas políticas de saúde, nas buscas pelo bem estar social como um bem maior, e que esteja no fácil alcance e compreensão das equipes de enfermagem, sem descrições rebuscadas, sem diagramas complicados e muitas vezes de difícil compreensão. Esta proposta vem também acabar com o estigma e o elitismo de que teoria ou modelos assistenciais de enfermagem têm que ser obras enormes, com grande paginação, quase uma tese, mas antes; pode ser uma proposta simples, objetiva, direta e de fácil aplicabilidade, desmistificando a enfermagem como ciência e disciplina; e que esta enfermagem como ciência está ao alcance de todos e de todas nós, que acreditamos na capacidade de resiliência e de superação do ser humano em seus próprios contextos, e que queremos fazer o enfrentamento do poder institucional, do biopoder e nos posicionarmos de fato como a segunda maior força de trabalho no Brasil.

Essa enfermagem maravilhosa que ajudou de forma decisiva e corajosa a combater a pandemia do Covid 19, seja cuidando dos doentes, seja na frente dos campos de batalha da vacinação e da informação científica, competente e responsável.

PREFÁCIO

Este livro faz uma proposta da Teoria de Enfermagem do Potencial de Saúde e sua importância no campo da enfermagem, na qual se argumenta que o modelo biomédico fragmentou o ser humano em corpo, mente e alma, deixando de lado importantes determinantes da existência e da vida. Sob essa visão teórica, a visão do cuidado em saúde se transforma, uma vez que o autor aponta, com muita razão, o compromisso e a vontade de tornar-se o eixo fundamental do processo saúde e doença, com isso, é fundamental pensar nas potencialidades da saúde como arquétipo do ser humano, aspectos que são resgatados no metaparadigma da enfermagem descrito na proposta teórica.

O autor também afirma em sua proposta que os profissionais de enfermagem precisam focar as potencialidades de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, permitindo-lhes serem protagonistas de suas próprias vidas e decisões em tempos de fragilidade e adoecimento. Destaca-se a importância da enfermagem pautada nos valores humanos e na compreensão de que a saúde vai além da ausência de doença. Por outro lado, aponta que, quando pensamos dessa forma nas práticas de saúde e enfermagem, estamos nos afastando de um olhar hegemônico da medicina biológica tradicional, levando ao encontro do corpo e do sujeito do corpo, agora personalizado; Tudo sob uma nova ordem e possibilidade humanista de interação do homem com suas demandas, escolhas e decisões. Dessa forma, como aporte teórico neste livro, destaca-se que é possível pensar em objetivos terapêuticos reais, de ordem e julgamento pactuados com as novas linguagens e expressões que a sociedade busca, uma prática de saúde inovadora para o seu próprio cuidado.

Ressalta-se que os potenciais de saúde segundo essa teoria de enfermagem diferem da concepção tradicional de saúde por se basear em uma visão mais ampla e holística do indivíduo, contribuição de grande relevância proposta pelo autor, enquanto a concepção tradicional enfoca principalmente a ausência de doença, os potenciais de saúde consideram experiências existenciais, atitudes e comportamentos conscientes, bem como as necessidades específicas de saúde de cada pessoa de forma mais holística.

Outro aspecto que se destaca neste livro é que, sob essa visão teórica, implica reconhecer o indivíduo como um ser dotado de potencialidades e capacidades para tomar decisões e promover seu próprio bem-estar em todas as dimensões de sua vida, dizendo nesta proposta que "Quando pensamos em potencial humano, pensamos também em positivo e construtivo com relação direta com a realização humana e, portanto, à saúde em seu sentido mais amplo".

O papel dos profissionais de enfermagem, nessa perspectiva do Potencial de Saúde, seria realizar suas ações de forma sistemática, científica e planejada para ampliar conscientemente esses potenciais nos indivíduos, famílias e comunidades. Isso implica que aqueles que o consideram podem estabelecer um plano de cuidados e prescrições de enfermagem com base nas necessidades e demandas de saúde neles identificadas, focalizando os potenciais de saúde, integrando o raciocínio clínico e fazendo uso das taxonomias internacionais NANDA, NIC e NOC como elementos de apoio na tomada de

decisão autônoma e na melhoria da capacidade de resposta às intervenções terapêuticas e, assim, melhorar suas práticas de saúde e/ou processos saúde-doença.

Além disso, ao utilizar essa teoria de enfermagem do Potencial de Saúde, a identidade profissional será fortalecida e a realização mais plena será alcançada. Para consolidar essa proposta, é necessário fortalecer os fundamentos teóricos e práticos, integrando essa visão em todos os campos da intervenção em enfermagem, incluindo a prática, o ensino, a administração e a pesquisa. Isso permitirá uma assistência integral e centrada no indivíduo, promovendo sua autonomia e melhorando os resultados de saúde.

Dra. Aracely Díaz Oviedo

Profesora Investigadora Tiempo Completo Facultad de enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí México.

Presidenta de la Asociación del Modelo de Adaptation de Roy Capítulo SLP.

Miembro de la International Roy's Adaptation Association .

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1 (México)

Titular de Investigación de la FEN-UASLP. México

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 DA FINALIDADE	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 O POTENCIAL HUMANO EM ABRAHAM H. MASLOW.....	23
4 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS	26
4.1 BASES FILOSÓFICAS E CONTEXTUAIS.....	26
4.1.1 Pós-modernidade, enfermagem e saúde	26
4.2 O EXISTENCIALISMO COMO METAPARADÍGMA.....	28
4.3 O SER HUMANO É O RESPONSÁVEL POR SUA EXISTÊNCIA.....	29
4.4 A IMPORTÂNCIA DA LIBERDADE COMO AÇÃO TERAPÊUTICA.....	30
5 DECLARAÇÕES TEÓRICAS	31
5.1 EXISTENCIALISMO E A ENFERMAGEM.....	31
5.2 O POTENCIAL DE SAÚDE.....	32
5.3 ENFERMAGEM COMO POTENCIAL DE SAÚDE.....	32
5.4 O SER HUMANO COMO POTENCIALIDADES DE SAÚDE.....	32
5.5 O CUIDADO E O POTENCIAL DE SAÚDE.....	33
6 DECLARAÇÕES EXISTENCIAIS DO POTENCIAL DE SAÚDE PARA ENFERMAGEM	34
6.1 POTENCIAIS DE SAÚDE SUPLEMENTARES.....	34
6.2 POTENCIAIS DE SAÚDE ESSENCIAIS.....	34
7 DECLARAÇÕES RELACIONAIS OPERACIONAIS	36
7.1 O POTENCIAL DE SAÚDE E O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	37
7.2 PADRÕES DE POTENCIAIS DE SAÚDE APLICÁVEIS AO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	37
7.2.1 Potencial de aprendizagem	37
7.2.2 Potencial de mudança de comportamento	37

7.2.3 Potencial de auto cuidar-se.....	37
7.2.4 Potencial de auto-aceitação.....	37
7.2.5 Potencial de percepção de si mesmo no contexto de vida.....	38
7.2.6 Potencial de afetividade.....	38
7.2.7 Potencial de participação.....	38
7.2.8 Potencial de auto-controle.....	38
7.2.9 Potencial de adaptação.....	38
7.2.10 Potencial de auto-realização.....	39
7.3 FIGURAS E DIAGRAMA DA TEORIA.....	39
8 PARA ALÉM DAS MARGENS DOS POTENCIAIS DE SAÚDE: EM CENA, AS ATITUDES HUMANÍSTICAS E A SOLIDARIEDADE. UM MODELO PÓS-MODERNO RUMO AO FUTURO.....	42
9 ESTUDOS E PESQUISAS DESENVOLVIDOS À PARTIR DA TEORIA DOS POTENCIAIS DE SAÚDE: OPORTUNIDADE DE TESTAGEM E VALIDAÇÃO.....	45
9.1 ESTUDO 1.....	45
9.1.1 Resultados e discussões.....	45
9.1.2 O potencial de saúde como a busca pela autonomia dos sujeitos.....	46
9.1.3 O potencial de saúde presente na assistência de enfermagem.....	47
9.1.4 O potencial de saúde por meio da educação em saúde.....	48
9.1.5 O potencial de saúde na escuta ativa.....	49
9.1.6 Considerações Finais.....	50
9.2 ESTUDO 2.....	51
9.2.1 Metodologia.....	51
9.2.2 Resultados e Discussão.....	52
9.2.3 Considerações finais.....	56

9.3 ESTUDO 3.....	57
9.3.1 Metodologia.....	57
9.3.2 Discussão.....	61
9.3.3 Considerações finais.....	65
10 REFLEXÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXO.....	70

Vivendo a experiência da Enfermagem há quarenta anos em diversas frentes de atuação como unidades hospitalares e serviços especializados, me fizeram observar o itinerário dos clientes e usuários por entre o sistema de saúde, desde uma época onde não se falava de valores e conceitos que hoje já são mais transversais e discutidos como a integralidade, a humanização a equidade, e outros que estão tão na moda das discussões da saúde, seja na academia ou nos serviços de saúde.

Viver estas experiências significa não apenas observar, mas ser afetado por elas diretamente, seja na condição de profissional, ou na condição de cliente/usuário. Tal afetamento se remete ao fato de que, algumas condições e situações vividas me marcaram de forma efetiva e direta, me oferecendo oportunidade de realizar uma análise conjuntural em busca de respostas a indagações que sempre me incomodaram no setor da saúde como a relação de poder que é estabelecida entre os profissionais e os usuários, a indiferença em relação a individualidade que com certeza está presente nos diversos comportamentos apresentados por estes usuários, suas condições de adaptação e de respostas às diversas condições extremas a que são submetidos e principalmente sobre o potencial que cada usuário tem de lidar com as adversidades que lhes aparece ao longo de seu ciclo vital e o processo saúde/doença.

Na sociedade medicalizada em que vivemos, percebemos um modelo de atenção à saúde centrado na doença e nas necessidades de saúde que têm como foco central, as expectativas, as práticas e os saberes dos profissionais de saúde. Neste modelo de atenção, o centro do processo terapêutico é o profissional, deixando de lado as expectativas dos clientes, seus saberes, suas potencialidades, seu autoconhecimento e suas experiências de vida.

Tal modelo reforça a ideia de dependência e de incapacidade dos clientes, que são posicionados no sistema de saúde como meros objetos das práticas de saúde, incapazes de participar, de decidir, de escolher e opinar sobre os modos de viver que lhe sejam mais peculiares e mais de acordo com suas realidades. É bastante comum vermos esta alienação das práticas de saúde, quando notamos que os cuidados de saúde são prescritos sem considerar o potencial que os clientes têm em seguir os planos terapêuticos sejam por questões culturais, sociais, físicas, emocionais ou econômicas.

Desde o surgimento da clínica no século XVIII (Foucault,1977), a hegemonia das ações terapêuticas tem sido singular no sentido de reforçar um modelo prescritivo – tipo receita de bolo – onde o profissional detentor do saber médico ou biomédico, domina o cliente com uma proposta que o coloca, na maioria das vezes, em uma condição inferior em todos os sentidos, o que acaba gerando uma atenção na lógica da compaixão como nos mostra (Caponi,2000)

A lógica da compaixão, e da alienação das práticas sanitárias, têm sua origem na modernidade, quando o pensamento iluminista incluiu na agenda da saúde o pensamento científico como critério de justiça social e de um caminho para a busca do bem estar social. Apesar das “boas intenções” reacionárias do pensamento iluminista, que buscava um modo de viver e de organizar a sociedade de forma mais humanística, podemos perceber que muito se perdeu da ideia original de igualdade, liberdade e fraternidade, com o surgimento do processo de industrialização, que forçou o atendimento à saúde a se organizar em torno das necessidades coletivas, perdendo-se com isso o caráter da singularidade individual das práticas de saúde, como forma de atender à organização das grandes cidades que se expandiam no entorno dos centros industriais que surgiam no auge da era da industrialização.

O processo de industrialização trouxe os benefícios e as facilidades das tecnologias, mas por outro lado, trouxe a perda da individualização, da singularização dos sujeitos, e do ser Humano como centro dos processos, que passou a ser o meio, e não o fim.

Nos tempos atuais, após todo o movimento da reforma sanitária Brasileira, a questão do cuidado em saúde passa a ter fortes aliados como o conceito ampliado de saúde, a integralidade, a humanização e o fortalecimento dos laços entre saúde e bem estar social. Essa aliança já firmemente celebrada entre a grande área da saúde e as questões de cunho social, pode ser observada no trânsito

que ocorreu em pleno seio do movimento reformista, entre a sociologia Médica e a sociologia da saúde, colocando na agenda da saúde as questões sociais de forma mais efetiva e sistematizada (NUNES, 2006)

Na contemporaneidade, as questões sociais relativas ao cuidado à saúde estão apontadas e permeadas por três pontos essenciais: Os fatos da saúde, os valores e os conceitos que permeiam estes fatos, mostrando que o cuidado deve ser tratado contextualmente e não apenas do ponto de vista estrutural com o emprego de normas, rotinas e o uso das tecnologias pesadas (MERHY, 2002), (LISS, 2003).

Liss, (2003) defende que estes elementos (fatos, valores e conceitos) devam ser a mola mestra dos enfoques dados à questão do cuidado à saúde. Isso nos faz pensar que surge no cenário da saúde uma nova postura cultural, que retira o peso do dever fazer como missão da modernidade (Maffesoli, 2001), e incorpora um novo paradigma da saúde ditado pelas transformações próprias do pensamento pós-moderno como o vínculo, a flexibilidade e a nova ordem social que dirige o setor saúde para uma nova proposta, pensada à partir da lógica das relações sociais e das novas organizações da sociedade.

Pensando em flexibilização das práticas de saúde, e de um novo paradigma que possa sustentar esse pensamento, podemos de imediato elaborar sobre a necessidade de se relativizar a idéia de dependência a qual usuários, clientes, famílias, grupos e comunidades estão sujeitos no modelo atual de atenção à saúde. Essa dependência que caracteriza um certo pensamento mágico, ao qual usuários estão apegados e certos de que somente o profissional de saúde pode e tem o potencial de transformar a sua saúde, negando de forma efetiva qualquer responsabilidade ou potencialidade que possam compartilhar na busca por uma existência mais saudável.

Quando se pensa em potencial de saúde, estamos falando em delegar ao outro uma certa parcela de responsabilidade, compromisso e de até disponibilidade em se tornar sujeito dos processos de saúde e de doença em sua própria existência. Nesta lógica, o potencial de saúde precisa ser pensado como algo arquetípico e inato ao ser humano. Existencialmente precisamos acreditar que o ser humano seja capaz de tomar a frente de suas demandas e necessidades, e corresponder juntamente com a equipe de saúde e de enfermagem às tomadas de decisões, escolhas e atitudes mais compatíveis com um existir mais pleno, mais saudável e mais realizador.

Praticar uma enfermagem partindo desse princípio é acreditar na capacidade própria e inerente a cada ser humano, respeitando é claro as suas singularidades pessoais. É compartilhar as humanidades presentes em cada pessoa. É contribuir para que cada indivíduo, família, grupo ou comunidade possa ser um agente efetivo de transformação da sua realidade, de ajustamento de seu potencial e desenvolvimento de seus aspectos humanísticos.

O Potencial humano pensado como oportunidade de assistência de Enfermagem é por isso, um novo pensar sobre a prática. É um olhar solidário para o outro que busca ajuda, colaborando para que este se perceba “com o mundo e não apenas no mundo (Freire, 1982)”. É uma nova forma de se cuidar, que começa com a valorização do outro como pessoa inteira, competente e capaz existencialmente. É também pensar as práticas de enfermagem baseadas nos princípios ideológicos do Sistema único de Saúde, cujos parâmetros resgatam o direito ao bem estar social como uma das principais características, sendo por tanto uma teoria relacionada à realidade do sistema de saúde Brasileiro que pode colaborar com a materialidade de seus princípios.

Por pior que possa parecer a situação de saúde de indivíduos, famílias grupos ou comunidades, sempre há o que se valorizar como uma potencialidade, como um vir a ser, que pode ser estimulado, valorizado e compreendido como uma nova saída, como uma nova oportunidade para as mais diversas situações e condições humanas, culturais e/ou biológicas.

Desta maneira, revisitaremos o modelo prescritivo, medicamentoso, hospitalocêntrico e alienante sobre outro enfoque, que efetivamente coloque o sujeito crítico à frente de sua existência, conhecendo como cuidadores a realidade existencial de cada um, evitando prescrições fantasiosas, discrepantes com a realidade do outro. Antes de qualquer receita pronta, haveremos de pensar nas possibilidades que estão envolvidas para a efetivação da prescrição. Antes de qualquer ponderação de incapacidade, devemos valorizar o que está saudável e daí partir para a resolução dos problemas.

Claro que em nossa cultura alienante, tão acostumados a recebermos as coisas prontas de cima para baixo, com anos de experiência colonialista, escravagista e militarizante, essa atitude surpreende e até pode nos assustar. Por isso trabalhar com o potencial de saúde é ser a favor do sujeito ativo, criativo e responsável no processo. Para a enfermagem brasileira, neste modelo de divisão social do trabalho, e de delegação das práticas é uma oportunidade única de reascendermos a lâmpada, de reorganizarmos nossas práticas, nossa formação, e de oferecermos à sociedade uma oportunidade única de participar, de ser sujeito ativo e de autenticidade existencial.

Trabalhar na lógica do potencial de saúde não é apenas acreditar nas potencialidades do outro em suas demandas e necessidades. Antes de tudo, é acreditar na capacidade da própria enfermagem em adotar uma postura menos reducionista, menos criadora de dependência e mais resolutive, à partir dos próprios sujeitos em seus próprios contextos de existência, de vida e de morte. Assim, perceberemos que a enfermagem também será afetada pelo potencial do outro. Ela será mais dinâmica, mais envolvida, mais responsiva e mais dialógica na busca do cuidado e da atenção à saúde.

A Enfermagem como potencialidade de saúde não nega a dependência, a doença e as necessidades. Ela apenas não supervaloriza esses elementos, dando maior ênfase às outras variáveis que estão geralmente escondidas, desvalorizadas, não percebidas no contexto do cuidado. As

potencialidades inerentes a cada situação, será desvelada por este novo olhar, por esta nova possibilidade de se pensar o cuidado que se inicia com o conjunto de crenças e de valores ligados à solidariedade e aos aspectos humanísticos das ações de enfermagem, apontando a responsabilidade social da profissão, na medida em que estimula o crescimento e o amadurecimento pessoal de clientes e das enfermeiras.

Como uma proposição de um marco teórico para a enfermagem, a constituição do referencial do potencial de Saúde foi elaborada seguindo a recomendação de McEwen e Wills (2009:104) cujos componentes são descritos à seguir.

3.1 O POTENCIAL HUMANO EM ABRAHAM H. MASLOW

Maslow (1962:26) em seu trabalho *Introdução à Psicologia do Ser* foi enfático em defender que as potencialidades humanas devem ser encorajadas e expressadas em favor de uma busca pela felicidade, auto-realização e felicidade. O autor afirma que a busca pela realização das potencialidades do ser humano concorre para soluções automáticas de muitos problemas de personalidade do futuro como nos mostra o parágrafo abaixo em sua obra:

“Talvez estejamos aptos em breve a usar como nosso guia e modelo o ser humano plenamente desenvolvido e realizado, aquele em que todas as suas potencialidades estão atingindo o pleno desenvolvimento, aquele cuja natureza íntima se expressa livremente, em vez de ser pervertida, desvirtuada, suprimida ou negada.”

Assim, o autor já nos aponta a importância de valorizarmos a potencialidade humana como resposta a um novo modelo de compreensão da natureza humana. Uma proposta que valorize mais as potencialidades disponíveis do que as restrições observáveis ou notadas, como normalmente acontece no atendimento à saúde, onde sempre, ou quase sempre, estamos presos às deficiências e limitações em detrimento do que há de saudável.

Para Maslow, ao desvalorizar seus potenciais, o homem corre o risco de deixar de ser aquilo que poderia, desvalorizando seus talentos e potencialidades naturais, perdendo o caminho autêntico para uma existência dinâmica e efetiva. Concorre ainda por entre as idéias do autor o fato de que na lógica da saúde, a valorização da potencialidade humana colabora no aperfeiçoamento da vida, da existência e na formação de seres humanos mais completos e complexos, e aponta que essa valorização deve ser mais eficiente do que se perguntar: “como ficar não doente?”.

“Ficar não doente” pode parecer uma proposta do saudável, do desejável; mas como já discutimos anteriormente, tal afirmação ou proposição valoriza a doença como um certo tipo de estado natural do homem, do qual ela tenha que fugir em busca do ser saudável como algo antenatural ou anormal.

Propor a valorização das potencialidades do ser humano como base para a saúde é ao contrário, considerar a natureza humana com suas diversidades como natural e arquetípica; por tanto própria da existência humana, onde a doença surge como uma ruptura deste estado natural. O foco então deveria ser o estado natural das coisas. A normalidade, as potencialidades, as competências físicas, emocionais e afetivas como o pano de fundo da existência.

Maslow (1962:28) aponta em seu trabalho que existe uma certa conscientização do homem em relação às suas potencialidades, o que ele chama de “consciência intrínseca”, como sendo

“percepção inconsciente ou pré-consciente da nossa própria natureza, do nosso próprio destino ou das nossas próprias capacidades, da nossa própria “vocação” na vida”.

Então o autor se remete à possibilidade de que os seres humanos já tenham internalizados as condições necessárias ao reconhecimento de seus valores e capacidades que sejam caminhos possíveis a melhores condições de vida, de existência e por isso de saúde.

Maslow aponta ainda uma outra importante face do potencial humano. O da co-responsabilização. Isso equivale a se pensar que cada ser humano em sua existência é responsável pelo desenvolvimento de suas potencialidades, e deve arcar com as variáveis inerentes ao seu desenvolvimento. Por tanto, tais variáveis existenciais envolvem dedicação, escolhas, decisões e atitudes que devem ser parte da existência humana da qual não se pode fugir sem perda das potencialidades que são justamente desenvolvidas neste exercício.

Nesta lógica de pensamento, Maslow nos mostra que é internamente, ou seja, dentro de nós que esse exercício é localizado e esse desenvolvimento ocorre. No eu, na existência puramente individual onde as experiências são acumuladas e exigem um exercício dinâmico de superação para o desenvolvimento humano.

Em suas reflexões sobre a potencialidade humana, Maslow aponta um paradoxo existencial humano inerente às sociedades capitalistas modernas, onde vai coexistir o que ele chama de hiato entre o que o ser humano é, o que ele gostaria de ser e suas potencialidades. Assim, Maslow relata que uma pessoa é o conjunto de sua realidade e de suas potencialidades.

Maslow ainda se refere à questão do potencial humano como sendo um caminho ou proposta para velhas questões humanísticas e existenciais que vem sendo alvo de questionamentos ao longo dos tempos como o interesse pela construção do ser humano ideal, autêntico e perfeito. Segundo o autor, pensar sobre essas variáveis é pensar no potencial humano e no desenvolvimento humano. Maslow aponta a importância deste exercício, uma vez que o mesmo faz com que o ser humano possa transcender o processo de categorias culturais, deixando um espaço para a autenticidade do ser, um espaço para que possa ser mais ligado às questões de sua espécie do que de seus grupos locais, mostrando a essência da existência humana.

Tal essência, que está intimamente relacionada à existência, nos mostra também um importante caminho de acesso à potencialidade humana na visão de Maslow. Ele relata que é necessário que mergulhemos na filosofia de vida das pessoas para que sejamos capazes de ver o mundo através de seus olhos. Por isso o caráter existencialista do potencial humano em sua essência, onde uma certa solidão é necessária para que cada um entre em contato com sua própria filosofia e existência. Sobre estes aspectos, Maslow aponta sobre a importância de se sistematizar conceitos

como expectativa e potencialidade, como uma forma de se buscar sentidos e significados aos termos em relação a seus objetivos no processo do desenvolvimento humano.

A busca destes sentidos e significados estão correlatos aos ideários que nos mostra Maslow (1962:36), de que “Somente a pessoa flexivelmente criadora pode realmente dominar o futuro, *unicamente* aquela que é capaz de enfrentar a novidade com confiança e sem medo.” Pressupostos claros e objetivos da potencialidade humana.

Maslow também comenta sobre a contribuição de outros pensadores como Fromm e Horney, que apostavam que até mesmos os processos neuróticos são distorções da potencialidade humana na busca pelo crescimento e desenvolvimento humanos. Para Maslow, a busca pelo desenvolvimento do potencial humano é também uma forma de prazer e de satisfação, onde o ser humano encontra a plenitude em desfrutar de seu próprio crescimento e das consequências positivas do mesmo.

Dentre as reflexões de Maslow (1962:44) sobre o potencial humano, podemos destacar o tema motivacional na sua estrita relação com o das potencialidades como podemos perceber no trecho que se segue:

“No que diz respeito ao status motivacional, as pessoas sadias satisfizeram suficientemente as suas necessidades básicas de segurança, filiação, amor, respeito e amor-próprio, de modo que são primordialmente motivadas pelas tendências para a individuação (definida como o processo de **realização de potenciais**, capacidades e talentos, como realização plena de missão (ou vocação, destino, apelo), como um conhecimento mais completo e a aceitação da própria natureza intrínseca da pessoa, como uma tendência incessante para a unidade, a integração ou sinergia, dentro da própria pessoa).”

Assim podemos inferir sobre a importância do potencial humano no que tange ao desenvolvimento da natureza humana e na realização do ser humano em sua própria existência. Ao pensarmos sobre o potencial humano, pensamos também em algo positivo, construtivo e que está diretamente relacionado a plenitude humana e conseqüentemente à saúde em seu conceito mais ampliado.

Maslow ao se referir às necessidades humanas básicas, coloca em plano superior o desenvolvimento do potencial humano como algo superior juntamente com tendências, capacidades e talentos. Tais atributos como inerentes ao ser humano em seu processo existencial.

Essa é a idéia básica que fundamenta a teoria dos potenciais de saúde. Um atributo humano inerente ao próprio ser que busca seu aprimoramento e desenvolvimento. Um processo humano existencial que precisa ser mais valorizado e estimulado na busca de atitudes e comportamentos mais saudáveis, o que chamo nesta proposta de Potencialidade de Saúde.

4.1 BASES FILOSÓFICAS E CONTEXTUAIS

4.1.1 Pós-modernidade, enfermagem e saúde

A modernidade construída tendo como pilares o trabalho, a família tradicional burguesa, a religião e a escola; com seus valores tradicionalistas vinculados a uma física e a leis sociais rígidas como produto do funcionalismo moderno, não funciona de forma efetiva na atualidade como geradora de fecundidade societal, o que de uma forma ou de outra acaba se traduzindo em um tipo de mutação social da linguagem, e das formas de se pensar e significar as coisas. A esse movimento podemos denominar de Pós-Modernidade (MAFFESOLI, 2012:2)

Esse movimento de mutação ou transformação, sempre nos remete ao medo e temor, como acontece com todo conformismo teórico e existencial (Maffesoli,2012). Um medo conformado epistemologicamente e metodologicamente que nos congela frente ao novo e à ressignificação das coisas. O corpo por exemplo, como sendo o alvo mais pontual do setor saúde nos remete a uma ideia de controle, de anatômico, de formal, de normal e tudo o que foge deste ideário assusta e quase que imediatamente é interposto na idéia de controle e por consequência de incapacidade, de submissão e de ausência de autonomia.

Nesta nova lógica particular da Pós-modernidade, de uma forma muito particular, surge com muita força a valorização do corpo, em uma inovadora *ética corporal*, na qual o *consumismo* do corpo, apresenta a fixação narcísica da sociedade contemporânea. O setor da saúde mostra-se num imperativo social relacionado à nova ordem, trocando-se um "valor" elementar por um fazer-valer de fato e de direito (eficácia). (TEIXEIRA, 2010)

Nesta efervescência pós-moderna, o corpo é elevado à categoria narcísica psiquicamente, e do dever fazer e valer no espaço da nova ordem. Um corpo que até então servia apenas aos pilares da modernidade, agora se vê às voltas com outras possibilidades. Do Símbolo ao signo. Do trabalho como dever ao trabalho como satisfação. Do Deus fora ao Deus dentro. Da necessidade da prática ao seu sentido, ao seu significado. Assim, a prática pensada como algo que tem um sentido em si, um significado intrínseco maior, que podemos chamar de práxis. (KOSIK,2011).

Quando pensamos assim as práticas de saúde e de enfermagem, estamos afastando todo o espólio, oriundo da medicina tradicional biologicista hegemônica, trazendo ao encontro do corpo e do sujeito do corpo, agora personalizado; reintegrado, uma nova ordem e uma nova possibilidade humanística de interação do homem com suas demandas, escolhas e decisões. Assim podemos pensar em objetivos terapêuticos de fato, de ordem e de juízo acordado com as novas linguagens e expressões

que a sociedade vem buscando, trazendo as coisas de fora, das aparências, para dentro e para as essências.

Muito tem a enfermagem do que se beneficiar desta nova ordem. Uma nova lógica que possibilita a enfermagem e as enfermeiras a se libertarem de um modelo arquetipicamente masculino de cuidado, que lhes impõem um dever fazer e um dever ser, que as afasta da finalidade primeira do se agir com o enfermo no sentido de sua própria ciência, objeto e intencionalidade social. Afinal o que é o cuidado? O que é enfermagem? Muitas são as respostas. Poucas são as que têm uma origem em sua própria essência pura da enfermagem, contaminadas que estão pelo universo masculino da tecnologia dura e do modelo de atenção medicalizante e alienante.

A enfermagem na pós-modernidade encontra uma saída para os dilemas constantes que sempre inquietam as profissionais em seu fazer como nos aponta (WATSON,2004):

- O despertar para uma consciência crítica da essência arquetípica feminina como o fazer puro da enfermagem
- Uma ciência de enfermagem transpessoal e por tanto significativa
- Valorização da essência dos fenômenos humanos
- Atuação existencial nas práticas de enfermagem
- Expansão dos conceitos, valores e intencionalidades na práxis da enfermagem
- Meio de assegurar a integralidade dos aspectos humanísticos no cuidado
- Revitalizar a ontologia do cuidado de enfermagem em ações existenciais e dialógicas

Em favor desta “desordem” da pós-modernidade, da falta de identidade, do ócio crescente, da falta de ideários nobres e progressistas que façam com que os indivíduos busquem seus sonhos de dever, tenham seus ideais, e na contra mão do pensamento moderno, que sempre enalteceu a família, o trabalho, a espiritualidade e os grandes ideais como pilares da sociedade, encontramos a existência humana, como o alvo mais importante da criação da liberdade, da individualidade e de um paradigma que valorize os conceitos e os valores como elementos subjacentes aos fatos da saúde, contextualizando as práticas e favorecendo colocar no centro das atenções da saúde o sujeito, livre e autônomo, crítico e reflexivo, potente e soberano no que diz respeito a sua própria existência, que deve ser o personagem principal das práticas e das ações de saúde e da enfermagem.

4.2 O EXISTENCIALISMO COMO METAPARADÍGMA

O Existencialismo é um conjunto de ensaios filosóficos que valorizam a observação do ser humano em sua relação com o mundo em que vive, contradizendo as filosofias tradicionais que criaram ideais em relação à condição do ser humano (COLETTE:2009)

O Existencialismo pode ser entendido também como uma expressão da cultura, seja individual ou coletiva, que teve seu auge no movimento Francês do pós-guerra até meados da década de 1960, e que englobava o estilo de vida, de moda, das artes e também do ativismo político. (COLETTE:2009)

O filósofo francês Jean-Paul Sartre (1905-1980), maior defensor da filosofia existencialista, defendeu o seguinte pressuposto: a existência precede a essência. Com isso, infere que o homem primeiro existe no mundo, e depois se realiza, se define por meio de suas ações e pelo que faz com sua vida.

Para Meleis (1985), o existencialismo é uma corrente filosófica que busca compreender a vida em sua existência. Ele pondera que o sujeito é um ser único e singular, que enfrenta diversas possibilidades de escolhas que determinam o significado e o direcionamento de sua existência. Para ela, o existencialismo não tem o objetivo de encontrar as causas da existência e das experiências humanas, mas antes, apenas descreve aquilo que é, enfatizando e valorizando a liberdade de decisão e escolha e como consequência a responsabilidade pela existência.

O existencialismo percebe os sujeitos como sendo capazes de autopercepção, liberdade e responsabilidade críticas, e por isso vivem situações de medo, ansiedade e dificuldades perante sua própria existência (GEORGE, 1993).

E é exatamente sobre estes aspectos que a enfermagem se beneficia com esta proposição teórica com o existencialismo como metaparadigma e como visão de mundo para a prática profissional. Numa visão mais comprometida com as expectativas dos clientes, seus modos de vida, sua cultura existencial; a enfermagem busca então encontrar os recursos necessários para que indivíduos, grupos, famílias e comunidades potencializem a sua própria existência a partir das possibilidades que já se encontram disponíveis em diversos graus de crítica e consciência, sempre buscando tornar cada escolha, cada decisão, cada aconselhamento, cada ajuda e cada resposta humana em um avanço em favor da própria existência de forma cada vez mais lúcida e planejada.

A enfermagem assim pensada existencialmente, tendo como meta o potencial de saúde, colabora diretamente para que indivíduos, famílias, grupos e comunidades se fortaleçam cada vez mais em direção às escolhas realizadas com vistas à auto-realização e ao desenvolvimento contínuo de suas potencialidades diversas.

4.3 O SER HUMANO É O RESPONSÁVEL POR SUA EXISTÊNCIA

Se pensarmos que o ser humano primeiro existe e que nesta existência ele se constrói através de suas experiências existenciais vividas em seu dia a-a-dia, vale à pena compreender que ele também se torna responsável pelas suas escolhas, decisões e tomadas de decisões em sua vida.

Existe aqui uma liberdade que permite ao ser humano dar um determinado sentido e significado à sua vida e existência. Ele não pode escapar dessa responsabilidade. Esse filamento de pensamento é que nos permite entender os aspectos humanísticos que estão presentes na corrente existencialista, e que precisam ser assumidos pelos modelos de atenção à saúde.

Fala-se tanto em humanização, mas deixa-se escapar o eixo central que se relaciona diretamente ao tópico. Humanizar, então, seria colaborar para que o ser humano assuma o seu papel de sujeito de sua própria existência. É permitir que ele assuma o comando de sua vida, de suas escolhas e decisões, favorecendo o crescimento de suas potencialidades de forma consciente, crítica e reflexiva, para que tais decisões sejam cada vez mais adequadas às suas demandas internas.

Permitir que o outro seja livre para decidir e escolher, considerando suas potencialidades e expectativas é um novo paradigma que se desponta como possibilidade de inversão do modelo assistencial vigente. Quando o profissional de saúde abre mão de parte de seu poder controlador sobre o corpo e a vida do outro, e possibilita uma existência plena, inteira e integrada. Acreditar nesta possibilidade é valorizar o potencial que cada um tem. É compreender a existência humana como uma possibilidade intrínseca de autoconhecimento e crescimento pessoal, dando valor maior às diversas maneiras como o outro utiliza as suas próprias experiências para aperfeiçoar outras que estão menos aprimoradas, gerando ausência de saúde, doenças e distorções existenciais.

A enfermagem enquanto prática social, que se constrói historicamente precisa acompanhar esse crescimento humano através do compartilhamento, do estar junto, do diálogo e da detecção das potencialidades humanas que ainda não foram otimizadas e vividas de forma consciente a favor de condutas e comportamentos existenciais mais saudáveis. Existe uma variedade de potencialidades humanas que são próprias dos sujeitos e que podem estar inconscientes, e por isso não colaboram efetivamente para que este sujeito cresça e se desenvolva de forma existencial.

A enfermeira pode efetivamente levantar estas potencialidades, destacá-las de forma crítica e consciente junto ao indivíduo, famílias, grupos e comunidades e a partir daí iniciar uma nova jornada existencial moldada pelos potenciais e pelas possibilidades de mudança e de transformação existencial.

4.4 A IMPORTÂNCIA DA LIBERDADE COMO AÇÃO TERAPÊUTICA

Considerando que todo ser humano nasce livre e pleno em suas potencialidades, podemos inferir que é a existência que reduz consideravelmente a sua capacidade de acessar suas potencialidades à partir dos condicionamentos sociais, familiares e institucionais, que vão engavetando seus potenciais de forma inconsciente, suprimindo a capacidade humanística de escolher e decidir com liberdade, fragmentando a existência que passa a ser vivida em favor dos interesses sociais ou sócio-familiares.

Neste sentido, o indivíduo vai perdendo a sua capacidade de lidar com sua existência de forma construtiva, crítica e consciente. Ele vai se subordinando ao dever fazer e ao dever ser, oprimindo e reprimindo sua vitalidade existencial, passando a estar apenas no mundo, vivendo neste mundo de certa maneira de forma aleatória, a partir das escolhas que não pôde fazer, das decisões que não pôde tomar, e passa a acreditar na sua perene incapacidade, que lhe é reforçada a todo momento, na escola, na família, na sociedade como um todo, no trabalho em quase todo o seu ciclo vital. Ele está no mundo, mas não com o mundo; o que resultaria numa atitude mais participativa e, portanto, livre (FREIRE, 1982).

Neste sentido a liberdade passa a ser compreendida como uma prática fundamental como ação terapêutica da enfermagem. Uma liberdade autêntica, conquistada, deliberada criticamente, conscientemente planejada em acordo com as expectativas do sujeito e sua vitalidade existencial. Liberdade de assumir sua própria existência, através do enriquecimento de suas potencialidades através do diálogo vivido existencialmente e conscientemente com a enfermeira, lembrando-se de que a existência de um sujeito vai esbarrar na existência de um segundo sujeito, e esse existir deve adquirir uma condição limítrofe do ponto de vista social e comportamental, mas por uma decisão solidária com a existência alheia, e não normativa e punitiva.

5.1 EXISTENCIALISMO E A ENFERMAGEM

Nos anos de 1980, a enfermagem se debruçou sobre o pensamento fenomenológico, denunciando a visão positivista e redutiva das condições de vida, de saúde e da relação dos indivíduos com suas condições adversas de existência. (Paterson e Zderad:2003)

O pensamento existencialista aplicado a prática da enfermagem valoriza o diálogo, as experiências dos indivíduos e a exploração das experiências humanísticas. (Paterson e Zderad:2003)

A enfermagem baseada no pensamento existencialista propõe uma abordagem de compreensão da vida e da existência humana, e de todo o potencial do “vir a ser” que o risco de se existir impõe ao ser humano em seu plano existencial. Desta maneira, na compreensão da enfermagem como ação para o ser humano, o existencialismo compreende os indivíduos como tendo a capacidade de escolher, de decidir, de lutar pela sua auto-realização, em busca de um sentido para vida, e de desenvolver todas as suas potencialidades para isso (GEORGE, 2015)

Portanto, no plano da enfermagem existencialista, as potencialidades dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades precisam ser intensamente vividas e expressadas, experienciadas por complexos diálogos, entre a enfermeira que cuida, e o cliente que busca o sentido e o significado da sua própria existência, ou as respostas às situações existenciais que estejam vivendo em um devido momento. Essa busca por suas potencialidades, no entanto, nem sempre estão disponíveis conscientemente e prontas para serem postas em prática por diversas razões físicas, emocionais, sócio-familiares, econômicas, culturais e espirituais.

Cabe, portanto à enfermagem, colaborar para que esse potencial se expanda e seja reconhecido conscientemente e utilizado como fundamento básico às respostas das condições de saúde e de doença pelas quais os sujeitos, grupos, famílias e comunidades estejam vivendo existencialmente em um dado espaço do tempo de vida.

Esse potencial expandido conscientemente precisa ser trabalhado sistematicamente de forma planejada, e direcionado às diversas reações que os sujeitos precisam apresentar como respostas favoráveis, que irão facilitar a sua promoção, prevenção e reabilitação das condições de saúde, possibilitando uma existência mais autêntica em relação às suas escolhas e decisões relativas aos seus modos de vida e de existir no mundo.

A expansão das potencialidades de saúde agrega à existência dos sujeitos competências e habilidades diretivas não somente para a sua capacidade de decidir e escolher, mas favorece de forma muito significativa a sua pré-disposição para que as intervenções terapêuticas tenham respostas mais eficientes e comprometidas com as expectativas destes mesmos sujeitos.

As ações de enfermagem direcionadas às potencialidades de saúde marcam de forma efetivas variáveis humanas que não podem ser controladas pela enfermeira, por que é inerente a própria existência dos sujeitos, mas consolidam inclusive alguns pressupostos inerentes às próprias políticas de saúde como a integralidade do cuidado, a humanização da assistência, a individualidade do cuidado e a centralidade das ações de saúde no sujeito.

Ao mesmo tempo, a enfermeira que consegue colaborar com a expansão das potencialidades de saúde de um determinado sujeito experimenta uma auto-realização profissional, e consolida a sua identidade profissional, uma vez que irá trazer maior resolutividade às demandas de saúde dos sujeitos e da sociedade como um todo.

5.2 O POTENCIAL DE SAÚDE

O potencial de saúde é uma condição que está presente nos seres humanos, e que é acumulada com suas experiências existenciais durante todo o seu ciclo de vida. Este potencial pode estar presente em suas atitudes e comportamentos de forma consciente, ou podem estar obscurecidos por condições estressoras momentâneas que o impedem de ter acesso consciente a estas potencialidades. O Potencial de saúde é um componente inerente à existência humana, que pode ser evidenciado, estimulado, percebido e conscientizado em favor de suas necessidades específicas de saúde e da sua existência.

5.3 ENFERMAGEM COMO POTENCIAL DE SAÚDE

A enfermagem é uma ação direcionada por evidências científicas, que dirige suas ações ao ser humano no sentido de ajudá-lo a perceber e encontrar as suas potencialidades, como forma de colaborar ativamente na manutenção e na reabilitação das condições de saúde, considerando a interação do ser humano com suas potencialidades em relação às respostas que pode dar às suas demandas sociais, mentais, físicas, espirituais e culturais, como forma de promover o bem estar ampliado, que seja compatível com sua qualidade de vida, e que esteja em acordo com suas expectativas existenciais.

5.4 O SER HUMANO COMO POTENCIALIDADES DE SAÚDE

O ser humano é um ser dotado de experiências existenciais que são construídas e adquiridas em todo o seu ciclo de vida, e que acumula com tais experiências, capacidades e potencialidades que o tornam sujeito de sua história de vida. Um sujeito capaz de tomar decisões, fazer escolhas e opções em relação à sua condição de vida e de saúde. Um ser que a partir de suas potencialidades, pode promover as mudanças e as transformações necessárias ao seu bem estar social, mental, físico, espiritual e cultural de forma a atender às suas expectativas de vida de forma existencial, tendo como

base as referências de sua própria trajetória de vida, que pode transitar da consciência ingênua à tomada de uma consciência crítica à favor de uma existência mais plena, atendendo às suas metas e realizações pessoais. (FREIRE, 1982)

5.5 O CUIDADO E O POTENCIAL DE SAÚDE

O cuidado humano pode ser direcionado às potencialidades de saúde, como forma de colaborar sistematicamente para que o ser humano perceba, descubra, interaja e faça as trocas necessárias que correspondam de forma diretiva às suas necessidades de saúde expressadas ou percebidas, de forma consciente ou inconsciente, como uma forma individualizada de se intervir nestas necessidades, e colaborar para que o próprio ser humano possa modificar o que seja necessário, ou estar mais receptivo a outras intervenções de saúde, que sejam necessárias ao seu bem estar social, mental, físico, espiritual e cultural.

6.1 POTENCIAIS DE SAÚDE SUPLEMENTARES

- O ser humano é capaz de aprender modos existenciais mais saudáveis
- O ser humano é capaz de mudar e transformar o seu comportamento durante todo o seu ciclo de vida
- O ser humano é capaz de praticar o auto-cuidado de acordo com o reconhecimento planejado e organizado de suas potencialidades
- O ser humano é capaz de se aceitar em uma determinada condição existencial quando percebe a relação de sua condição com o momento do seu ciclo vital, através de uma análise conjuntural de sua condição de saúde
- O ser humano é capaz de perceber a si mesmo em uma dada realidade e em seu contexto de vida quando se depara com condições reais de existência que lhe sejam peculiares
- O ser humano é capaz de direcionar afeto a pessoas significativas e a si próprio, quando percebe conscientemente a recíproca nos outros seres humanos
- O ser humano é capaz de participar ativamente, tomando decisões, fazendo escolhas e opinando em suas situações existências, quando se sente seguro e percebe abertura para o seu posicionamento
- O ser humano é capaz de manter o seu auto-controle, quando as condições de compreensão do momento vivido e o entendimento de sua condição existencial, estejam claras e o ofereçam segurança
- O ser humano é capaz de se adaptar a condições adversas a que esteja submetido, quando tais condições estejam esclarecidas e o momento vivido ofereça condições de se adequar segundo sua expectativa existencial
- O ser humano é capaz de auto-realizar-se socialmente, mentalmente, fisicamente, espiritualmente e culturalmente, quando percebe ambivalência entre as suas expectativas e as oportunidades que surgem em favor de sua realização

6.2 POTENCIAIS DE SAÚDE ESSENCIAIS

- Toda função anátomo-fisiológica tem o potencial de se auto-regular consideradas as condições adequadas que garantam a sua integridade

- Todo processo que envolva sistemas corporais de respiração, circulação, locomoção, absorção, regulação térmica, sensibilidades, eliminações e reprodução é capaz de ser aprimorado por ativação de potenciais de saúde ainda não percebidos e envolvidos no processo saúde-doença
- Todo processo que integre atividades psíquicas, emocionais, afetivas, cognitivas e intelectuais é capaz de ser aprimorado por ativação de potenciais de saúde ainda não percebidos e envolvidos no processo saúde-doença
- Todo processo que esteja correlacionado com atividades sociais, relacionais, comunicacionais e gregárias é capaz de ser aprimorado por ativação de potenciais de saúde ainda não percebidos e envolvidos no processo saúde-doença

7.1 O POTENCIAL DE SAÚDE E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Potencial de saúde pode ser captado e percebido por meio do processo de enfermagem de forma existencial, quando o processo se direciona a obter dados relativos aos modos de vida e a cultura individual, como um recurso de se fazer emergir os potenciais que estão obscurecidos por condições estressoras do ciclo vital do ser humano, beneficiando a tomada de consciência das condições favoráveis ao desenvolvimento das potencialidades que irão beneficiar o próprio indivíduo e a sociedade na qual está inserido, incluindo o meio ambiente, o meio social e a família.

Assim pensado, o processo de enfermagem deve ser conduzido existencialmente, considerando o ser humano como o centro do processo. As fases do processo de enfermagem devem ser dirigidas de forma a criar uma oportunidade de se resgatar, perceber e apreender as potencialidades de saúde que os clientes, famílias, grupos ou comunidades possam possuir, e utilizar metodologia propositiva para que tais potencialidades sejam clarificadas, criando condições para que os padrões de potenciais sejam determinados e classificados segundo suas características.

O agrupamento dos padrões de potenciais segundo suas características deve ser a base para a elaboração do plano de cuidados e das prescrições de enfermagem que terão como meta central o estímulo e a motivação para o desenvolvimento, conscientização e clarificação de cada potencial, desencadeando um feedback entre as potencialidades, as demandas de saúde e as respostas dos clientes, grupos, famílias ou comunidades.

O objetivo central da aplicação do processo de enfermagem deverá ser a otimização das potencialidades de saúde, de forma que cada potencial se torne cada vez mais objetivo, claro e possa ser o principal ponto de partida para todas as ações de enfermagem. O emprego desta sistematização das potencialidades de saúde faz com que os indivíduos, grupos, famílias ou comunidades reconheçam suas competências e habilidades individuais ou grupais como forma de promover as modificações e transformações necessárias em seu bem estar social, físico, emocional, espiritual e cultural.

O desenvolvimento e aprimoramento das potencialidades de saúde vão desencadear um processo de reconhecimento de auto-suficiência e um sentido de mais valia, fortalecendo as condições sobre as quais o processo saúde/doença vai sendo trabalhado pelo conjunto da enfermeira com seus clientes, grupos, famílias ou comunidades, fortalecendo os vínculos de suas potencialidades com as capacidades reais de consolidação da saúde nos sentidos da promoção, prevenção ou reabilitação.

Na fase de coleta de dados, a enfermeira detecta as demandas de saúde e em contrapartida estabelece o padrão correspondente de potencial de saúde através do qual, irá definir o seu plano de cuidados e suas prescrições de enfermagem, sempre objetivando a ampliação dos potenciais até que

o cliente, grupos, famílias ou comunidades sejam capazes de responder favoravelmente às intervenções propostas. Neste caso podemos entender os potenciais de saúde como a base dos cuidados e ao mesmo tempo sendo a própria energia que será mobilizada para produzir as respostas às intervenções de enfermagem.

7.2 PADRÕES DE POTENCIAIS DE SAÚDE APLICÁVEIS AO PROCESSO DE ENFERMAGEM

7.2.1 Potencial de aprendizagem

Nesse conceito, as interações têm um papel crucial e determinante. Para definir o conhecimento real, Vygotsky sugere que se avalie o que o sujeito é capaz de fazer sozinho, e o potencial daquilo que ele consegue fazer com ajuda de outro sujeito. Assim, determina-se o nível de riqueza e diversidade das interações que determinará o potencial. Quanto mais ricas as interações, maior e mais sofisticado será o desenvolvimento.

7.2.2 Potencial de mudança de comportamento

Seria interessante ressaltar que o comportamento ativo sofre interferências da dinâmica de vida dos indivíduos (trabalho, aspectos corporais, fatores psicológicos, crenças e conhecimentos) e de fatores ambientais (segurança, moradia, aspectos econômicos, saúde básica, educação, transporte e locais) que podem ter uma relação determinante

para o envolvimento populacional em atividades físicas. Essa inter-relação entre fatores pessoais x fatores ambientais permitem explicar a aderência a um estilo de vida ativo, baseado nas atitudes, durante a vida. A perspectiva de mudança de comportamento populacional vincula-se a interferências das barreiras pessoais e ambientais, sendo que as barreiras pessoais são mais facilmente modificáveis que as ambientais, o que permite, inicialmente, a mudança de estilo de vida.

7.2.3 Potencial de auto cuidar-se

O termo capacidades, significa no contexto da teoria aquilo que é capaz da pessoa realizar por si e para si própria. Do ponto de vista do conceito refere-se ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam obter para a realização do auto-cuidado.

7.2.4 Potencial de auto-aceitação

Aceitar-se é honrar o ser que se pode ser em sua jornada. É dizer sim para si mesmo(a), sem esperar pelo sim do outro, como acontece frequentemente. Aceitar-se como se é, quando acerta, quando erra e com todos os seus problemas, indica respeito por si mesmo(a), amor a si mesmo(a) e

compromisso consigo mesmo(a). É um acelerador de mudanças, porque ao contrário do que muitos pensam, a atitude de aceitação não significa incapacidade de não querer melhorar, mas que se tem um compromisso com o auto-aperfeiçoamento. É o acolhimento de todos os aspectos de quem se é, que permite o seu crescimento integral. Portanto, diga sim para si mesmo(a).

7.2.5 Potencial de percepção de si mesmo no contexto de vida

Este conceito, esta percepção de si, dos próprios potenciais, de limites, e principalmente de seus desejos, estará sendo estimulado durante toda a nossa vida, através das diversas relações que estabelecemos. Isto significa que a nossa família influencia a forma de nos percebermos, mas não a determina. A maturidade psicológica pode ser medida também pela nossa capacidade de nos auto-alimentarmos emocionalmente, passando então da necessidade de confirmação para apenas o desejo de sermos aceitos.

7.2.6 Potencial de afetividade

A afetividade é o potencial inato que garante a conservação da vida. A vida se torna sagrada por que a amamos. Vivemos um vazio existencial que tentamos preencher com a busca incessante de juventude, beleza, conforto e consumo, distanciando-nos muito do essencial

7.2.7 Potencial de participação

O conceito de participação provém de um vocábulo latino: *participare*: «fazer saber», que significa a possibilidade de *comunicar*, *fazer parte integrante* de algo ou de *associar-se pelo pensamento*. Isto quer dizer que quando participamos em algum fato, pretendemos tomar parte na tomada de decisão ou de resolução de algum problema.

7.2.8 Potencial de auto-controle

O autocontrole é a preferência por uma recompensa maior que ocorrerá no futuro, ao invés de uma recompensa menor que está disponível no presente. Esta definição parece útil, pois retrata bem o que pode ser entendido como autocontrole no cotidiano.

7.2.9 Potencial de adaptação

Por detrás da aparente naturalidade de suas existências destacam-se não só complexas relações entre seres como adaptações ao ambiente onde vivem. Em outras palavras: nenhum ser habita um certo lugar por acaso. Para sobreviver este ser deve possuir características que permitam a sua adaptação ao meio em que vive.

7.2.10 Potencial de auto-realização

O conceito de auto-realização, modernamente identificado como conquista de satisfação, sucesso, prazer, tem sido cada vez mais valorizado, e ao mesmo tempo, mal compreendido. A busca de realização está direcionada a aspectos parciais do homem, a ponto de muitas vezes se conceber 'realização' como sinônimo de realização profissional, de status ou sucesso advindo do exercício profissional. Considera-se realizado quem atingiu seus objetivos ou está em pleno desenvolvimento dos planos estabelecidos para si; a realização é concebida como resultado de empenho e domínio sobre o real, de forma a alcançar metas previamente estabelecidas.

7.3 FIGURAS E DIAGRAMA DA TEORIA

Figura 1: Níveis de interação enfermeiro (a) pacientes e as predominâncias dialógicas

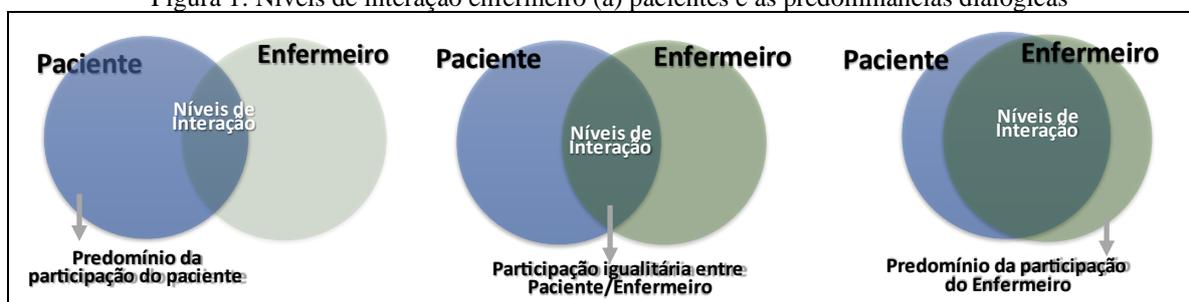


Figura 2: Níveis de interação com as predominâncias dialógicas segundo o grau de participação entre pacientes, famílias, grupos e comunidades

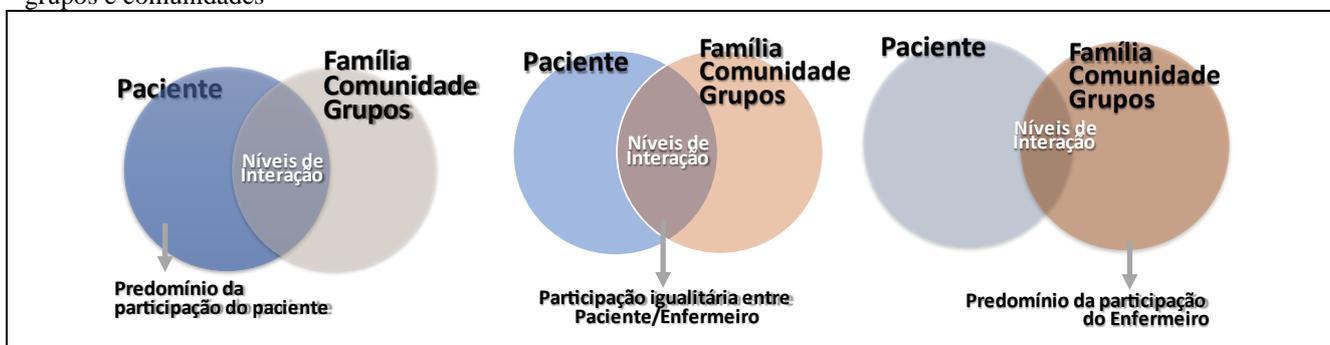


Figura 3: Níveis de interação com as predominâncias dialógicas segundo o grau de participação entre pacientes, famílias, grupos e comunidades de forma comparativa

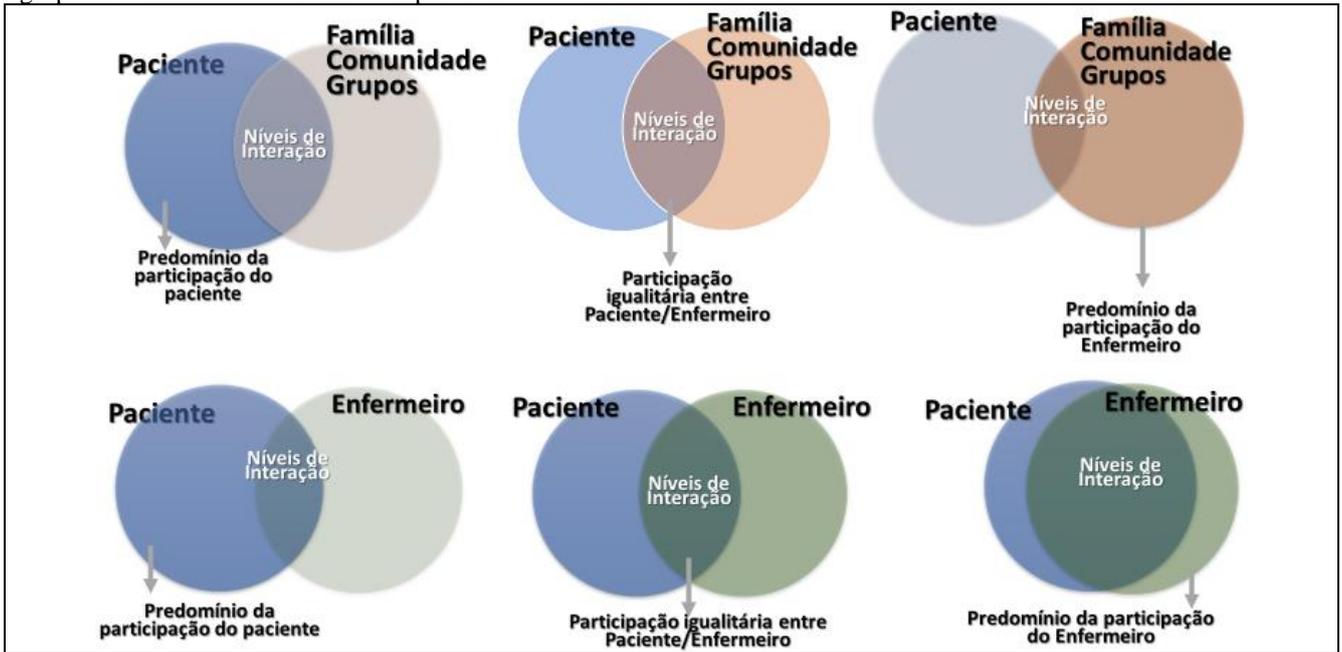


Figura 4: Diagrama da teoria

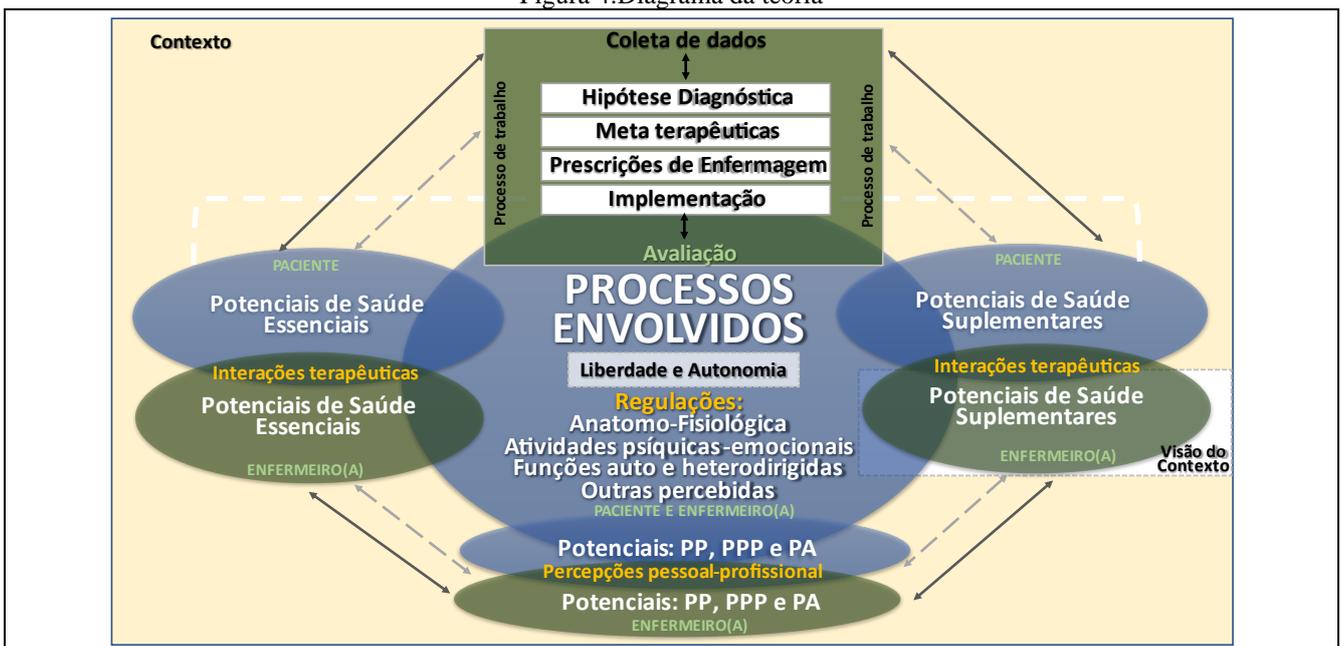
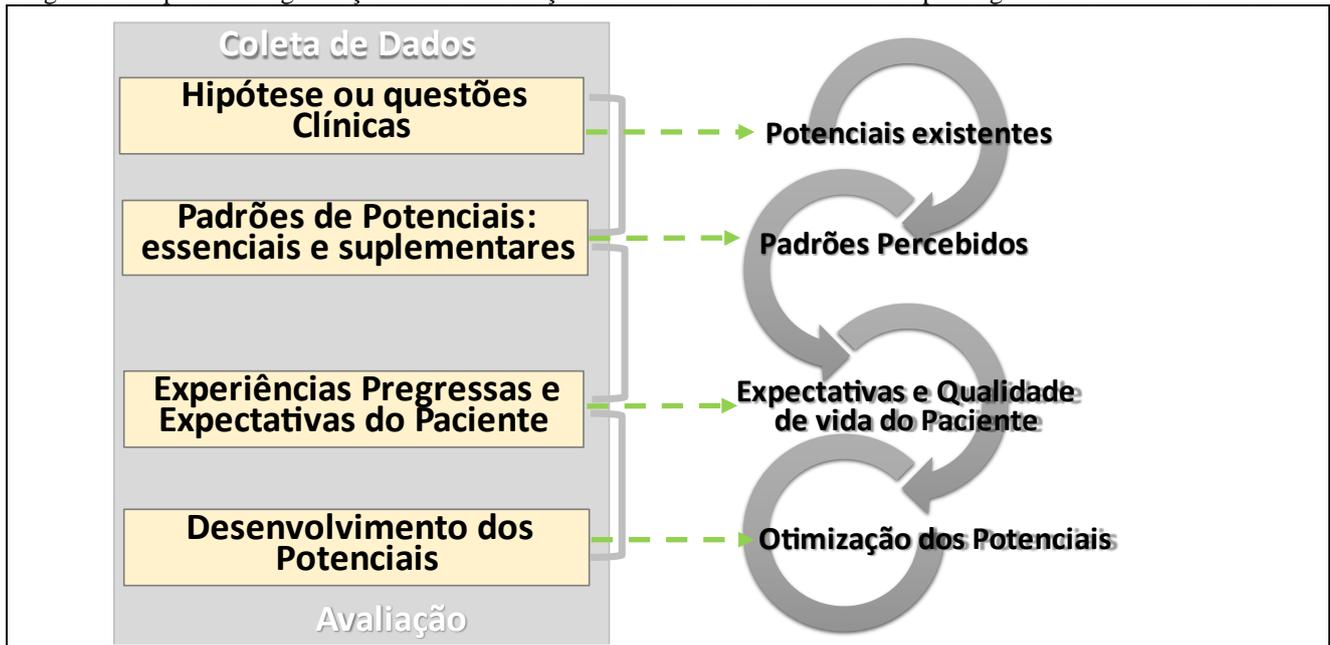


Figura 5: Proposta de organização da sistematização da assistência considerando os paradigmas e os achados clínicos



EM CENA, AS ATITUDES HUMANÍSTICAS E A SOLIDARIEDADE. UM MODELO PÓS-MODERNO RUMO AO FUTURO

No mundo atual, com todas as questões da biomedicina como uma proposta hegemônica como já foi discutida, os profissionais querem alcançar resultados, querem respostas rápidas e que sejam eficientes da forma como entendem eficiência. Falar de Potenciais de Saúde é se questionar também que eficiência é essa, e a quem ela se dirige. É uma eficiência para o Profissional ou para o cliente/usuário do sistema de saúde? É uma eficiência com resultados para quem? Ao final quem sai ganhando? Os níveis de respostas sobre saúde e doença envolvem outros determinantes não apenas sociais, mas também existenciais?

Parece-nos que tais respostas e também estes resultados esperados, estão além de um prognóstico. Estão além das respostas clínicas, se considerarmos saúde como um conceito mais ampliado do que apenas ausência de doenças. Os profissionais ficam obstinados a respostas e debates teóricos que devem levá-los a respostas e resultados imediatamente concretos e resolutivos, mas se esquecem de que a maioria dos níveis destas respostas não está sob o seu controle, sob a sua tutela ou esquadramento.

Para os que esperam os resultados de pronto, acabado, como uma previsão em sua própria expectativa, vão entender o estado e a presença dos Potenciais de Saúde como um movimento meramente teórico, uma especulação ociosa; pois quando colocamos o outro em perspectiva, no centro dos processos, como meta principal, como homem sujeito de sua própria história e de seu existir por meios de suas próprias decisões e escolhas em seus próprios contextos, de imediato precisamos abrir mão de nosso biopoder e do poder institucional.

Ainda não estamos muito preparados para deixar de lado estes poderes e criar uma condição de empoderamento do outro sobre suas condições de saúde, de doença e de vida. Ainda precisamos reproduzir nossa própria existência por entre o ir e vir das técnicas, dos aparatos e das tecnologias duras quase que como únicas alternativas que vão estar na condição limítrofe entre a vida e a morte.

Dentro e por entre estes discursos pode surgir o questionamento se trabalhar com o empoderamento do outro funciona. Porém, antes de se responder esta pergunta, é necessário saber o que estamos chamando de “funcionar”. Sob qual olhar estamos vendo esse “funcionar” e novamente; funcionar para quem. A resposta é muito simples; tão simples que se transmuta em algo complexo como a constatação de que empoderar o outro, é promover no outro em seu próprio contexto atitudes e respostas de paz, harmonia, felicidade, coragem, enfrentamento e principalmente a certeza de ser capaz de lidar com seu cotidiano de dor, aflição e sofrimento de forma mais madura e consciente.

Entretanto estas pontuações não estão presentes de forma clara e sistemática na maioria dos ensaios e teorias de enfermagem, que tendem a criar uma retórica talvez não de dependência, mas de se colocar em xeque o “ser” capaz do outro. Talvez seja essa instabilidade do outro como ser independente e autônomo que faz com que se possa reproduzir a importância da profissão e dos profissionais no mundo capitalista ocidental; onde obviamente o lucro e o acúmulo do capital são vertentes prevalentes.

Nas entrelinhas de uma profissão como a enfermagem, onde seu trabalho não pode ser acumulado e que esgota no momento em que é produzido; surge o grande debate sobre tempo, horas de enfermagem, falta de pessoal, pouco preparo dos profissionais, desinteresse das instituições pelo corpo de enfermagem entre outras tantas questões que dão visibilidade às fragilidades da enfermagem frente este modelo do resultado imediato a qualquer custo.

O imediatismo dos resultados dá a falsa idéia de que as pessoas são melhores. Melhores em quê? Aparentemente esse desejo de ser o melhor pode estar relacionado a uma forte insegurança, a um sentimento de impotência; pois no fundo, sabe-se que, a maior parte das condições que estão enfrentando não estão no seu controle. Então por que não dividir, compartilhar, ouvir, estender a mão e fazer uma construção “junto com”, criando estratégias conjuntas, achando saídas verdadeiramente seguras dentro de uma lógica da realidade de cada um, sem estratificar o conhecimento em categorias de bom ou ruim, mas antes; objetivando resultados amparados nas expectativas e no enfoque existencial do outro, já que é justamente ele quem vai conviver e viver com todos os resultados das intervenções; sejam quais forem.

Considerando então estas reflexões, aponta-se com os potenciais de saúde para uma proposta inovadora, inclusiva e que colabora de forma muito importante com a intenção de inversão do modelo assistencial vigente, posto que o cliente/usuário passa a fazer parte de seus planos terapêuticos, participando ativamente como sujeito ativo e protagonista, aprendendo sobre suas condições, encontrando com a equipe possibilidades de inovar a sua existência e transformar as condições adversas que vão surgindo. Passa-se de um modelo de menos valia para um de solidariedade e de educação para a saúde, que pode gerar mais autonomia para a equipe de enfermagem como também para os clientes/usuários.

Essa proposição teórica dos Potenciais de saúde já foi testada na prática no Grupo de Estudos Sobre Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no cotidiano da Saúde e da Enfermagem (CNPQ/UFJF) com as consultas de enfermagem realizadas pelas residentes de saúde da família do Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família da UFJF. Entretanto, como já tem mais de dez anos desta exitosa experiência, não foi possível trazer aqui e agora os resultados, pois os

dados já caducaram e as pesquisadoras já concluíram suas residências há muitos anos e não é possível localizá-las agora para obter as autorizações de publicação entre outros impedimentos.

Mas no montante dos resultados à época, foi possível constatar a praticidade da aplicação da proposta, a minimização do tempo da consulta de enfermagem, a melhora dos vínculos entre enfermeiras e usuário/clientes, a otimização dos resultados que eram produtos de escolhas livres e conscientes destes indivíduos e sobremaneira, a certeza de que a assistência estava sendo sistemática em uma lógica muito diferente, onde as responsabilidades eram compartilhadas e os resultados também, gerando um atendimento solidário e inclusivo onde também as enfermeiras se sentiam parte ativa e preponderante no processo e obtinham satisfação com os resultados alcançados pelos clientes/usuários.

Finalmente entende-se que a enfermagem brasileira precisa de um fundamento que dê margens para que a nossa sociedade tão diversa, num território tão grande, com tantas diferenças em todos os níveis; inclusive na formação profissional, possa ter um referencial que seja simples, de fácil aplicação e compreensão, com conteúdo teórico relativamente pequeno e prático e que estimule enfermeiros e enfermeiras a valorizarem os fundamentos teóricos e filosóficos da enfermagem como marco norteador para as práticas nos diversos contextos assistenciais que encontramos no Brasil. Assim, desde os grandes centros urbanos, até os povos originários e todas as minorias possam ser atendidas de forma sistemática e organizada em uma linha de pensamento onde estes sejam o ponto de partida e de chegada. O ponto de fala e de escuta. O ponto vida, de existência compartilhada e de saúde.

OPORTUNIDADE DE TESTAGEM E VALIDAÇÃO

9.1 ESTUDO 1

Segundo Alves e Bertocchi (2015), um estudo foi realizado com a temática Concepções Sobre Potencial de Saúde na Cultura de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, objetivou compreender as concepções de potencial de saúde na cultura de enfermeiros da atenção primária à saúde em um município da zona da mata mineira. Estudo de abordagem qualitativa como forma de facilitar a compreensão dos conceitos apresentados pelos enfermeiros em relação aos potenciais de saúde na enfermagem.

A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semi-estruturada gravada, e também por observações no dia-a-dia do trabalho registradas em diário de campo. O instrumento para entrevista foi organizado em duas partes: a primeira contendo os dados referentes à idade, sexo, tempo de formação, titulação acadêmica e tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, e a segunda, com perguntas relacionadas ao conceito de potencial de saúde, a inclusão do potencial de saúde nas ações de enfermagem e a associação entre potencial de saúde e ações de enfermagem. Os resultados evidenciaram que os profissionais reconhecem o potencial de saúde como um conceito associado à autonomia do sujeito vista como a busca pelo auto-cuidado. Ainda, o conceito está intrinsecamente ligado à assistência de enfermagem, sobretudo na escuta ativa do usuário durante as consultas de enfermagem nos diferentes ciclos de vida e na atuação desse profissional em grupos educativos. O estudo, portanto, contribuiu efetivamente para o crescimento da profissão, considerando que possibilita o uso de uma nova tecnologia ao atuar na busca do bem estar dos usuários.

9.1.1 Resultados e discussões

Identificamos as participantes por termos que expressam características presentes na personalidade das mesmas, percebidas durante a ambiência. Foram eles: Sabedoria, Encanto, Alegria, Gentileza, Harmonia, Carinho, Amizade e Afeto.

A análise do perfil das participantes revelou que todas são do sexo feminino. Com relação à idade, houve variação entre 27 e 54 anos; tempo de formação entre cinco e 30 anos; tempo de atuação na APS entre seis meses e 27 anos. Sete das oito participantes possuíam pós-graduação.

No que se refere às especializações, a participante identificada como Sabedoria, possui especialização em Saúde da Família e obstetrícia. Encanto, em Urgência e Emergência e Cardiologia. Alegria, em Saúde do Trabalhador. Harmonia, em Saúde da Família e Centro de Terapia Intensiva. Carinho, em Saúde do Trabalhador. Amizade em Saúde da Família. Afeto em Saúde da Família.

A partir dos resultados obtidos conforme as convergências nas respostas emergiram as seguintes categorias de análise: 1) O potencial de saúde como a busca da autonomia dos sujeitos; 2) O potencial de saúde presente na assistência de enfermagem.

9.1.2 O potencial de saúde como a busca pela autonomia dos sujeitos

A análise das falas das participantes quando questionadas sobre o conceito de potencial de saúde possibilitou-nos apreender que potencial de saúde é o despertar para o autocuidado visando à busca pela autonomia dos sujeitos, como descrito nas falas a seguir:

Potencial de saúde é o potencial que a pessoa tem de se cuidar. Cuidar da própria saúde, e aí, avaliando todos nós, cada um, como que entende de saúde, como entende de seu estado de saúde, entendendo saúde em um modelo bem individual, bem do indivíduo mesmo, né? Trabalhar o que ele pensa sobre sua saúde. Não só a questão biológica, a pessoa pode ter acabado de ter tido um infarto, mas se ela está bem emocionalmente, e se tá ali, esperançosa que vai melhorar essa condição, e empenhada em fazer o que for preciso para melhorar essa condição, para mim isso é potencial de saúde [...]. (Afeto)

Segundo Ayres (2004), a concepção de cuidado em saúde, vista como possibilidade para as ações de saúde, só torna-se possível porque antes de qualquer coisa, se admite o Cuidado em seu sentido ontológico. O Cuidado, ontologicamente, segundo Heidegger (1986), tem um lugar fundamental na existência humana, na medida em que não é possível fazer referência a alguma ação humana no mundo sem considerar o cuidado em seu sentido ontológico.

O pensamento de Afeto vai de encontro à proposição de Heidegger, pois leva em consideração o cuidado ontológico, o saber reconhecer o seu estado de saúde físico e mental, e, sobretudo, proporcionar ao indivíduo - no papel de profissionais com formação em saúde - a reflexão dos meios para que esses cuidados sejam satisfatórios e eficazes para a manutenção da saúde e reabilitação das condições que geram impacto no estado global do indivíduo. Afeto e Harmonia expressam o potencial de saúde como uma relação dinâmica com o sujeito, na medida em que consideram os saberes de cada um e vislumbra o potencial existente em cada indivíduo, aliado ao conhecimento advindo da profissão.

[...] seria o que o profissional tem pra dar, do seu conhecimento como que ele se coloca perante a saúde do outro e responsabilizar esse outro também, que também tem capacidade do autocuidado, né?! Tem conhecimento do seu corpo, do seu organismo. E levar isso. Responsabilizar o outro e também se tornar responsável pela saúde né?! (Harmonia)

Encanto e Alegria expressaram o potencial de saúde como a autonomia do sujeito, atribuindo-lhe a responsabilidade, como no pensamento de Harmonia, pela sua terapêutica e cuidados com a saúde, vista nas falas a seguir:

[...] Eu penso que Potencial de Saúde seria a autonomia do paciente. A autonomia, autonomia dele mesmo, dele interferir na terapêutica dele, dele ter responsabilidade sob a terapêutica dele, que a gente for instituir também. (Encanto)

[...] trazer o usuário responsável pelo tratamento dele. Porque não adianta a gente prescrever o cuidado, é... vou... a médica prescreve lá todos os anti-hipertensivos, mas se ele não quiser tomar ele não vai tomar. Então a responsabilidade é do paciente. Eu acho que a gente tá numa linha aí trazendo isso aí pra eles também. Que eles são responsáveis pelo corpo. (Alegria)

Estudos apontam que a adesão ao tratamento e algumas mudanças nos estilos de vida, são alcançadas a partir do princípio em que os indivíduos desenvolvem a auto-estima, a autonomia e o auto-cuidado (LARA et al, 2011; MENDES, 2012). Define-se como auto-estima, a necessidade humana fundamental a partir da qual a pessoa passa a confiar nas próprias ideias e em si mesma, compreendendo positivamente a sua própria imagem (BEDIN, 2013). A autonomia envolve a capacidade do indivíduo de realizar escolhas, de maneira crítica e consciente (HAESER, BÜCHELE, BRZOZOWSKI; 2012). O auto-cuidado é a consciência crítica que o indivíduo possui acerca da saúde e bem-estar, e que se traduz na capacidade de atender suas próprias necessidades, mesmo diante da situação de doença (TADEO et al, 2012).

A condição de saúde de um indivíduo pode modificá-lo tanto fisicamente quanto psicológico e socialmente. Auto-estima, autonomia, auto-cuidado são condicionados pelas crenças que geram interferências na disposição e na confiança dos indivíduos de realizar uma ação específica e persisti nesta. Outros fatores como a fé e a interação com a comunidade, resultam em sentimentos de esperança e expectativas, acarretando em equilíbrio emocional e otimismo (RIEGEL B, JAARSMA T, STRÖMBERG A; 2012).

Percebe-se, através das significações atribuídas pelas participantes do estudo, que assim como a adesão ao tratamento e as mudanças nos estilos de vida, a autoestima, a autonomia e o auto-cuidado são fundamentais para o desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos, grupo e comunidade, por proporcionar a transformação do seu contexto biológico, social, psicológico, econômico e cultural.

9.1.3 O potencial de saúde presente na assistência de enfermagem

De acordo com as participantes, o potencial de saúde é parte integrante da assistência de enfermagem, especialmente na APS, onde as ações são voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É evidenciado, sobretudo nas práticas educativas, seja individual ou coletiva e na escuta ativa. Tal categoria, portanto, é dividida em duas subcategorias: o potencial de saúde por meio da educação em saúde e o potencial de saúde na escuta ativa.

9.1.4 O potencial de saúde por meio da educação em saúde

As falas das enfermeiras, no que se refere ao potencial de saúde nas ações de enfermagem, são notadamente marcadas pelo emprego de recursos educativos, como as orientações nas consultas de enfermagem ao portador de doenças crônicas; de prevenção do câncer do colo do útero e mama; à gestante, à criança, ao adolescente, ao adulto e idoso. Os grupos operativos também foram mencionados como uma forma de se realizar orientações e trocas de saberes entre os participantes, estratégia essa considerada um potencial de saúde.

[...] quando você faz uma promoção para a saúde, você faz uma educação alimentar, uma orientação até social, uma educação para a saúde mesmo, os cuidados que ela possa ter com a saúde dela, ou para ela não desenvolver a doença, ou se já estiver desenvolvendo, como ela possa lidar com a melhor maneira possível com essa doença. Então, potencial, para mim, basicamente, na saúde pública, é essa educação da população. (Sabedoria)

[...] Então eu acredito que educação em saúde, os grupos, as palestras, elas interferem na, no modo como o indivíduo... a gente faz a diferença pro usuário. Se de repente ele não tivesse, não passasse por ali, numa palestra, por exemplo, de hipertensão, ele não ia pra pra pensar que realmente tem tido ações voltadas para reduzir o consumo do sal [...] É uma forma de fazê-los pensar, eles pensam ali no momento, mas eles levam aquilo pra casa. Uma informação que de repente serve pra o potencial de saúde do indivíduo ele leva também para um familiar, vira discussão dentro de casa também. Eu acredito... (Carinho)

Gazinelli et al (2013), ao discorrer sobre a educação em saúde, conceitua-a como um campo de teorias e práticas balizadas pelas relações entre o conhecimento e os processos de saúde e doença dos indivíduos e da coletividade. Essa construção de conhecimento é transversalizada por um possível diálogo entre o saber fundamentado, resultado da produção científica e sujeito a uma revisão permanente, e o senso comum, fruto da vivência cotidiana e baseado em relações perceptivas e afetivas, de significados próprios. Nesse processo, os sujeitos acabam produzindo, numa interface entre o individual e o coletivo, conhecimentos que são específicos e compartilhados, nos quais o fazer, a ação, tem papel preponderante.

Nesse sentido, percebe-se que o processo de cuidar em enfermagem, por meio da educação em saúde, está fortemente presente no cotidiano das enfermeiras da atenção primária à saúde, que trazem da profissão a experiência do cuidado ensinado, das relações horizontais usuário-profissional, da formação de vínculos e da motivação individual e coletiva visando práticas que elevam o bem estar das pessoas e potenciais de saúde.

[...] Em todos os grupos, em todo... em tudo que a gente faz a gente tenta mostrar isso pro usuário que ele é fundamental, que ele é a peça fundamental no tratamento. Não a unidade, não o enfermeiro, não o médico. A gente tá lá só pra orientar ele mesmo. Então assim, de que forma que eu procuro fazer isso, que eu procuro despertar no usuário? Através de grupos mesmo, né? Realizando grupos, através da própria consulta dele comigo, a consulta de enfermagem, tentar mostrar isso pra ele. Né? (Encanto)

De acordo com Pereira e Barros (2009), transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde, de maneira a tornar profissionais e usuários protagonistas e co-responsáveis pelo processo. Tal pensamento vai de encontro à proposta do Sistema Único de Saúde, com vistas à efetivação dos princípios doutrinários da universalidade do acesso, equidade das ofertas em saúde e integralidade do cuidado.

Nota-se, na fala da participante Encanto, a preocupação em transparecer para o usuário o quão importante ele é para o seu próprio processo de manutenção e/ ou modificação do estado de saúde, excluindo a ideia do conceito de doença como o foco de intervenção e do profissional de saúde como o centro do tratamento.

9.1.5 O potencial de saúde na escuta ativa

Ao se analisar as entrevistas, constatou-se que escutar transcende o ouvir, uma vez que há todo um sentido atribuído à fala do sujeito, ou seja, não são somente palavras emitidas. Além disso, o ato de escutar possibilita a leitura da linguagem corporal expressa pelo usuário, importante para a construção do contexto onde o mesmo encontra-se inserido.

[...] Você escuta, você faz uma escuta muito ativa de tudo, a paciente entra pra fazer um preventivo você não faz só um preventivo, você vai escutar todo o comentário dela, tudo que ela tem pra falar da vida dela, todas as ansiedades, tudo que ela tá vivendo em casa, porque foi a oportunidade de você abordar aquilo ali naquela pessoa. (Alegria)

[...] Porque às vezes o paciente entra aqui para fazer um preventivo, “só vim para fazer um preventivo”, mas dali desdobra uma orientação sexual, desdobra uma orientação de climatério, desdobra uma orientação até mesmo num caso de hipertensão que você detecta naquele momento, e ali você não perde a oportunidade. (Sabedoria)

De acordo com Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), a escuta ativa das queixas do usuário faz com que haja um sentimento de que o mesmo é importante, contribuindo, assim, para a construção da confiança no profissional, e conseqüentemente, propiciando a formação do vínculo. Stefanelli (2005), ao abordar as estratégias de comunicação terapêutica, ressalta que a escuta ativa é um processo que requer concentração e energia do profissional que a pratica, pois é necessária a compreensão dos pensamentos dos sujeitos que dão indícios das preocupações e demandas dos mesmos.

Assim, escuta ativa e qualificada representa uma ferramenta valiosa para a prestação do cuidado, com vistas à atenção integral, na medida em que permite a formação do vínculo e consolidação das relações usuário-profissional, considerada, segundo as participantes, essencial para o potencial de saúde.

[...] E assim... às vezes esse potencial de saúde a gente só percebe na pessoa quando a gente consegue criar um vínculo com ela, quando a gente consegue com que ela se abra para falar de outras situações, não só daquela situação específica da doença, do atendimento que nós estamos fazendo, porque senão a gente não consegue nem saber o que ela tem de potencial para se auto ajudar. (Afeto)

[...] Porque se você me ouve, se eu acredito em você. Opa. Porque se eu não acredito em você, você pode falar comigo, você pode me mostrar um monte de coisa escrita, "olha fulano, você leva esse livro aqui e lê sobre isso, isso, e isso". Ele vai ler e você falou com ele. Agora se você mostrou um vínculo, estabelece uma confiança, é mais fácil pra você desenvolver isso nele. Pra você desenvolver não, pra você despertar isso nele. Que a pessoa tem nela, ela tem. Você só tem que despertar isso nela, né? (Encanto)

O vínculo assegura o desenvolvimento da co-responsabilização, do comprometimento entre os sujeitos, já que o vínculo edificado eficazmente, acarreta em novos encontros, tornando-se um ensinamento que conduz os profissionais e os usuários ao encontro de suas potencialidades na construção de ações terapêuticas co-responsabilizadas e co-autorais (MENDONÇA et al, 2011).

Baratieri, Mandú e Marcon (2012) corroboram ao discorrer em seu estudo, que o enfermeiro, na execução de ações assistenciais e gerenciais, necessita tomar para a si competências e responsabilidades no sentido de propiciar uma relação longo prazo com os usuários, em seus diferentes ciclos de vida, baseado no vínculo com estes.

O ponto de vista exposto pelas participantes do estudo expressa questões primordiais para a consolidação da boa relação estabelecida entre o enfermeiro e o usuário: o vínculo e a confiança. Ambos estão associados ao grau de envolvimento e conseqüentemente, responsabilidade profissional. O enfermeiro envolvido e comprometido busca conhecer o usuário e comunidade, para assim, ter a percepção das necessidades e potencialidades dos sujeitos e coletividade, fortalecer as relações, e, juntos, proporem medidas que contribuirão para a saúde global dos indivíduos. Isso é cuidado. Favorecer o desenvolvimento humano, potencializando as habilidades dos sujeitos para cuidarem de si, acarretando na emancipação do cuidado.

9.1.6 Considerações Finais

Ao analisar as falas das participantes percebemos que os profissionais reconhecem o potencial de saúde como um conceito associado à autonomia do sujeito vista como a busca pelo auto-cuidado. Destaca-se também que o conceito está intrinsecamente ligado a assistência de enfermagem, sobretudo na escuta ativa do usuário durante as consultas de enfermagem nos diferentes ciclos de vida e na atuação desse profissional em grupos educativos, sendo, portanto a atenção primária um campo que contribui notadamente para o desenvolvimento desse conceito e aplicação na atuação profissional.

O estudo, portanto, aponta que a teoria dos Potenciais de Saúde contribui efetivamente para o crescimento da profissão, considerando que possibilita o uso de uma nova tecnologia ao atuar na busca do bem estar dos seus usuários.

Acredita-se que seja necessário e importante ampliar estudos para que entenda-se na prática, de que forma o profissional utiliza esse conceito e quais as limitações do serviço para que o profissional desenvolva o Potencial de Saúde em seus usuários.

9.2 ESTUDO 2

Outro estudo foi realizado tendo como escopo a Teoria de Enfermagem dos Potenciais de saúde. Segundo Alves e Lima (2017) o estudo teve por objetivo discutir/descrever a relação entre os potenciais de saúde e a prescrição de enfermagem e os resultados obtidos na manutenção e/ou melhoria dos potenciais estudados. Metodologia: Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora. A investigação deu-se sob a luz da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A coleta de dados foi realizada através do instrumento do Modelo da Teoria de Enfermagem dos Potenciais de Saúde de Alves (2013). Os participantes da pesquisa foram oito usuários atendidos na UAPS. Para análise dos dados os núcleos de sentido foram agrupados em quadros. Resultados e Discussão: Utilizando o modelo do potencial de saúde nas Consultas de Enfermagem (CE) verificou-se alterações nos potenciais de saúde dos usuários. Os potenciais que obtiveram melhoras estão relacionados com processos auto-dirigidos; hetero-dirigidos; anatomo-fisiológicos e psíquico emocionais. Conclusão: O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou um novo olhar para/com o outro. A construção conjunta da intervenção de enfermagem mostrou-se uma estratégia importante para o alcance dos potenciais e melhora na saúde do indivíduo.

9.2.1 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, possui como objeto os fenômenos em suas qualidades para sua identificação e apreensão por parte do pesquisador (FONTANELLA et al 2011).

Dentre a abordagem qualitativa, a presente investigação deu-se sob a luz da pesquisa convergente assistencial. Este tipo de pesquisa possibilita manter uma relação estrita com a prática assistencial, possibilitando a resolução de problemas voltados à assistência, introduzindo novas possibilidades para enfermagem, inovando e consolidando novas metodologias (TRENTINI; PAIM, 1999)

O cenário do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, escolhido pela proximidade do pesquisador com o campo de investigação.

Os participantes da pesquisa foram oito usuários atendidos na UAPS. A amostra foi delimitada de acordo com a saturação dos dados, isto é, a repetição de dados sem que haja o aparecimento de novos elementos de análise. Foi definido como critério de inclusão usuário maior de 18 anos, em acompanhamento periódico na UAPS, portador de doença crônica não transmissível: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

A coleta de dados se deu através do instrumento do Modelo de Potencial de Saúde (anexo I) realizada por meio de CE no segundo semestre de 2015. O preenchimento do instrumento foi realizado em três CE com espaçamento entre elas de no mínimo 30 dias. Ao final da primeira consulta, a prescrição de enfermagem foi confeccionada conjuntamente entre o profissional e o usuário levando em consideração os potenciais a serem trabalhados. Na consulta posterior a prescrição foi discutida e alterada de acordo com a necessidade do indivíduo.

Para análise dos dados os núcleos de sentido foram agrupados em quadros, de acordo com o processo envolvido, o nível do potencial de saúde em cada uma das CE e as prescrições de enfermagem. Empregou-se a numeração ordinal para classificar as CE na ordem cronológica de realização das mesmas.

Utilizou-se revisão de literatura sobre o tema para embasamento e fundamentação teórica do presente trabalho.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e do cenário de pesquisa com parecer nº 1109723. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

9.2.2 Resultados e Discussão

Após análise dos dados, os resultados foram apresentados em quadros de acordo com o grupo de trabalho. Cada quadro conterá o processo envolvido, as marcações dos diferentes níveis de potencial de acordo com cada CE, e as prescrições de enfermagem realizadas.

O primeiro quadro dispõe sobre a regulação anatomo-fisiológica. Este processo volta-se para questões do corpo e sintomatologia.

Quadro 1: Regulação anatomo-fisiológica

Regulação anatomo-fisiológica	Potencial Presente (PP)	Potencial Parcialmente Presente (PPP)	Potencial Ausente (PA)	Prescrição de Enfermagem
Regulação da Pressão Arterial	3º	2º	1º	-Diminuir nível de estresse e ansiedade procurando ter melhor relacionamento com familiares; -Fazer uso correto da medicação anti-hipertensiva com medicamento certo e horário certo; -Preferir alimentos naturais, com pouco sal.
Regulação ritmo cardíaco	2º; 3º	1º		-Diminuir nível de estresse e ansiedade procurando ter melhor relacionamento com familiares
Regulação da eliminação urinária	2º; 3º	1º		-Ingerir em cada período do dia (manhã, tarde e noite) no mínimo 500 ml de água; -Evitar períodos prolongados sem eliminação urinária.

De acordo com o Modelo do Potencial de Saúde a regulação da Pressão Arterial (PA) deve ser entendida como a manutenção da tensão arterial em torno de 120x80 mmHg. O potencial em questão apresentou-se ausente na primeira CE, sendo seu valor 180x100 mmHg. Na segunda consulta apresentou-se parcialmente presente (PA: 150X 80 mmHg). Na terceira e última consulta notou-se melhora significativa dos valores pressóricos (120x80 mmHg), tornando este potencial presente.

A HAS faz parte do grupo de doenças cardiovasculares que representam o maior percentual de causas de mortalidade por doenças como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. A literatura descreve diversos fatores de risco para HAS, como tabagismo, genética, obesidade, sedentarismo, idade, alimentação inadequada entre outros. Fatores emocionais como ansiedade, estresse, depressão também deve ser levados em consideração (QUINTANA, 2011).

Durante situações estressoras o sistema cardiovascular sofre aumento de pressão significativo. Segundo Quintana (2011), o estresse emocional possui alta reatividade cardiovascular em indivíduos hipertensos sendo, portanto, um fator comprovadamente impactante na regulação da PA.

O valor da PA é mensurado através da multiplicação da Resistência Periférica dos vasos sanguíneos (RP) e Débito Cardíaco (DC), como descrito na fórmula a seguir $PA = RP \times DC$. O débito cardíaco é calculado pela multiplicação da Frequência Cardíaca (FC) e Volume Ejetado (VE), gerando a fórmula ($DC = FC \times VE$). Portanto, analisando a fórmula de como é mensurado a PA constata-se a relação da FC com a HAS. Justificando, dessa forma a regulação do ritmo cardíaco como potencial parcialmente presente na primeira consulta e presente nas demais (SBH, 2017).

A realização da CE baseada no indivíduo inserido em um contexto, em seus determinantes sociais e potenciais de saúde é uma estratégia importante para obtenção do êxito nas propostas realizadas.

Através da escuta qualificada e prescrição de enfermagem adequada foi possível tornar a regulação da PA um potencial presente. Importante ressaltar que a intervenção de enfermagem iniciou-se na primeira CE ao detectar que o estresse familiar estava sendo um fator importante na regulação dos níveis pressóricos e ao estimular o indivíduo a reflexão sobre este estresse emocional.

O potencial de saúde é algo inerente do ser humano, deve ser estimulado, recriado, refletido e reproduzido nas ações do cotidiano, influenciando desta forma na qualidade de vida dos indivíduos. O potencial pode estar presente no dia a dia de forma consciente e racionalizada, ou podem também estar nas entrelinhas devido a condições estressoras (ALVES, 2013).

Outro potencial de saúde desenvolvido foi o da regulação da eliminação urinária, que de acordo com o Modelo do Potencial de Saúde pode ser entendido como frequência da eliminação urinária diariamente em torno de 1,5 a 2 L, levando em consideração coloração e odor característico e aspecto translúcido.

Após a identificação deste potencial e a construção conjunta da intervenção de enfermagem para melhora do mesmo, notou-se desenvolvimento deste potencial, tendo o usuário relatado aumento da ingestão hídrica e conseqüente aumento da frequência urinária.

O profissional de saúde (sujeito) não deve agir como detentor do saber e caracterizar a usuário (objeto) por sua doença. Ambos devem trabalhar em conjunto, respeitando a relação profissional e usuário, para o desenvolvimento de habilidades e potenciais. A abertura para este processo de reflexão sobre os potenciais coloca em questão o ser humano como potencialidade de saúde, no qual o indivíduo deve conseguir tomar suas próprias decisões, estimulando suas potencialidades em busca do bem estar social, mental, físico, espiritual e cultural (ROSO E ROMANINI, 2014; FREIRE, 1982)

A seguir tem-se o segundo quadro que trata da regulação das atividades psíquicas e emocionais. Este processo envolve questões mentais, de humor, sentimentais e de comunicação.

Quadro 2: Regulação das atividades psíquicas e emocionais

Processo envolvido: Regulação das atividades psíquicas e emocionais	PP	PPP	PA	Prescrição de enfermagem
Regulação de afeto a pessoas significativas	2º; 3º	1º		-Refletir sobre o motivo que está causando o distanciamento/conflito familiar; -Permitir a fala do usuário sobre o problema e escutá-lo atentamente;
Regulação das atividades de lazer	3º	1º; 2º		-Ir ao campo de futebol assistir um jogo até a próxima consulta.

Atualmente o modelo de atenção à saúde aposta em práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e hospitalização. Dessa forma a assistência em saúde tem utilizado novas tecnologias. Este termo pode ser entendido como o conjunto de saberes e instrumentos que refletem uma rede de relações sociais em que seus indivíduos articulam sua prática em uma totalidade social (MIELKE E OLSCHOWSKY, 2011).

As tecnologias em saúde têm sido amplamente utilizadas e pode ser categorizada em três tipos: leve, leve dura e dura. As tecnologias leveS são tecnologias de relação, produção de vínculo e acolhimento. A utilização dessa tecnologia na CE pode interferir no processo de cuidado (MERHY, 2007).

A escuta qualificada e o diálogo, são habilidades próprias do ser humano, podem ser uma importante estratégia utilizada na aplicabilidade da tecnologia leve. É uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral. Por meio dela, é possível a construção de vínculos e estratégias para alcançar a plenitude em determinados potenciais de saúde (MAYNART et al, 2014).

Visto a importância deste tipo de tecnologia, utilizou-se a como estratégia para o alcance dos potenciais de saúde: regulação de afeto a pessoas significativas e regulação das atividades de lazer.

A utilização da tecnologia leve para o desenvolvimento dos potenciais envolvidos no processo de regulação psíquica e emocional foi primordial para o êxito da intervenção. O diálogo, vínculo e acolhimento possibilitam compreender o sofrimento psíquico/emocional, valorizando o indivíduo como ser único e suas diferentes necessidades (MAYNART et al, 2014).

Dessa forma reforça-se a importância do olhar diferencial a cada usuário. Cada ser humano carrega consigo uma bagagem cultural, física, emocional e social.

O terceiro e quarto quadro dispõem sobre a regulação das funções auto- dirigidas e hetero dirigidas respectivamente:

Quadro 3: Regulação das funções auto-dirigidas.

Processo envolvido: Regulação das funções auto-dirigidas	PP	PPP	PA	Prescrição de enfermagem
Regulação da capacidade de autotransformação	3º	1º; 2º		-Escrever em um papel uma meta relacionada a si próprio: perder peso.

Quadro 4: Regulação das funções hetero-dirigidas.

Processo envolvido: Regulação das funções hetero-dirigidas	PP	PPP	PA	Prescrição de enfermagem
Regulação da capacidade de aprendizagem	3º	1º; 2º		-Estimular a capacidade de aprender atividades novas: participação nos grupos de crônico da UAPS.

Segundo o Modelo do Potencial de Saúde a regulação da capacidade de autotransformação pode ser entendida como abertura para mudanças de comportamento, atitudes e rotinas já cristalizadas em seu cotidiano. Como prescrição de enfermagem foi acordada entre as partes a perda de peso. Esta pôde ser constatada na terceira consulta com a perda de quatro Kg. É válido ressaltar que as prescrições de enfermagem de outros potenciais, como a regulação da PA pôde contribuir para o melhor desenvolvimento do potencial em questão. Dessa forma constata-se a ligação entre os diferentes processos, e que determinados potenciais influenciam na presença de outros.

A regulação da capacidade de aprendizagem pode ser conceituada como a habilidade de aprender novas atitudes, comportamentos e atividades comuns ao cotidiano existencial. Este potencial está estritamente ligado ao potencial da regulação de auto transformação, pois o usuário ao abrir-se para aprender atividades novas, abre um leque de oportunidades, capacidades e potencialidades a serem afloradas e trabalhadas. Mais uma vez reforça-se a questão do potencial de saúde como algo inerente do ser humano, que deve ser estimulado, evidenciado, percebido e conscientizado. Uma vez estimulado há uma abertura para que outros potenciais sejam compreendidos e se tornem presentes (ALVES, 2013).

A intervenção de enfermagem utilizada no potencial da regulação da capacidade de aprendizagem também é uma intervenção na regulação da PA, reforçando a interligação entre todos os processos.

A CE baseada no potencial de saúde pode ser considerada um instrumento facilitador, transformador e estratégico no desenvolvimento da autonomia, inclusão social e melhoria da qualidade de vida. O que se pretende nas ações de saúde é fornecer atenção, acolher, criar vínculo e escutar atentamente uma pessoa que não está reduzida simplesmente a sua doença, ou uma condição clínica (MIELKE E OLSCHOWSKY, 2011).

9.2.3 Considerações finais

Com o desenvolvimento do trabalho foi possível concluir que a aplicabilidade do Modelo do Potencial de Saúde e a construção conjunta das intervenções de enfermagem podem ser estratégias importantes na assistência a saúde, proporcionando melhorias na qualidade de vida.

Por se tratar de um modelo que leva em consideração questões físicas, psíquicas, emocionais, culturais e sociais abrange todo o contexto que o indivíduo está inserindo, proporcionando ao enfermeiro discutir/reaver questões que usualmente não são tratadas.

Levando em consideração a sobrecarga de trabalho do enfermeiro e a falta de recursos humanos de enfermagem coloca-se como fragilidade deste modelo o tempo. Pois, para sua

aplicabilidade é necessário que o enfermeiro possua escuta qualificada e esteja inteiramente presente na CE demandando carga horária.

Como proposta de trabalhos futuros coloca-se a importância da capacitação e sensibilização do profissional no que tange a relevância de se trabalhar os potenciais de saúde do indivíduo.

Por fim, o desenvolvimento do presente trabalho possibilitou um novo olhar sobre o outro. A busca pela potencialidade do ser humano deve ser sempre estimulada, a fim de promover as mudanças e transformações necessárias ao seu bem estar social, físico, mental, cultural e espiritual.

9.3 ESTUDO 3

Outro estudo de muita importância como validade da Teoria de Enfermagem dos Potenciais de Saúde foi um estudo realizado por ALVES E PEREIRA (2017). O estudo foi desenvolvido em uma UAPS do município de Juiz de Fora e tem como objetivo analisar os potenciais de saúde relacionados à regulação das funções autodirigidas, a partir da aplicação de um instrumento de coleta de informações na consulta de enfermagem sob a ótica dos potenciais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa à luz da Pesquisa Convergente Assistencial, realizada com 10 sujeitos. A partir da análise, foi possível concluir que o modelo de consulta de enfermagem que trabalha os potenciais de saúde, permite ao profissional ter uma visão mais ampliada das necessidades de saúde dos pacientes, melhorar a comunicação terapêutica e o vínculo com o paciente. Embora o usuário não consiga estimar claramente, o impacto do trabalho desenvolvido por meio dos potenciais de saúde, houve boa aceitação e adesão à consulta de enfermagem no modelo proposto. As dificuldades encontradas na execução desta pesquisa referem-se ao ineditismo deste estudo, à forte influência do modelo biomédico e ao tempo limitado do enfermeiro diante da realidade do serviço de saúde.

9.3.1 Metodologia

Em razão da intencionalidade de se valorizar o discurso dos sujeitos e percepções a ele relacionados, a pesquisa qualitativa mostrou-se mais adequada uma vez que, de acordo com Minayo (2014) este tipo de pesquisa é apropriado quando se deseja estudar a história, as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, que são produtos das interpretações dos homens acerca de como vivem, sentem e pensam.

Concatenar os objetivos desta pesquisa à prática assistencial das residentes de Enfermagem do Programa Multiprofissional em Saúde da Família tornou possível a elaboração deste estudo, uma vez que o mesmo consiste em uma abordagem qualitativa à luz da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A especificidade da PCA está relacionada à possibilidade de se manter uma estreita relação entre pesquisa e a prática assistencial, como forma de se resolver ou solucionar problemas relativos

à assistência, introduzir novas perspectivas e possibilidades para a assistência de enfermagem, inovando e consolidando novas metodologias (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora, que possui a Estratégia Saúde da Família implantada e que em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, possibilitou às residentes de Enfermagem, a aplicação de uma proposta de intervenção ao usuário adulto sob a ótica da teoria de Enfermagem do Potencial de Saúde.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário da UFJF, implantado em 2002, inicialmente integrava a medicina, enfermagem e serviço social. Atualmente o programa contempla profissionais de enfermagem, odontologia e serviço social. Sua criação deu-se no contexto de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, a partir da demanda de profissionais especialistas na área que estivessem dispostos a atuar na nova perspectiva assistencial proposta pelo Sistema Único de Saúde. Aprovado pelo Ministério da Educação (MEC), este programa capacita seus residentes através do treinamento em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como objetivo formar profissionais que sejam capazes de adaptar-se à realidade local e intervir prestando um atendimento humanizado e embasado em preceitos científicos, desempenhando atividades na APS, tanto no âmbito individual quanto coletivo (TEIXEIRA et al,2006).

A UAPS em que a pesquisa foi desenvolvida possui duas equipes de saúde e o funcionamento do serviço dá-se por meio de fluxogramas de atendimento revisados periodicamente, que auxiliam na organização das demandas, programada e espontânea, que são identificadas durante o acolhimento.

A consulta de enfermagem consiste em uma importante estratégia de abordagem do usuário, uma vez que a enfermeira de saúde da família realiza atendimentos individuais de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assistência pré-natal, consulta à saúde da mulher de rastreamento do câncer do colo do útero e mama, consulta ao usuário hipertenso e/ou diabético, além de outros atendimentos de demanda espontânea em todas as faixas etárias e atividades grupais desenvolvidas na UAPS.

Deste modo, os 10 sujeitos desta pesquisa são usuários da área adscrita contemplada pelo serviço de saúde, alfabetizados, legalmente capazes perante a lei, atendidos em consultas de demanda programada e que aceitaram participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo1). A partir da disponibilidade de tempo apropriado para a aplicação do instrumento desta pesquisa, os usuários atendidos em consultas de enfermagem de demanda programada foram convidados a participar e destes, os que se interessaram e se comprometeram em buscar aderir à proposta da pesquisa, compuseram a amostra deste estudo.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: idade maior ou igual a 18 anos, aceitar participar do estudo após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, estar ciente dos objetivos da pesquisa e ser lúcido/orientado no tempo e espaço. Em contrapartida, os critérios de exclusão abarcam usuários que não se enquadram nos critérios de inclusão, desistentes em participar da pesquisa, sujeitos analfabetos ou que fixaram moradia em outro território, também tiveram que ser excluídos, devido inviabilidade da continuidade do andamento da pesquisa.

A amostra estudada é composta por nove sujeitos do sexo feminino e um do sexo masculino, escolaridade equivalente ao ensino fundamental sendo que a maioria destes sujeitos abandonou os estudos nos anos iniciais desta etapa da educação básica. A média de idade encontrada nesta amostra corresponde a 47,4 anos. Seis participantes relataram desenvolver algum trabalho remunerado de carteira assinada ou não. Estado civil: cinco sujeitos afirmaram ser casados ou ter união estável e os demais se reconheceram solteiros, viúvos ou não informaram.

Com o objetivo de estabelecer ações prioritárias para o enfrentamento de doenças mais prevalentes, o Ministério da Saúde é responsável pela publicação de cadernos da Atenção Básica. Estes manuais visam atualizar o manejo clínico, por meio de protocolos assistenciais. Deste modo, a atenção à saúde da mulher e ao usuário hipertenso/diabético é organizada no serviço de saúde, respectivamente, a partir das diretrizes do manual do Ministério da Saúde “Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres” (BRASIL, 2016) e da “Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica” elaborada pela Secretaria de Estado de Minas Gerais, que além de oferecer direcionamentos para a assistência na atenção primária à saúde em consonância com o MS, indica também os critérios de encaminhamento e acompanhamento na atenção secundária (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

A coleta das informações deu-se por meio do preenchimento do instrumento no decorrer de cada atendimento e ocorreu no período de julho de 2015 a setembro de 2016. Durante as consultas, as prescrições de enfermagem eram discutidas com os usuários, a fim de que os mesmos pudessem refletir, propor mudanças de atitudes e comportamentos bem como avaliá-las com o profissional.

O instrumento de coleta de dados (anexo2) contemplou a regulação anátomofisiológica, regulação das atividades psíquicas e emocionais, regulação das funções autogeridas e regulação das funções heterogeridas. Cada uma destas categorias apresenta uma listagem de potenciais e estes potenciais podem ser classificados em potencial presente, parcialmente presente ou ausente, conforme a avaliação da enfermeira durante o atendimento.

No decorrer da PCA, a enfermeira identifica as demandas de saúde do usuário e estabelece um padrão correspondente de potencial de saúde através do qual definirá o plano de cuidados e

prescrições de enfermagem, preservando-lhe a autonomia de modo que o mesmo possa responder de maneira positiva e satisfatória às intervenções propostas (ALVES, 2013).

Após a coleta de dados do primeiro encontro, foi feita uma leitura recorrente dos questionários e os potenciais de saúde mais prevalentes foram elencados a partir do marcador de prevalência: metade do número de participantes mais um. Adotado este critério, os potenciais considerados mais prevalentes tinham frequência maior ou igual a 6, visto que o total de participantes da pesquisa é igual a 10.

Desta maneira, os potenciais de saúde mais prevalentes representam os potenciais presentes (P.P), potenciais parcialmente presentes (P.P.P) e potenciais ausentes (P.A) elencados neste estudo. Vale lembrar que o diário de campo, recurso utilizado no registro das impressões e informações referentes à pesquisa (MINAYO, 2014), também contribuiu com o enriquecimento da discussão a seguir. Nele foram registradas datas dos encontros, impressões importantes dos usuários acerca do modelo de consulta implementado, bem como, o registro de linguagem não verbal e paraverbal captadas no decorrer dos encontros.

Conforme previsto, foram cumpridos todos os requisitos éticos e legais em investigações envolvendo seres humanos, de acordo com as disposições regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa teve a sua realização autorizada pela Direção da Faculdade de Enfermagem e pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora, para análise e parecer, sendo aprovado em 16 de Junho de 2015 com número de parecer 1.109.723. Os participantes foram informados sobre os benefícios, contribuições do estudo e o risco mínimo desta pesquisa, uma vez que, este estudo não realizou nenhum procedimento invasivo ou teve a intencionalidade de causar qualquer tipo de dano de natureza física, psicológica ou social ao participante. Foi solicitada assinatura do TCLE em duas vias, sendo que uma permaneceu com o participante e a outra com o pesquisador para fins de registro e aplicação do instrumento deste estudo. Além disso, as anotações permanecerão guardadas com o pesquisador por um período de cinco anos e após este prazo, serão destruídas. Foi garantida a privacidade e o anonimato dos participantes e caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa e o mesmo possa ser comprovado como resultante desta, o ressarcimento por indenização será de responsabilidade do pesquisador.

A divulgação dos dados deste trabalho se dará apenas em eventos e/ou periódicos de natureza científica e resguardará sempre o anonimato dos participantes.

9.3.2 Discussão

O processo de regulação anátomo-fisiológica compreende os sistemas corporais de respiração, circulação, locomoção, absorção, regulação térmica, sensibilidade, eliminações e reprodução, tais sistemas têm o potencial de se autorregular de forma que se busque manter a homeostase e pode ser aprimorado por potenciais de saúde ainda não percebidos ou envolvidos no processo saúde-doença (ALVES, 2013).

O processo de regulação das funções psíquicas e emocionais envolve atividades psíquicas, emocionais, afetivas, cognitivas e intelectuais como percepção, humor, estrutura e forma do pensamento, medo/ansiedade, atividades de lazer, sentimento de mais valia, afeto, manutenção das atividades laborais, comunicação verbal/ não verbal e paraverbal, atividade social e gregária e atividade sexual (ALVES, 2013).

A regulação do autocuidado, autocontrole, autorrealização, autotransformação e do potencial de participação compreendem o processo de regulação das funções autodirigidas enquanto que a regulação da capacidade de aprendizagem, aceitação, decisão e de adaptação estão abarcados na categoria processos de regulação das funções heterodirigidas. Todos estes quatro processos de regulação citados anteriormente, são passíveis de serem aprimorados por meio da ativação de potenciais de saúde envolvidos no processo saúde-doença (ALVES, 2013).

O potencial de saúde consiste em um componente inerente à existência humana e que é acumulado durante todo o ciclo de vida do homem, por meio de experiências existenciais. Este potencial pode estar presente nas atitudes e comportamentos conscientes ou estar obscurecido por condições que o impedem de acessar tais potencialidades (ALVES, 2013).

Sendo assim, entendemos por Potencial Presente (PP) a capacidade do indivíduo de utilizar os potenciais adquiridos no decorrer de sua existência a fim de atender suas necessidades de saúde no que tange um determinado sistema avaliado; Potencial Parcialmente Presente (PPP) quando o indivíduo acessa parcialmente os potenciais de saúde adquiridos no decorrer de sua existência para atender suas necessidades de saúde no que tange um determinado sistema avaliado e o Potencial Ausente (PA) reflete a incapacidade momentânea de o indivíduo acessar os potenciais de saúde adquiridos no decorrer de sua existência, não contemplando desta forma as necessidades de saúde de um determinado sistema avaliado (ALVES, 2013).

Neste estudo, embora tenham surgido Potencias Ausentes, estes não apresentaram prevalência significativa.

Três Potencias Parcialmente Presentes apresentaram maior prevalência, dentre eles: o potencial de regulação da digestão, regulação do retorno venoso e regulação do autocuidado.

Dos 14 sistemas do Processo de Regulação Anátomofisiológica, foram encontrados 10 sistemas prevalentes que integram a categoria de Potencial Presente. Se observarmos os demais sistemas de regulação, o mesmo ocorre com todos eles exceto com o sistema de regulação do autocuidado, que consta entre os potenciais parcialmente presentes.

Possivelmente, a predominância dos Potenciais Presentes está relacionada ao controle exercido pelo poder sobre o corpo, através da reprodução do modelo biomédico, biologicista, centrado na doença e prescritivo vigente até os dias atuais. Com o advento do capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX, o controle da sociedade operou-se não somente por meio do controle da mente, mas começou sobretudo no corpo, uma vez que a sociedade capitalista se apropriou deste e tornou-o uma realidade biopolítica e a medicina por sua vez, uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2012) que ainda hoje determina quem está vivo ou morto, tem aptidão física e/ou mental para o trabalho ou é capaz de responder por seus atos legalmente.

A gestão da capacidade laboral está diretamente relacionada ao ato médico, e esta dificuldade de se inculcar uma cultura de prevenção de agravos e promoção da saúde na sociedade brasileira, também está relacionada à trajetória histórica das políticas de saúde em nosso país (FOUCAULT, 2012).

É deste poder que emergem ainda condutas como despir, inspecionar, auscultar e palpar sem ao menos pedir consentimento ao dono do próprio corpo. Este corpo, em sua dimensão física e corporal, encontra-se docilizado e passa então a ter um diagnóstico de saúde e prescrições a seguir. Não é raro o usuário aguardar por horas uma consulta médica e ao sair do consultório, procurar outro profissional que possa lhe explicar como fazer uso dos medicamentos ou mesmo, uma usuária ao ser atendida em uma consulta de saúde da mulher pela enfermagem, ainda apresentar uma atitude de espanto quando pedimos licença para tocar o seu corpo.

Ao lançarmos um olhar para os três potenciais parcialmente presentes, observamos lacunas importantes na assistência prestada, pois dentre os sujeitos desta pesquisa, encontram-se usuários hipertensos e diabéticos que têm um acompanhamento longitudinal no serviço de saúde e que apresentam dificuldades relacionadas ao seu próprio tratamento.

Estas dificuldades irão impactar em sua qualidade de vida, uma vez que hipertensão arterial e/ou diabetes, alimentação inadequada, retorno venoso insatisfatório e déficit de autocuidado podem acarretar em complicações cardiovasculares, lesões de pele de difícil cicatrização, comprometimento de órgãos-alvo, dentre outras complicações, diminuindo assim as possibilidades de um envelhecimento ativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), o envelhecimento ativo permite ao indivíduo identificar seu potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo da

vida; preservando a sua participação regular em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis.

Neste sentido, a partir da aplicação do instrumento utilizado nessa pesquisa, é possível percebermos a quão necessária se faz a individualização do atendimento para que possamos nos aproximar de uma assistência mais resolutiva e significativa para o usuário, uma vez que este deve estar no centro do nosso cuidado e do processo de trabalho da equipe de ESF, no contexto da APS.

Os potenciais de saúde identificados foram norteados pelas necessidades de saúde de cada indivíduo e as prescrições de enfermagem foram elaboradas com base no plano terapêutico, buscando sempre respeitar as individualidades de cada participante: preferências alimentares, rotinas diárias, religiosidade/ espiritualidade e também variáveis sociais, como por exemplo, o Letramento em Saúde (LS) foram aspectos observados e considerados no momento de construção de cada prescrição.

No segundo encontro, momento em que as prescrições de enfermagem eram apresentadas ao participante da pesquisa, o usuário tinha a oportunidade de propor adaptações que melhor se ajustassem à sua realidade, elencar novas necessidades de saúde e autoavaliar as mudanças de comportamento após o primeiro atendimento, fortalecendo o vínculo com o profissional.

Vale ressaltar, que o Letramento em Saúde representa o grau de compreensão que os indivíduos possuem acerca de informações básicas em saúde e o LS interfere diretamente sobre a adesão ao tratamento prescrito, o autocuidado e a prevenção de agravos à saúde (SANTOS et al, 2016).

Perguntas simples sobre o uso dos medicamentos prescritos pelo médico, objetivo da realização do exame preventivo, o que é hipertensão arterial sistêmica ou diabetes, auxiliava-nos a identificar o grau de letramento do usuário atendido. No cabeçalho do instrumento utilizado foram registrados dados que nos auxiliaram na identificação de informações objetivas como: profissão, ocupação, idade, escolaridade, estado civil e religião. A partir deste simples questionário no cabeçalho, era possível coletarmos informações significativas que poderiam ser utilizadas nas intervenções das prescrições de enfermagem.

O processo de regulação da digestão foi definido como ingestão alimentar diária regular, de no mínimo três refeições ao dia, sem apresentar sintomas de desconforto, vômito, náusea ou flatulência. Este foi um dos potenciais parcialmente presentes. Durante o atendimento, foram abordados aspectos como: o papel da alimentação para cada indivíduo, horários e rotinas, preferências alimentares, modo de preparo dos alimentos, responsável pelo preparo das refeições, número de refeições/dia, tempo de intervalo entre uma refeição e outra, quantidade de alimento ingerido, se alimentação monótona ou diversificada, se existe horta em seu domicílio, se os alimentos são

comprados no mercado do bairro ou na feira, sedentarismo, se havia hábito de dormir logo após as refeições, etilismo, tabagismo, presença de desconfortos gastrointestinais, entre outros.

No que concerne este processo, é possível afirmarmos que a falta de conhecimento básico de fisiopatologia de HAS/ DM ou até mesmo de fisiologia do corpo humano, interferem diretamente sobre o seu autocuidado, por que uma informação A ou B fornecida pelo profissional não tem um significado real para o usuário, pois não foi possível conectar a sua necessidade em saúde com a orientação que lhe foi dada. Uma prática assistencial que apresenta comunicação truncada e não valoriza aspectos subjetivos, está fadada a falhas na adesão ao tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde, a alimentação é mais que a ingestão de nutrientes. A alimentação está inserida em diferentes contextos socioculturais e o preparo das refeições passa por diversos aspectos como: informações sobre as propriedades nutricionais de cada grupo alimentar, custo, oferta, habilidades culinárias, tempo, publicidade, entre outros aspectos e o padrão de consumo alimentar da população tem ligação ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2014). Nesse sentido, o cuidado em saúde diferenciado, mostra-se mais resolutivo quando se busca contemplar as diferentes variáveis que o integram.

Por meio desta pesquisa, identificamos algumas concepções importantes dos usuários acerca de sua saúde e do serviço. O usuário não se identifica como protagonista de seu processo saúde-doença e a sua percepção de saúde está relacionada, por vezes, à ausência de doenças ou complicações, acesso à consulta médica especializada, uso de medicamentos e realização de exames.

Quanto o serviço, a maioria dos sujeitos mostrou-se descrente de que sua participação no controle social do SUS, exercido por meio das reuniões de Conselho Local de Saúde, seria capaz de provocar mudanças em prol da comunidade. Percebemos, a partir da consulta de enfermagem, das prescrições de enfermagem e dos registros em diário de campo, que o usuário, ainda se sente oprimido dentro de seu próprio território e tem dificuldade de organizar-se socialmente para lutar por demandas de saúde coletivas porque ainda se depara com a imagem de um serviço que opera de uma forma quase pronta.

Os sujeitos da pesquisa foram capazes de realizar readaptações de pouco ou nenhum impacto financeiro sobre suas rendas mensais e que agregou maior qualidade de vida aos mesmos e seus familiares. Houve boa aceitação do usuário a respeito deste modelo diferenciado de consulta de enfermagem, impacto positivo sobre o autocuidado e empoderamento destes quanto à aplicabilidade das prescrições.

Ao encontro da discussão provocada pela pesquisa sobre potenciais de saúde, Jean Watson (2002) aponta para uma necessidade de mudança ontológica profunda que nos desperte para a transformação e valorização do nosso ser, visando superar a dimensão arquetípica da enfermagem

distorcida e reprimida nos dias atuais pelo pensamento pós-moderno. Sendo assim, a consulta de enfermagem, representa uma necessidade social, pois reflete as necessidades do usuário para além do aspecto biológico, tendo em vista o bem-estar biopsicossocial (VANZIN,1996).

9.3.3 Considerações finais

O desenvolvimento deste estudo foi de grande importância porque nos permitiu ter uma visão mais ampliada das necessidades de saúde dos sujeitos, aprimorar o canal de comunicação com os mesmos e fortalecer o vínculo.

Embora o usuário não consiga estimar o impacto do trabalho desenvolvido por meio dos potenciais de saúde, houve boa aceitação e adesão à consulta de enfermagem no modelo proposto.

As dificuldades encontradas na execução desta pesquisa referem-se ao ineditismo deste estudo, à forte influência do modelo biomédico e ao tempo limitado do enfermeiro diante da realidade do serviço de saúde. Embora a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) esteja prevista em lei, as dificuldades de sua implantação nos diferentes níveis de atenção, deve-se em grande parte, à influência do modelo biomédico nas rotinas dos serviços de saúde. Deste modo, é importante que o enfermeiro busque conduzir suas ações norteadas pelo metaparadigma da profissão, resgatando sempre a evolução histórica da Enfermagem e suas Teorias.

Este estudo poderá contribuir para a reflexão e proposição de novas práticas em saúde, no que tange o cuidado de enfermagem, a fim de dinamizar a interação profissional de saúde-usuário-família-comunidade. E ainda, despertar a atenção dos profissionais para processos de trabalho centrados no usuário, a fim de que as ações em saúde sejam mais resolutivas e eficientes.

Trabalhar com os potenciais de saúde é abrir mão do biopoder e do poder da biomedicina e incluir clientes usuários famílias e comunidades nos planos terapêuticos. Ao fazer isso automaticamente abrimos um espaço de participação e de inclusão, onde estas pessoas possam ser agentes participativos e protagonistas da sua existência dos seus modos de vida e da sua saúde.

Nós profissionais de Saúde e principalmente nós enfermeiros que estamos presentes institucionalmente praticamente nas 24 horas do dia, devemos zelar para que um estado de cuidado mais humanizado em uma visão mais humanística possa ser empreendido junto a estas pessoas minimizando os riscos sociais, afetivos e emocionais aos quais estes sujeitos possam ficar expostos.

Entender a enfermagem de forma existencial humanística, onde as potencialidades das pessoas são valorizadas, é uma forma de revisitar as práticas de enfermagem migrando de uma lógica funcionalista para uma lógica interacionista, onde o que conta é a teia e a rede de relações construídas entre a enfermeira a sua equipe e seus clientes usuários famílias e comunidades

A enfermagem também termina por ser empoderada, uma vez que relativizando o seu poder, ela encontra estratégias assistenciais mais humanas que correspondem as demandas de vida e de existência destas pessoas

A teoria dos potenciais de saúde de enfermagem é uma porta aberta por onde usuários entram, participam atuam, opinam, debatem e são coadjuvantes no seu processo de vida no seu processo de adoecimento de recuperação de reabilitação e por que também não dizer de morte

Os estudos desenvolvidos mostraram que existe também uma certa satisfação da enfermeira ao trabalhar com a teoria de enfermagem dos potenciais de saúde, uma vez que na correspondência das demandas dos usuários em seus próprios contextos exercendo a enfermagem fenomenológica, a enfermeira se torna parceira se torna uma peça fundamental, uma chave muito significativa e importante para essas pessoas onde o vínculo a comunicação e a relação terapêutica se torna um elemento fundamental para a prática de uma enfermagem centrada no sujeito e nas ruas reais demandas

Percebe-se nas pesquisas realizadas que a enfermeira acredita nos potenciais de saúde. Percebemos também que ao aplicar a teoria de enfermagem dos potenciais de saúde as enfermeiras se sentem mais empoderadas, com mais autonomia dando respostas reais as necessidades dos usuários e clientes resolvendo questões não apenas ligadas a doença, mas também, dando resposta aos determinantes sociais da saúde e da doença

Um outro elemento que se percebe tanto na teoria em si quanto nos estudos realizados é que de posse desse empoderamento e dessa valorização dos potenciais de saúde, a enfermeira encontra uma maior autonomia de trabalho que abre espaços para que ela encontre as condições adequadas

ideais para o exercício profissional com qualidade, mas acima de tudo com reforço do seu profissionalismo como autonomia e a gestão das suas próprias atitudes terapêuticas

Dessa forma, os estudos realizados nos mostram a eficiência desta proposta teórica que vai ao encontro também de elementos fundamentais das políticas de saúde vigentes hoje no Brasil, se pensarmos na lei 8.142 e na lei 8080 onde elementos como a humanização a participação a solidariedade possam destacar a enfermagem como uma profissão autônoma como uma ciência nova ainda em construção, e como uma disciplina que avança mais e mais a cada dia em direção aos preceitos do cuidado integral do trabalho em equipe e dá atenção multiprofissional e interdisciplinar

Por fim reiteramos que esta experiência não está concluída aqui. Novos estudos novas pesquisas novas experiências e novas práticas precisam ser desenvolvidas no sentido de garantir a ampliação da compreensão dos metaparadigmas e dos conceitos subjacentes a essa teoria, como uma forma de termos mais um instrumento genuinamente brasileiro voltado para as nossas condições epidemiológicas, voltados para as nossas políticas de saúde e principalmente para o perfil da nossa sociedade

Assim sugerimos que outros pesquisadores, estudantes, enfermeiros assistenciais e docentes possam utilizar este conhecimento para a ampliação de novas possibilidades da administração da assistência de enfermagem e também para que possam colaborar no sentido de amadurecimento e fortalecimento dos conhecimentos já aqui descritos e experienciados.

Esperamos que a experiência aqui descrita, vivida e pesquisada, possa ser um ponto de partida para mais uma proposta inovadora e empreendedora da enfermagem brasileira como uma forma de humanizar enfermeiros e clientes e também como uma forma de ser mais uma iniciativa de experienciarmos o trabalho da enfermagem como uma forma de prazer, como uma forma de prática centrada em seu próprio sentido, como maneira do enfermeiro estar com o mundo colaborando com as mudanças e as transformações necessárias para que cada vez mais a enfermagem seja reconhecida como a profissão tão importante que é, e onde ela possa encontrar o seu espaço autônomo de profissionalismo e de construção de práticas mais assertivas e mais adequadas a satisfação profissional estimulando na sociedade e despertando o interesse pela profissão.

Assim é esperado que com esta experiência, conhecimentos, saberes e práticas, conceitos e valores, os enfermeiros e pacientes possam encontrar juntos um caminho onde o ser saudável seja a grande estrela do cenário do sistema de saúde

- ANDERSON, Perry. *As Origens da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ED. 2021
- ALVES, M.S. *Teoria de Enfermagem dos Potenciais de Saúde*. Fundação Biblioteca Nacional / Escritório de Direitos Autorias sob o número 592.285, Livro 1.133 – Folha 174 – 2013
- Alves, Marcelo da Silva e Bertocchi, Fernanda Martins. *Concepções Sobre Potencial de Saúde na Cultura de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde*. Monografia de conclusão de curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, 2015.
- ALVES, MARCELO DA SILVA E LIMA, ANA CAROLINA DE PAULA. *O Potencial de Saúde Sob a ótica da Consulta de Enfermagem*. Trabalho de Conclusão de Curso de Residência em Saúde da Família. UFJF. Faculdade de Enfermagem. 2017
- ALVES, Marcelo da Silva e PEREIRA, Ana Paula Nogueira. *Potenciais de Saúde mais prevalentes levantados em consulta de enfermagem à saúde da mulher e do usuário hipertenso/diabético na Atenção Primária à Saúde–Trabalho de Conclusão de Curso de Residência em Saúde da Família*. UFJF. Faculdade de Enfermagem. 2017
- Alves, Marcelo da Silva. “The Potential of Health as a Theoretical Framework For Nursing” in *Health and Medicine: Care and Discoveries*. Editora Sevens Internacional . 2023. Chapter 30.
- CAPONI, Sandra. *Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2000
- COLETTE, Jaques. *Existencialismo*. Porto Alegre, RSL&PM, 2009
- MERHY, Emerson Elias. *Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf> ACESSADO EM 24/01/2013
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.
- GEORGE, Julia B. (Org). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2015.
- KOSIC, Karel. *Dialética do Concreto*. 2ª ED, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2011
- Liss, Per-Erik. *Hard choices in public health: the allocation of scarce resources* *Scand J Public Health March 2003 31: 156-157*,
- MAFFESOLI, Michel. *O tempo Retorna. Formas elementares da pós-modernidade*; tradução de Teresa Dias Carneiro; revisão técnica de Abner Chiquieri – Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2012
- MASLOW, H. ABRAHAM. *Introdução à Psicologia do Ser*. 2ª ED. Eldorado Tijuca LTDA, Rio de Janeiro. 1962
- McEWEN, Melaine. *Bases Teóricas para a enfermagem*. 2ª ED. Porto Alegre: Artmed, 2021.

MELEIS, Afaf. *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, p.247-254: Josephine Paterson and Loretta Zderad.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec –Abrasco, 2014.

NUNES, Everardo Duarte. *Sociologia da Saúde: Histórias e Temas*. In *Tratado de Saúde Coletiva / Gastão Wagner de Souza Campos...(ET AL)* – São Paulo: Hucitec; Riode Janeiro: Fiocruz, 2006

OLIVEIRA, Maria Emilia. E BRUGGEMANN, Odaléia Maria. *Cuidado Humanizado: Possibilidades e Desafios para a Prática de Enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

TEIXEIRA, João Marques – *Saúde mental nas prisões*. Disponível em http://www.saude mental.net/pdf/vol7_rev2_editorial.pdf

Trentini M. Paim, L. An innovative approach to promote a health lifestyle for persons with chronic conditions in brazil. In: AB, and Hofmann G. editors. *Life style and health research progress* Turley. Nova biomedical Books. New York. 2008. P. 251-72.

Trentini M. Paim, L. *Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*. Insular 2004, Florianópolis. EDITORA iNSULAR
TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1 ed. 15 reimp. São Paulo: Atlas, 2017.

WATSON, Jean. *Enfermagem Pós Moderna e Futura: Um novo Paradígma da Enfermagem*. Lisboa. Lusociência,

COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM (Sugestão)

TEORIA DO POTENCIAL DE SAÚDE

PACIENTE:	SEXO:	IDADE:
PROFISSÃO:	OCUPAÇÃO:	
ESCOLARIDADE:	NATALIDADE:	
ESTADO CIVIL:	RELIGIÃO:	

PESQUISA DOS POTENCIAIS DE SAÚDE

1-POTENCIAIS DE SAÚDE ESSENCIAIS:				
PROCESSO ENVOLVIDO: REGULAÇÃO ANATOMO- FISIOLOGICA	Potencial Presente PP	Potencial Parcialmente Presente PPP	Potencial Ausente PA	HIPÓTESE /QUESTÃO CLÍNICA/PRESCRIÇÃO EM ACORDO COM OS PRESSUPOSTOS DO REFERENCIAL TEÓRICO
Regulação da Temperatura Corporal Manutenção da temperatura corporal entre 36 a 37 graus centígrados				
Regulação da Respiração Expansão torácica espontânea com média de 18 a 20 movimentos respiratórios				
Regulação da Pressão Arterial Manutenção da tensão arterial em torno de 120X80 MMHG				
Regulação do Ritmo Cardíaco Manutenção da Frequência cardíaca entre 75 a 95 BPM				
Regulação da Função Intestinal Frequência da eliminação intestinal diariamente, de cor característica, aspecto sólido/pastoso e odor fisiológico				
Regulação da Eliminação Urinária Frequência da eliminação urinária diariamente (aproximadamente 1,5 a 2 litros /dia), de cor característica, aspecto translúcida e sem odor				
Regulação da Digestão Ingestão alimentar diária regular (mínimo de três refeições diárias) sem apresentar sintomas, desconfortos, vômitos, náuseas e flatulências				

Regulação do Fluxo Menstrual Apresentação de fluxo menstrual mensal, contínuo e controlado, sem ocorrências de dores ou outros desconfortos que impeçam o desempenho de atividades cotidianas				
Regulação da Eliminação Seminal Eliminação seminal indolor, com odor característico durante a ejaculação de aspecto esperado				
Regulação do Retorno Venoso Ausência de edemas de MMSS e MMII, e outros edemas de extremidades, independente de atividades físicas e/ou repouso.				
Regulação da Sudorese Corporal Sudorese apropriada à temperatura ambiental e a outras condições emocionais de ansiedade				
Regulação da vascularização Corporal Apresentação de preenchimento vascular nas extremidades após pressão local, ausência de cianose e edema focalizado				
Regulação da Mobilização Corporal Capacidade de locomover-se o suficiente para desempenhar as atividades cotidianas, incluindo o desempenho do cuidar de si e do ambiente				
Regulação da Sensibilidade Tátil Presença de percepção tátil capaz de identificar objetos mesmo não estando ao alcance da visão				
PROCESSO ENVOLVIDO: REGULAÇÃO DAS ATIVIDADES PSÍQUICAS E EMOCIONAIS	Potencial Presente PP	Potencial Parcialmente Presente PPP	Potencial Ausente PA	
Regulação da Percepção Capacidade de auto e hétero percepção, incluindo o ambiente, e orientação no tempo e no espaço				

Regulação do Humor Humor apresentado de forma compatível com os comportamentos normalmente esperados e situações cotidianas enfrentadas				
Regulação da Estrutura e Forma do Pensamento Coerência do pensamento lógico que deve apresentar início, meio e fim com conclusão das idéias centrais –ausência de delírios e alucinações				
Regulação do Medo/Ansiedade Apresentação dos sinais normalmente esperados em condições adversas de medos e ansiedade que não prejudiquem as atividades existenciais necessárias				
Regulação de Atividades de Lazer Realização de atividades de lazer e outras atividades que ofereçam prazer, relaxamento e descontração, sem prejudicar as atividades existenciais cotidianas				
Regulação de Sentimento de Mais Valia Apresentação de comportamento positivo, idealista, de valorização pessoal e interpessoal que seja compatível com a realidade do indivíduo				
Regulação de Afeto a Pessoas Significativas Expressão de sentimentos positivos em relação a pessoas de estreito relacionamento e/ou significativas				
Regulação de Atividades Laborativas Capacidade de desenvolver as atividades laborais de forma contínua, produtiva e orientada ao processo de trabalho pretendido				
Regulação da Comunicação verbal Apresentação de comunicação escrita e/ou falada de forma compreensível e coerente				

Regulação da Comunicação Não-Verbal Expressão de dados comunicativos sem o uso estrito e efetivo da linguagem falada e/ou escrita de forma coerente e identificável				
Regulação da Comunicação Para-Verbal Expressão de dados comunicativos sem o uso estrito e efetivo da linguagem falada e/ou escrita de forma coerente e identificável valorizando a entonação vocal, posturas etc...				
Regulação da Atividade Social e Gregária Apresentação de comportamento social, relacionamento interpessoal ativo, permanente e produtivo para si e para terceiros				
Regulação da Atividade Sexual Expressão de comportamento sexual regular que esteja em acordo com a condição/orientação sexual e disposição afetiva e emocional				

2-POTENCIAIS DE SAÚDE SUPLEMENTARES:				
PROCESSO ENVOLVIDO REGULAÇÃO DAS FUNÇÕES AUTO- DIRIGIDAS	POTENCIAL PRESENTE PP	POTENCIAL PARCIALMENTE PRESENTE PPP	POTENCIAL AUSENTE PA	
Regulação do Auto-Cuidado Capacidade de auto cuidar-se o suficiente para o viver cotidiano				
Regulação do Auto-Controle Capacidade de exercer de forma crítica e consciente o auto-controle em situações extremas e de crise				
Regulação da Auto-Realização Exercício de atividades que promovam o auto-conhecimento, as relações sociais e o aprimoramento e o auto conhecimento				
Regulação da Capacidade de Auto-Transformação Abertura para modificar comportamentos, atitudes e rotinas já cristalizadas em seu cotidiano				

Regulação do Potencial de Participação Capacidade de se relacionar com o objetivo de socializar com outros indivíduos para alcance de objetivos coletivos				
PROCESSO ENVOLVIDO REGULAÇÃO DAS FUNÇÕES HETERO-DIRIGIDAS	POTENCIAL PRESENTE PP	POTENCIAL PARCIALMENTE PRESENTE PPP	POTENCIAL AUSENTE PA	
Regulação da Capacidade de Aprendizagem Capacidade de aprender novas atitudes, comportamentos, e atividades comuns ao cotidiano existencial				
Regulação da Capacidade de Aceitação Demonstração de disponibilidade de aceitar as condições adversas relacionadas a si e aos outros sem que tal atitude interfira no desenvolvimento de suas atividades do dia-a-dia				
Regulação da Capacidade de Decisão Demonstra capacidade de opinar, escolher, decidir e inferir em seu futuro e vida cotidiana				
Regulação da Capacidade de Adaptação Capacidade de se adaptar a situações normalmente não esperadas de forma crítica e reflexiva sem que tal adaptação interfira em seu viver cotidiano				
OUTROS PROCESSOS ENVOLVIDOS / PERCEBIDOS	POTENCIAL PRESENTE PP	POTENCIAL PARCIALMENTE PRESENTE PPP	POTENCIAL AUSENTE PA	

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO: _____

REALIZAÇÃO:

SEVEN
publicações acadêmicas

ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.