

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Wilson Denadai

**TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM PARA ATENÇÃO
À SAÚDE MENTAL**

Rio de Janeiro

2016

Wilson Denadai

**TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM PARA ATENÇÃO
À SAÚDE MENTAL**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Concepções Teóricas, Cuidados Fundamentais e Tecnologias na Enfermagem do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE)

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão.

Rio de Janeiro

2016

D391t Denadai, Wilson
Teoria de Médio Alcance de Enfermagem Para
Atenção à Saúde Mental / Wilson Denadai. -- Rio de
Janeiro, 2016.
131 f.

Orientador: Marcos Antônio Gomes Brandão.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Teoria de Enfermagem. 2. Modelos de
Enfermagem. 3. Saúde Mental. I. Antônio Gomes
Brandão, Marcos, orient. II. Título.

Wilson Denadai

**TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM PARA ATENÇÃO
À SAÚDE MENTAL**

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 2016.

Aprovada por:

Prof^o. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão - Presidente

Prof^o. Dr^o. Antônio Marcos Tosoli Gomes - 1^a Examinador

Prof^a. Dr^a. Cândida Caniçali Primo - 2^a Examinadora

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Santos de Andrade Martins- 3^a Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Perez - 4^a Examinadora

Prof^o. Dr^o. Rafael Celestino da Silva – Suplente

Prof^a. Dr^a. Marluci Miguel de Siqueira – Suplente

Rio de Janeiro

2016

À **Valter Denadai** e **Angelina Dorigeto Denadai**, meus pais amados.

À **Gabriel Denadai**, meu filho amado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof.^a Dr.^a Maria Helena Costa Amorim que junto com outros queridos colegas e amigos professores, viabilizaram este doutoramento.

À Prof.^a Dr.^a Márcia de Assunção Ferreira que de igual modo, abraçou todo o processo que agora se conclui.

Ao professor Prof.^o Dr.^o Marcos Antônio Gomes Brandão por sua dedicação, cordialidade e compartilhamento do seu notório saber durante todo o processo. A você, minha admiração.

AGRADECIMENTOS

Deixo registrados aqui meus sinceros agradecimentos às pessoas que de diferentes formas contribuíram para este momento: Valter Denadai Junior, Suely Denadai; Newton Denadai; Nívea Denadai; Fernando Vicentini; Carlos Roberto Fernandes; Ises dos Santos Queiroz; Rodrigo Alves Faria; Geferson Palaoro; Reinaldo Ferreira Cardoso.

Aos colegas de Doutorado.

Ao Departamento de Ciências da Saúde UFES/CEUNES, especialmente aos colegas que contribuíram para que fosse possível a dedicação necessária para o desfecho exitoso.

Desejo a todas as pessoas que de alguma forma compartilharam do processo se sintam alcançadas por meu agradecimento.

RESUMO

Wilson Denadai. **Teoria de Médio Alcance de Enfermagem para Atenção à Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introdução: A pesquisa pressupõe a necessidade de se realizar o cuidado de enfermagem por meio de um modelo que permita a abordagem antimanicomial, integral e multiprofissional sem prescindir da perspectiva disciplinar. Tem como objetivo geral: propor uma teoria de médio alcance de enfermagem para a saúde mental sustentado em Imogene King (1981) e nos aspectos conceituais e filosóficos do Sistema Único de Saúde. São objetivos específicos: analisar o modelo conceitual e elementos da Teoria de Alcance de Metas de King (1981); analisar o modelo conceitual e filosófico subjacente ao Sistema Único de Saúde (SUS); relacionar os modelos analisados de King e SUS; propor um modelo conceitual para a enfermagem em atuação na Saúde Mental. Foi utilizado como marco teórico o sistema conceitual e a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King (1981), os textos do SUS, a análise e a avaliação do conhecimento contemporâneo de enfermagem de Fawcett (2005) e o instrumento heurístico de Gowin (1984) como ferramenta desveladora/desempacotadora do conhecimento. O método consistiu em um estudo teórico de natureza analítica de abordagem qualitativa. Foi realizada a análise de modelos conceituais de enfermagem proposta por Fawcett (2005) e a análise do conhecimento proposto por Gowin (1984). Os resultados mostraram a viabilidade de construir um modelo conceitual de enfermagem orientado para a saúde mental alinhando-se aspectos disciplinares e não disciplinares. Verifica-se que tanto King como SUS apresentam: motivação humanizada, abordagem fundada na interação e na integralidade, teorias e princípios que se complementam, conceitos convergentes, registros e transformações congruentes e complementares. Conclusão, o trabalho em tela propõe um novo modelo conceitual assentado no conceito de *vínculo transacional*, mais que isso, produz elementos para uma nova teoria de médio alcance que busca contribuir para a prática da Enfermagem mais holística, alinhada aos conhecimentos disciplinares e extradisciplinares no âmbito da saúde mental.

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem; Modelos de Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Saúde Mental; Abuso de Drogas

ABSTRACT

Wilson Denadai. **Nursing Medium-Sized Theory of Attention in Mental Health**. Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate Nursing) - Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introduction: The research presupposes the need to perform the nursing care through a model that allows the antimanicomial approach, integral and multiprofessional without dispensing with the disciplinary perspective. It has as general objective: to propose a theory of medium reach of nursing for the mental health sustained in Imogene King (1981) and in the conceptual and philosophical aspects of the Unified Health System. The specific objectives are: to analyze the conceptual model and elements of the Goal Scope Theory Of King (1981); to analyze the conceptual and philosophical model underlying the Unified Health System (SUS); To relate the analyzed models of King and SUS; to propose a conceptual model for nursing in action in the mental health. It was used as conceptual framework the conceptual system and the Imoógene King's Goals Reach Theory (1981), the texts of SUS, the analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge of Fawcett (2005) and the heuristic instrument of Goiwin (1984) as an unveiling / unpacking tool of knowledge. The method consisted of a theoretical study of an analytical nature with a qualitative approach. The analysis of conceptual nursing models of Fawcett (2005) and the knowledge analysis proposed by Gowin (1984) were performed. The results showed the feasibility of constructing a conceptual model of nursing oriented to mental health aligning itself with disciplinary and non-disciplinary aspects. It is verified that both King and SUS present: humanized motivation, an approach based on interaction and integrality, theories and principles that complement each other, congruent concepts, records and transformations congruent and complementary. Conclusion, the work on canvas proposes a new conceptual model based on the concept of transactional link, more than that, produces elements for a new medium-range theory that seeks to contribute to the practice of more holistic nursing, aligned with disciplinary and extra disciplinary knowledge in the scope of mental health.

Keyword: Nursing Theory; Nursing Models; Unic Health System; Mental health; Drug Abuse.

RESUMEN

Wilson Denadai. **Teoría de enfermería Medio Alcance de Atención en Salud Mental**. Río de Janeiro, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2016.

Introducción: La investigación implica la necesidad de realizarse los cuidados de enfermería a través de un modelo que permite el abordaje antimanicomial, integral y multiprofesional, sin renunciar a la perspectiva disciplinaria. Su objetivo general: proponer una teoría de medio alcance de la enfermería de salud mental sostenida en Imogene King (1981) y en los aspectos conceptuales y filosóficos del Sistema Único de Salud. Son los objetivos específicos: Analizar el modelo conceptual y elementos de la Teoría de Alcance de Metas de King (1981); analizar el modelo conceptual y filosófico subyacente al Sistema Único de Salud (SUS); relacionar los modelos analizados de King y SUS; proponer un modelo conceptual para la enfermería en actuación en el salud mental. Se utilizó como marco teórico el sistema conceptual y la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King (1981), los textos del SUS, la análisis y la evaluación del conocimiento contemporáneo de la enfermería de Fawcett (2005) y el instrumento heurístico de Goiwin (1984) como herramienta desveladora/desempacotadora del conocimiento. El método consistió en un estudio teórico de naturaleza analítica de enfoque cualitativo. Se realizó un análisis de los modelos conceptuales de enfermería Fawcett (2005) y el análisis del conocimiento propuesto por Gowin (1984). Los resultados demostraron la viabilidad de construir un modelo conceptual de enfermería orientado para el salud mental alineándose aspectos disciplinarios y no disciplinarios. Parece que tanto King como SUS presentan: motivación humanizada, enfoque basado en la interacción y en la integralidad, teorías y principios que se complementan entre sí, conceptos convergentes, registros y cambios congruentes y complementarios. Conclusión, el trabajo en cuestión propone un nuevo modelo conceptual sostenido en el concepto de *relación transaccional*, más que eso, produce elementos para una nueva teoría de medio alcance que busca contribuir a la práctica de enfermería más holística, alineada a los conocimientos disciplinarios y extradisciplinarios en el ámbito del salud mental.

Descriptores: Teoría de enfermería; modelos de enfermería; Sistema Único de Salud; Salud mental; Abuso de Drogas.

RÉSUMÉ

Wilson Denadai. **Théorie Medium Nursing Atteindre Attention en santé mentale**. Rio de Janeiro, 2016. Thèse (Doctorat en sciences infirmières) - Anna Nery Nursing School, Université fédérale de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introduction: La recherche présuppose la nécessité d'effectuer les soins infirmiers à travers un modèle qui permet l'approche antimanicomiale, intégrale et multiprofessionnelle sans dispenser la perspective disciplinaire. Il a pour Son objectif général: proposer une théorie de milieu de gamme de soins infirmiers pour la santé mentale soutenue dans Imogene King (1981) et les aspects conceptuels et philosophiques du Système unifié de santé. Les objectifs spécifiques sont : analyser le modèle conceptuel et les éléments de la théorie de l'objectif de King (1981); Analyser le modèle conceptuel et philosophique sous-jacent le Système unifié de santé (SUS); Lier les modèles analysés de King et SUS; Proposer un modèle conceptuel pour l'infirmière en action dans la santé mentale. Il a été utilisé dans le cadre conceptuel au système conceptuel et à la théorie des objectifs du Roi d'Imoógene (1981), aux textes du SUS, à l'analyse et à l'évaluation de la connaissance infirmière contemporaine de Fawcett (2005) et de l'instrument heuristique de Goiwin comme un dévoilement/ Déballage d'outils de connaissance. La méthode consistait à une étude théorique de la nature analytique avec une approche qualitative. L'analyse de contenu des modèles infirmiers proposée par Fawcett (2005) et l'analyse des connaissances proposée par Gowin (1984) ont été réalisées. Les résultats ont démontré la faisabilité de construire un modèle conceptuel de soins infirmiers orienté vers la santé mentale en s'alignant sur des aspects disciplinaires et non disciplinaires. Il est vérifié que le King et le SUS présentent: une motivation humanisée, une approche basée sur l'interaction et l'intégralité, des théories et des principes qui se complètent, des concepts congruents, des enregistrements et des transformations identiques et complémentaires. Conclusion, le travail sur toile propose un nouveau modèle conceptuel basé sur le concept de lien transactionnel, plus que ça, produit des éléments pour une nouvelle théorie à moyenne portée qui cherche à contribuer à la pratique de l'allaitement plus holistique, aligné sur les connaissances disciplinaires et extradisciplinaires Dans le cadre la santé mentale.

Mots-clés: Théorie des soins infirmiers; Modèles de soins infirmiers; Unic Système de santé; La santé mentale; Drug Abuse.

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AIH	Autorizaoes de Internacao Hospitalar
AIS	Aoes Integradas de Sade
CAPS AD	Centro de Atencao Psicossocial: Alcool e Drogas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdencia Social
INPAD	Instituto Nacional de Políticas Alcool e Drogas
NUCLEARTE	Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem
OMS	Organizaao Mundial de Saúde
ORGN	Registro de Enfermagem Orientado a Meta
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema nico de Saúde
TECCONSAE	Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepcoes para a Sistematizaao da Assistência de Enfermagem

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ESTRUTURA HOLÁRQUICA DO CONHECIMENTO CONTEMPORÂNEO DA ENFERMAGEM (FAWCETT, 2005).....	27
FIGURA 2 - DINÂMICA DA INTERAÇÃO DOS SISTEMAS (KING, 1981)	34
FIGURA 3 - PROCESSO DAS INTERAÇÕES HUMANAS (KING, 1981)	35
FIGURA 4 - ESQUEMA DO "V" DE GOWIN (1984)	43
FIGURA 5 - RESUMO DA SÍNTESE DOS CONHECIMENTOS CONTIDOS EM KING E SUS	99
FIGURA 6 - VÍNCULO TRANSACIONAL COMO EVENTO DE INTERAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS. .	116

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DAS ORIGENS E MOTIVAÇÕES DOS MODELOS DE KING E SUS	81
QUADRO 2 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DAS SINGULARIDADES DOS MODELOS DE KING E SUS	82
QUADRO 3 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DAS FILOSOFIAS DOS MODELOS DE KING E SUS	82
QUADRO 4 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DAS TEORIAS DOS MODELOS DE KING E SUS	84
QUADRO 5 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DOS PRINCÍPIOS DE KING E SUS	86
QUADRO 6 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DOS CONCEITOS DE KING E SUS	88
QUADRO 7 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DOS EVENTOS DE KING E CAPS AD	94
QUADRO 8 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DOS REGISTROS DE KING E CAPS AD	96
QUADRO 9 - RESUMO DA ANÁLISE E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DAS TRANSFORMAÇÕES EM KING E CAPS AD	97
QUADRO 10 - ASSERÇÕES DO CONHECIMENTO E AFIRMATIVAS RELACIONAIS DE KING E SUS	98
QUADRO 11 - ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DOS CONCEITOS SINTETIZADOS NA ESTRUTURA DA TAXONOMIA III DA NANDA.....	112

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE ESTUDO.....	14
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO	16
1.3 OBJETO DE ESTUDO	20
1.4 OBJETIVOS	24
1.4.1 Objetivo Geral.....	24
1.4.2 Objetivos Específicos.....	24
1.4.3 Relevância do Estudo.....	24
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 ESTRUTURA HOLÁRQUICA DO CONHECIMENTO CONTEMPORÂNEO DA ENFERMAGEM	27
2.2 A TEORIA DE IMOGENE KING.....	30
2.2.1 Modelo Conceitual dos Sistemas Abertos.....	30
2.2.1.1 Sistemas Pessoais.....	31
2.2.1.2 Sistemas Interpessoais	32
2.2.1.3 Sistemas Sociais.....	33
2.2.2 Teoria do Alcance de Metas.....	34
2.2.2.1 Processo de Interação e Transação.....	36
3 MÉTODO.....	38
3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	38
3.2 PROCEDIMENTOS PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3.2.1 Estrutura de Análise de Modelos Conceituais de Fawcett	40
3.2.2 O Diagrama Vê de Gowin.....	41
3.2.3 Proposição de Um Modelo Conceitual de Enfermagem para o CAPS.....	44
4 RESULTADOS.....	45
4.1 ANÁLISE DAS ETAPAS 1 E 2.....	45

4.1.1	Origens e Motivação de Proposição do Modelo de Enfermagem de King.....	45
4.1.2	Origens e Motivação de Proposição do Modelo do SUS	47
4.1.3	Singularidade do Modelo de KING	50
4.1.4	Singularidade do Modelo do SUS	51
4.2	ANÁLISE DA ETAPA 3.....	54
4.2.1	Filosofias de Enfermagem e Perspectiva de King.....	54
4.2.1.1	Visão de Reação	55
4.2.1.2	Visão de Interação Recíproca	56
4.2.1.3	Visão de Ação Simultânea.....	57
4.2.2	Teorias de King.....	57
4.2.3	Princípios do Modelo Conceitual e Teoria de King	59
4.2.4	Conceitos do Modelo Conceitual de King	60
4.2.5	Evento no Modelo Conceitual de King	63
4.2.6	Registros dos Eventos no Modelo Conceitual de King	64
4.2.7	Transformações no Modelo Conceitual de King.....	68
4.2.8	Asserções de Conhecimento do Modelo Conceitual de King	69
4.2.9	Perspectiva Filosófica do SUS	70
4.2.10	Perspectiva Teórica do SUS	71
4.2.11	Princípios do SUS	72
4.2.12	Conceitos do SUS	73
4.2.13	Evento no CAPS	76
4.2.14	Registros no CAPS AD.....	77
4.2.15	Transformações no CAPS AD	78
4.2.16	Asserções de Conhecimento no CAPS AD.....	79
4.3	CONSTRUINDO RELAÇÕES ENTRE OS MODELOS DE KING E SUS.....	81
4.3.1	Domínio Teórico	81
4.3.2	Domínio Metodológico	94
5	APRESENTAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	100
6	CONCLUSÃO	117
7	REFERÊNCIAS	120

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE ESTUDO

Neste tópico inicial da presente pesquisa adotarei uma perspectiva de primeira pessoa e com linguagem narrativa em diversos segmentos por entender ser a melhor forma de expressar a aproximação com a temática de estudo.

Os aspectos relacionados à mente humana sempre me foram intrigantes. Leituras e cursos nessa área sempre fizeram parte da minha vida pessoal e acadêmica. Ao concluir a graduação em enfermagem, busquei me envolver em situações profissionais que incorporassem a educação e a saúde mental.

Uma dessas situações foi a de atuar como preceptor de estágio do ensino técnico de enfermagem no agora extinto Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho; função que desempenhei por alguns anos. Lá, pude observar com muita propriedade os vícios manicomial. Roupas doadas, rasgadas, trapos, nudez, pessoas “presas” em “celas” chamadas enfermarias, relatos de tortura e violência entre os internos, ambiente escuro, úmido, mofo, fumo, fuga, odores de dejetos, superlotação, pessoas institucionalizadas que há décadas não saíam por aquelas grossas portas de ferro guardadas por “guardas”. As pessoas ali permaneciam isoladas, na periferia de uma cidade periférica da região metropolitana da Grande Vitória. Visitas eram raras, a presença dos estudantes era motivo de euforia entre os internos.

O tratamento era fundamentalmente medicamentoso. Muito comum era a imagem de pacientes impregnados de medicamentos, andando como “zumbis” pelos corredores escuros. Ações de humanização eram realizadas pela equipe de enfermagem, mas, se resumiam a eventos isolados.

Naquela ocasião, os estudantes e eu nos fazíamos a seguinte pergunta: “O que a enfermagem poderia fazer para intervir naquela realidade?” A resposta que dei aos estudantes naquela época eu não me lembro. O fato é que não tinha respostas consistentes para oferecer.

Os anos passaram, eu não mais trabalhava com saúde mental. Nesse interstício, setores da saúde mental se mobilizaram e extinguiram os manicômios atroz. Inaugurou-se uma nova forma de se fazer saúde mental.

Meu mestrado em Saúde Pública contribuiu para minha aprovação como professor efetivo na Universidade Federal do Espírito Santo, em um curso de graduação em enfermagem recém-criado no interior do Estado. Novamente me aproximei da educação e da saúde mental.

Agora a realidade era a dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a minha atuação seria voltada a um Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e Drogas (CAPS AD). O ambiente físico do CAPS onde desenvolveria o ofício do ensino consistia de uma grande casa inserida na comunidade. Os portões abertos, sem guardas. As pessoas vestidas e alimentadas adequadamente, como é de se esperar na perspectiva humanista da proposta assistencial.

Como professor de estágio no curso de graduação no campo da Saúde Mental, e mais identificado com a dinâmica de funcionamento do CAPS AD, observei que os membros da equipe multidisciplinar realizavam funções disciplinares da sua área de formação e também realizavam ações multidisciplinares recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Percebi nos demais profissionais que compunham a equipe, uma prática disciplinar e outra não disciplinar, observei também que o profissional Enfermeiro realizava as ações de natureza multidisciplinar como recomendado. Porém, diante da proposta de ação no CAPS e da natureza abrangente da prática de enfermagem, verifiquei que as ações próprias do profissional da enfermagem não pareciam apreender claramente todas as possibilidades de contribuição à disciplina de Enfermagem.

As ações que se destacavam na prática de enfermagem eram de certo modo similares àquelas desenvolvidas na instituição manicomial estando focadas na distribuição e controle dos medicamentos.

Surpreendido com a necessidade dos estudantes incutida na pergunta: “O que o Enfermeiro faz no CAPS AD?”, eu verifiquei que a resposta que dei não convenceu nem a mim mesmo. De fato, parecia tudo muito livre. Cada enfermeiro fazia o que achava mais apropriado, sem um claro norte disciplinar para a sua prática, sem algo que pudesse orientar a ação no serviço ou servir de base para o ensino da saúde mental na enfermagem no âmbito do CAPS AD. Novamente me volta a pergunta das primeiras experiências: O que a enfermagem poderia fazer para intervir naquela realidade?

Assim, ficava a inquietação acerca de como a disciplina de Enfermagem com seu conhecimento próprio estava respondendo a profissão e ao exercício dos enfermeiros naquele cenário.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Para produzir a problematização da presente pesquisa retornar-se-á aos aspectos da problemática de consumo de álcool e drogas no país e a proposta dos CAPS. Posteriormente será construída a relação desses aspectos com o problema de pesquisa.

O uso abusivo de álcool e outras drogas constitui um dos principais problemas de saúde pública do Brasil.

De acordo com o segundo levantamento nacional de álcool e drogas, realizado em 2012 pelo INPAD (Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas), as drogas mais preocupantes são o crack e o álcool, embora o cigarro seja o principal responsável por mortes no país.

O estudo do INPAD (2012) pesquisou uma amostra geral da população urbana e rural de todo território nacional, totalizando 4200 entrevistas. Os resultados apontaram que metade da população acima de 18 anos faz uso do álcool no mínimo uma vez ao ano. Dentre os usuários, 39% faz uso do álcool, 5 ou mais vezes, em um mesmo dia, esta taxa era de 29% em 2006, e mostra o alarmante crescimento do consumo. A prevalência de fumantes em 2006 era de 20,8%, caindo para 16,9% em 2012, mas ainda se mantêm com taxas preocupantes. A substância ilícita mais prevalente foi a maconha, 5,8% dos participantes declarou já ter usado a substância alguma vez na vida. O uso de cocaína, por no mínimo, uma vez na vida apresentou a taxa de 3,8% e o uso de crack de 2,1% .

Os números explicitam a abrangência do uso dessas substâncias, que quando utilizadas de forma abusiva podem causar inúmeras implicações físicas, sociais, psicológicas, econômicas e políticas (BRASIL, 2003a).

Considerando a perspectiva histórica, o uso de drogas no Brasil foi associado à criminalidade e práticas antissociais, inspirando formas de "tratamentos" em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As ações de saúde, no que diz respeito ao uso abusivo de álcool e outras drogas, historicamente foram baseadas em uma prática médica, ou cunho religioso, tendo como principal objetivo a abstinência. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

A ideia de atenção adequada aos usuários de substâncias psicoativas surge por meio da influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada em 1990, com a Declaração de

Caracas, que permitiu que os manicômios psiquiátricos fossem gradualmente substituídos por centros de atenção diária às pessoas necessitadas de atenção psicossocial (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Em 2001, foi garantida por lei, a assistência integral aos usuários dos serviços de saúde mental, relacionados ou não com o uso de drogas. Em 2002, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, tendo como estratégia, a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos. De forma complementar, a Política do Ministério da Saúde para a atenção do usuário de álcool e outras drogas de março de 2003 e ampliada em 2004, garantiu a oferta de serviços de saúde a estas pessoas. Em 2005, definiram-se estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, descritas no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, onde os CAPS AD, Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas, constituíram o serviço responsável para atender a população (BRASIL, 2005).

Neste contexto de avanço histórico o CAPS AD se estabelece como um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Em sua abrangência mais integral de ação, oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, direitos civis, laços familiares e comunitários. Para o alcance dos seus objetivos, dispõe de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, enfermeiros dentre outros (BRASIL, 2005).

Os CAPS AD devem fazer a procura ativa e sistemática das necessidades dos usuários, a serem atendidos de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Os princípios da Reforma Psiquiátrica caminham no sentido da atenção de saúde fundada na Integralidade, que visa a pessoa como um todo indissociável, que deve ser atendida em toda sua complexidade, do nível básico ao especializado, como também a família e comunidade (BRASIL, 2005).

As leis e orientações que dizem respeito à integralidade podem ser encontradas no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) e na Política Nacional de Humanização o “HumanizaSUS” (BRASIL, 2004a).

A integralidade implica em reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativas providas de forma integrada, englobando os sujeitos e suas relações com o ambiente natural e social, não limitando o cuidado ao indivíduo e sim o estendendo a família, comunidade e ao trabalho (BRASIL, 2006), onde a educação em saúde deve ser produtora de um saber coletivo que propicia a autonomia e a emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ *et al.*, 2007).

Centra-se na pessoa como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doente (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA *et al.*, 2011). Traz como exemplo, ações como: apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto do paciente (PINHEIRO; MATTOS, 2009)

Para a enfermagem, a integralidade tem sido colocada como uma parte de uma *imagem-objetivo* que move e tenta indicar um sentido para a transformação da realidade (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA *et al.*, 2011). Essa afirmação implica que a integralidade ainda permanece um desafio para o serviço e principalmente para a enfermagem.

A busca por estudos que englobem a enfermagem e aspectos do cuidado integral nos CAPS mostrou diversos desafios e necessidades, dentre eles: necessidade da ampliação do conhecimento condizente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011); insuficiência da formação do profissional enfermeiro para o desenvolvimento das atividades assistenciais nos Centros de Atenção Psicossocial (SIQUEIRA; OTANI, 2011); necessidade de produção de um corpus conceitual e de práticas que possibilitem mudanças de posição dos trabalhadores na produção de serviços dos CAPS (KIRSCHBAUM, 2009); parte dos enfermeiros que trabalham na Saúde Mental demonstra dificuldade para definir sua função num serviço extra-hospitalar (DIAS; ARANHA; SILVA, 2010); confusão em relação ao papel da equipe de enfermagem enquanto membro da equipe multiprofissional desse serviço (SOARES; VILLELA; BORBA *et al.*, 2011); vários fatores impedem que se efetive um serviço substitutivo às práticas hospitalares (SOUZA; SILVA; BEZERRA *et al.*, 2008); a lógica manicomial ainda permeia as práticas cotidianas do CAPS (ANTUNES; EGRY 2001); necessidade de superar as práticas asilares (KANTORSKI; SOUZA; WILLRICH *et al.*, 2006); o tratamento psiquiátrico está fortemente ligado ao uso do medicamento e ao médico (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003); necessidade de

reestruturação da equipe multidisciplinar para que se efetivem práticas voltadas para os princípios da reforma psiquiátrica (DUARTE, 2012).

Posto esse quadro de desafios e necessidades entende-se que a enfermagem deveria buscar, nas suas ações, tanto a precisão disciplinar como a harmonização com a integralidade, com o movimento da reforma psiquiátrica e com o conseqüente movimento de atuar com conjunto com outras disciplinas e profissões.

Na falta de definições consensuais sobre a natureza da Enfermagem, recorremos ao disposto no Código de Ética da Enfermagem (Resolução COFEN 311/2007) que afirma em seu preâmbulo:

“A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência...”

“... O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética”.

Pode-se presumir que em qualquer serviço de assistência à saúde, o exercício da Enfermagem deverá buscar desenvolver as atividades considerando não exclusivamente a integralidade transdisciplinar, como também deve garantir uma prática que preserve componentes próprios da disciplina que são expressos em conhecimentos e práticas sociais e no agir ético e político.

Portanto, na problematização da presente pesquisa se alcança um ponto de dilema a saber: como garantir na atuação dos profissionais de enfermagem nos CAPS a observância de uma dimensão recortada pela natureza disciplinar sem prescindir do imperativo da ação transdisciplinar?

Posto explicitamente o questionamento problematizador da pesquisa entende-se ser oportuno apresentar o entendimento sobre o conceito de “disciplina” que norteia a presente tese.

Adota-se a definição de Dahnke e Dreher (2011) de que a disciplina é principalmente um campo de estudo, e são os conhecimentos gerados de um conjunto de acadêmicos ou práticos que levam à formação de uma disciplina. Os autores defendem que a enfermagem nasce como uma prática que progressivamente avança para uma disciplina acadêmica. Notadamente uma disciplina acadêmica se constitui por atender a critérios propostos por King e Brownell em 1966 (DAHNIKE; DREHER, 2011, p. 32) sendo eles: (1) ser uma comunidade ou grupo dinâmico especializado; (2) ser uma expressão da imaginação humana; (3) ser um domínio; (4) ter uma história e tradições; (5) dispor de uma estrutura conceitual; (6) possuir

uma estrutura sintática (modo de investigar); (7) possuir uma linguagem especializada ou outro sistema de símbolos; (8) ter uma herança de literatura e uma rede de comunicação; (9) ter um posicionamento de valor e afeto; (10) ser uma comunidade de instrução.

Tais traços comunicam uma singularidade característica das disciplinas acadêmicas, no entanto, para Dahnke e Dreher (2011) a enfermagem seria melhor posicionada sendo uma disciplina prática. Essa compreensão é relevante para a presente pesquisa, pois lida justamente com a questão subjacente ao exercício de enfermagem no CAPS: os imperativos e consequências dos limites disciplinares.

Goncalves e Tavares (2007) defendem a valorização e utilização do cuidado de enfermagem para a promoção da saúde e a sua capacidade de desenvolver um modelo de trabalho de enfermagem autônomo no lidar com usuários de álcool e drogas em atendimento extra-hospitalar. Não obstante em reconhecerem o valor da dimensão dos limites da prática, os mencionados autores reforçam a relevância de privilegiar uma abordagem interdisciplinar dos problemas vivenciados nos locais de trabalho.

Tais aspectos reforçam que há uma indiscutível importância em construir pontes entre as questões disciplinares e as não disciplinares no cuidado de enfermagem.

É pressuposto na presente tese de que a disciplina de enfermagem, já produziu por sua estrutura sintática e estrutura conceitual, modelos teóricos e teorias que permitem a ação de enfermagem sob diferentes orientações “filosóficas”, tanto para uma abordagem biomédica, produtivista e privada, como para uma abordagem integral, humanizada e pública, esta última adequada ao CAPS.

1.3 OBJETO DE ESTUDO

O problema central de investigar a possibilidade de garantir na atuação dos profissionais de enfermagem nos CAPS a observância de uma dimensão recortada pela natureza disciplinar sem prescindir do imperativo da ação transdisciplinar foi progressivamente orientada para focar-se na análise das especificidades, diálogos e nexos “disciplina-transdisciplina”.

Diante desse direcionamento, o objeto de estudo teria de envolver de um lado os conhecimentos disciplinares capazes de orientar a prática de enfermagem e do outro os conhecimentos não-disciplinares de enfermagem que interferem e também modulam essa prática. E dado que a categoria de “conhecimentos disciplinares” e “conhecimentos não-

disciplinares” é abrangente demais para a tarefa analítica e, também, seria dispersivo demais para uma contribuição subsequente para a aplicação da tese, optou-se por recortar ainda mais este primeiro objeto.

A escolha foi por selecionar o constructo de “modelos” dada as suas propriedades representativas. Contudo, uma primeira dificuldade se coloca em relação à perspectiva ontológica do termo modelo. Para a Stanford Encyclopedia of Philosophy, um modelo pode ser referenciado como objeto físico, objetos fictícios, estruturas teóricas, descrições, equações ou a combinação de alguns deles. Além do desafio de definir o que seria um modelo, é igualmente difícil estabelecer a linha que os divide das teorias e, ainda, mais conceituar um modelo conceitual.

Diante de tantas possibilidades e da clara intenção em trabalhar com a perspectiva do conhecimento de enfermagem a escolha foi por se orientar pela concepção de Fawcett (2005) de modelo conceitual como um elemento de uma estrutura holárquica do conhecimento de enfermagem.

Já no campo da saúde o Sistema Único de Saúde pode ser reconhecido como um modelo de atenção em saúde que a depender do nível de análise pode ser mais ou menos abstrato.

Selecionada a análise de modelos cabia a seleção do modelo disciplinar e do modelo transdisciplinar de saúde. Obviamente que pela natureza do objeto o modelo de saúde seria o próprio SUS e seus recortes na atenção em saúde mental para o CAPS AD. Para a seleção do modelo conceitual de enfermagem a escolha foi pelo modelo conceitual de Imogene King segundo as considerações de Fawcett (2005). Assim buscou-se localizar a priori elementos filosóficos que permitiriam a verificação de nexos entre os dois modelos, especialmente porque ambos são sustentados na visão sistêmica da realidade.

A inquietação que motivou a pesquisa veio da necessidade de se propor um modelo teórico que seja adequado para guiar as práticas no CAPS AD. Um modelo que além de sustentar a ação da enfermagem no que lhe é próprio, ou seja, disciplinar, também esteja em harmonia com a integralidade pretendida pelas atuais políticas de saúde. Um modelo com o caráter coletivo, político e social do SUS sem prescindir do caráter disciplinar da enfermagem naquilo que lhe é próprio e pode retornar à sociedade como contribuição.

Entendeu-se que a contribuição deve ser feita a partir do paradigma científico da enfermagem, que com Florence Nightingale, surge como uma nova arte e nova ciência, onde o saber da enfermagem evolui por meio de princípios, métodos científicos e teorias de

enfermagem. Contudo evolui como uma disciplina eminentemente prática avançando para a busca de sistemas de conceitos (SANTO; PORTO, 2006).

Foi nos Estados Unidos, após a década de cinquenta, que os profissionais de enfermagem passaram a receber o título de bacharelado, e isso desencadeou o surgimento das primeiras teorias de enfermagem (THOFEHRN; LEOPARDI, 2002). Dessa forma, a enfermagem concebeu correntes e modelos, entre estes se pode destacar: o modelo religioso, o biomédico, o de marcos conceituais e teorias na tentativa de procurar a natureza específica em relação ao cuidado do ser humano. No Brasil, isto aconteceu em meados dos anos setenta, com os estudos de Vilma de Carvalho e Wanda de Aguiar Horta (SANTO; PORTO, 2006).

O método de atendimento ao enfermo considerado mais antigo é o Método do Cuidado Integral. Nesse método o enfermeiro atendia a todas as necessidades do paciente ao longo do seu turno, contudo, o método trazia uma desvantagem a ser considerada, o custo elevado (MCEWEN; WILLS, 2009).

Com a escassez de recursos de enfermagem ocorrida durante a segunda guerra mundial, o método de cuidado integral ao paciente foi substituído pelo método funcional de prestação de cuidado ao paciente. Este método dá ênfase sobre a divisão do trabalho, as necessidades físicas são atendidas sobre tudo por auxiliares de enfermagem, sendo os enfermeiros responsáveis pelas funções administrativas. O enfoque do método estava no término de determinadas tarefas, em detrimento da satisfação de todas as necessidades do paciente por um enfermeiro, como ocorria no método de cuidado integral (MCEWEN; WILLS, 2009).

Contudo, o atual modelo que surge como desafio para a enfermagem, compreende a ideia de multicausas. Isto significa reconhecer que fatores tais como ecologia, política, espiritualidade, economia, desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, as relações do sujeito com o mundo, com os outros e consigo mesmo (FIGUEIREDO; SANTOS; SOBRAL *et al.*, 1998).

O foco da enfermagem deve estar no cuidado do ser humano com necessidades bio-psico-sócio-espirituais, centrado na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde (VALE; PAGLIUCA, 2011), e ainda considerar a diferença entre “ato” e “ação”, onde o ato consiste em fazer algo preciso, e a ação consiste em empreender algo mais amplo (FIGUEIREDO; CARVALHO; QUELUCI *et al.*, 2005).

Questiona-se o fato do trabalho da enfermagem não conseguir ultrapassar o plano dos atos, em especial, o ato da implementação das prescrições médicas, não alcançando

adequadamente a “ação”, que consiste na função do profissional de enfermagem (FIGUEIREDO; CARVALHO; QUELUCI *et al*, 2005). E mais que isso:

“As atuais exigências de integralidade e humanização expõem as fragilidades da profissão, e expõem que ainda hoje não sabemos como escapar da armadilha histórica que nos atrelou ao paradigma biomédico.”

“É preciso reivindicar, para as (os) enfermeiras (os), os significados específicos do que realmente fazem no âmbito de sua prática de cuidar a qual envolve, além de tudo, o reconhecimento legal/lítimo de ação e de atos de enfermagem”.

Portanto, estudos que possam contribuir para uma enfermagem orientada pela multicausalidade, totalidade/integralidade favorecendo o reconhecimento legal da ação e dos atos, são imprescindíveis à área.

Na busca por referências, necessária à elaboração do plano de pesquisa, o acesso à produção do conhecimento de enfermagem permitiu verificar no modelo conceitual e na Teoria do Alcance de Metas de King (1981), princípios e conceitos harmônicos à prática do enfermeiro no CAPS.

O modelo conceitual e teoria do Alcance de metas de King utiliza fundamentalmente a interação entre o profissional de enfermagem e o cliente, para que seja acordado entre ambos ações de saúde para o estabelecimento e o alcance de metas de cuidado. Nessa abordagem, as pessoas são convidadas a participar das decisões que influenciam suas vidas, diferente da abordagem biomédica, onde o indivíduo é meramente receptor de informações e cuidados (FAWCETT, 2005).

King (1981) trabalha com a visão de mundo de interação recíproca. Acredita que os indivíduos são holísticos em constante interação com o ambiente e com outras pessoas (MCEVEN; WILLS, 2009). Representa o ser humano como sistemas abertos: pessoal, interpessoal e social. Como um ser dinâmico que percebe, pensa, sente, fixa metas e seleciona alternativas para lidar com os mais diversos desafios da vida no sentido do alcance das metas. (KING, 1981, p. 20). King traz uma visão de mundo fundamental na abordagem a pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas, pois estas carecem de uma abordagem de saúde que se fundamente na integralidade, o que King, por meio da interação, parece fazer com propriedade.

Desse modo, torna-se possível defender a importância de ter a estrutura conceitual mais elevada, de uma grande teoria, na proposição de um modelo para o CAPS AD, em especial a de Imogene King, pois o SUS se assenta em ideias como humanização e

integralidade que parecem, à primeira vista, conversar com os conceitos de King (1981) e sua teoria de alcance de metas.

Partindo da inquietação e encontrando em King um caminho seguro para a ação disciplinar alicerçada na integralidade. Identificou-se como objeto de estudo a proposição de um modelo conceitual de enfermagem para o CAPS sustentado em Imogene King.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Propor uma teoria de médio alcance de enfermagem para a atenção à saúde mental sustentado em Imogene King (1981) e nos aspectos conceituais e filosóficos do Sistema Único de Saúde.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Analisar o Modelo Conceitual e a Teoria de Alcance de Metas de King (1981).
- Analisar o modelo conceitual e filosófico subjacente ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Relacionar os modelos analisados de King e SUS.
- Propor teoria de médio alcance para a atuação da Enfermagem na saúde mental.

1.4.3 Relevância do Estudo

A Enfermagem Fundamental consiste naquilo que lhe é mais peculiar e entendido como específico, que exprime e expressa sua distinção como começo de tudo que subsidia sua totalidade. Interessa-se pelas relações entre: "Enfermagem - Fundamentos e Tecnologias"; "Enfermagem e sua História"; "Enfermagem e Introdução à Ciência" e ainda "Enfermagem e Ética Profissional". Dentre os campos de interesse da Enfermagem fundamental, pode-se destacar as teóricas e os modelos (CARVALHO, 2003). Portanto, quando se propõe um modelo conceitual de Enfermagem para o centro de atenção psicossocial sustentado em Imogene King, pretende-se contribuir para o que é fundamental para a Enfermagem, dando sustentabilidade à ciência.

A pesquisa em tela trabalha num campo que lhe é próprio, num contexto de mudança do paradigma da prática manicomial, biomédica e reativa, para uma prática antimanicomial, integrativa e interacionista. Portanto, contribui para a adequação da enfermagem no atual paradigma da saúde pública, especificamente no âmbito do CAPS. Nesse sentido, a proposição de um modelo conceitual propicia orientação disciplinar para a realização da assistência de Enfermagem. Portanto é necessária para a profissão, pois uma vez que o profissional não detiver um norte teórico conceitual assentado na disciplina, corre o risco de perder sua identidade profissional. É necessária ao usuário do serviço, pois com o aprimoramento da perícia do profissional de Enfermagem, o cuidado pode se tornar mais efetivo e condizente com a proposta antimanicomial.

Possibilita que o paciente seja cogestor de sua própria saúde, promovendo sua autonomia sem contudo, perder a proteção que o profissional de Enfermagem deve propiciar no âmbito de sua ação disciplinar. Possibilita que o profissional de Enfermagem desenvolva uma visão sistêmica da realidade, onde um ser humano pertence ao todo, funcionando como um sistema aberto em interação na busca de saúde para todos como direito do cidadão e dever do Estado e dessa forma, promove a cidadania. Promove a utilização da interação emancipadora, visando metas práticas, consensuais, justas e alcançáveis aos indivíduos, família e comunidade. Possibilita que a enfermagem exerça suas funções próprias e singulares de forma harmônica com a multi e transdisciplinaridade exigidas no SUS.

Convoca os profissionais de Enfermagem a superarem a perspectiva funcionalista e reducionista do cuidado, ao mesmo tempo que estimula a ação sob a perspectiva psicossocial que está assentada nos princípios da integralidade. Contribui para dar sustentação ao ensino da enfermagem no âmbito do CAPS, pois ainda não dispõe de propostas conceituais que deem conta da ação disciplinar de Enfermagem em sintonia com a dimensão cidadã exigida no SUS. Contribui para o fortalecimento do Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (TECCONSAE), pois proporciona um novo horizonte de pesquisas assentado na proposição conceitual em tela, fornecendo material teórico para pesquisas futuras de toda ordem, principalmente no sentido de propor teorias, processos e cuidados adequados à disciplina de Enfermagem e aos usuários do CAPS. Mais que isso, a proposta conceitual em tela pode ser incorporada a vários outros serviços oferecidos pelo SUS, pois estes são regidos pelos mesmos princípios que regem o CAPS, necessitando, a grosso modo, principalmente da verificação da adequação do modelo conceitual e teoria de Enfermagem aqui trabalhados, mais que isso, no processo de construção

da pesquisa em tela foi desenvolvido, por meio da adaptação de método e ferramenta de pesquisa, um novo método para análise de modelos, que por si só, já constitui significativa contribuição à ciência da Enfermagem.

Por fim, dá retorno em produção científica ao programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, especificamente ao Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) que despendeu caros recursos para a finalidade primeira, que é a de pensar e oferecer, por meio de construção intelectual, caminhos seguros para a saúde da sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESTRUTURA HOLÁRQUICA DO CONHECIMENTO CONTEMPORÂNEO DA ENFERMAGEM

O estudo da estrutura holárquica, dentre outras utilidades, pretende mostrar que o modelo conceitual e teorias de King se articulam com a Estrutura holárquica do Conhecimento Contemporâneo da Enfermagem, o que o legitima como fonte segura para o referencial teórico.

A Estrutura Holárquica do Conhecimento Contemporâneo da Enfermagem proposta por Fawcett (2005) apresenta cinco componentes hierárquicos segundo o nível de abstração do conhecimento contemporâneo da enfermagem, a saber: (metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teoria e indicadores empíricos. Assim com demonstra a Figura 01.

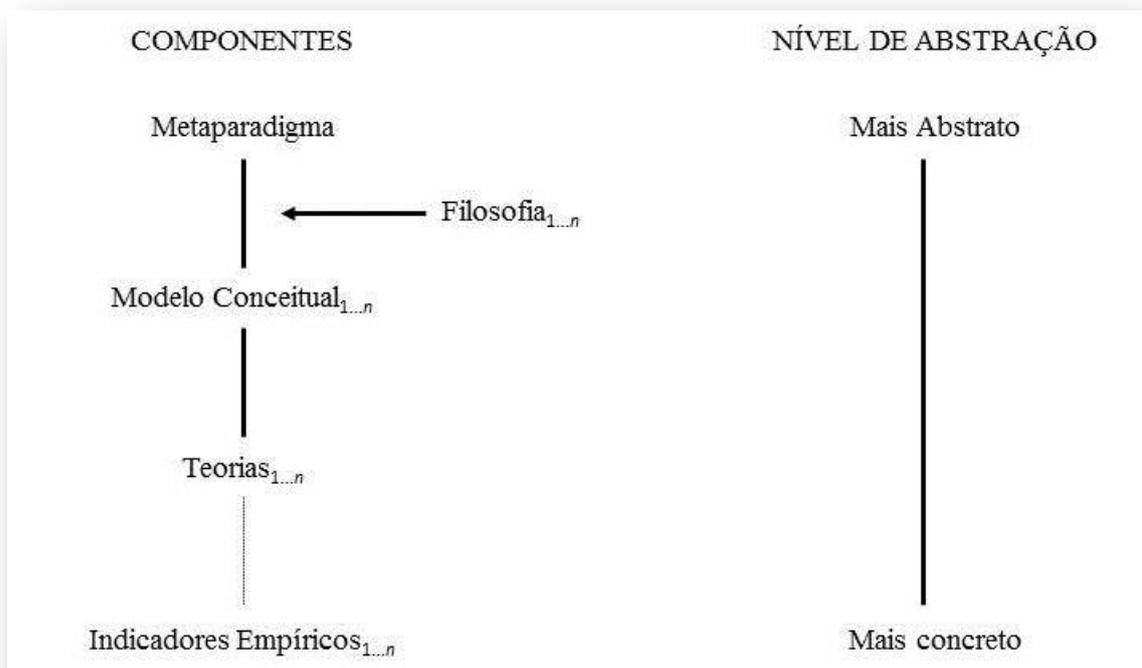


Figura 1 - Estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo da Enfermagem (FAWCETT, 2005).

Metaparadigma é definido como: “o conceito global que identifica o fenômeno de interesse central para a disciplina” (FAWCETT, 2005, p. 04). O metaparadigma representa a visão de mundo de uma disciplina. O metaparadigma da enfermagem abrange os seguintes conceitos não relacionais que consistem em sua visão de mundo (FAWCETT, 2005): Seres

humanos; Ambiente; Saúde; Enfermagem. Para Fawcett (2005), um modelo conceitual, ou teoria deverá dialogar com as proposições relacionais metaparadigmáticas destacadas, caso contrário, não se adequará a sua holárquica.

O conceito de filosofia consiste da:

“A afirmação englobando reivindicações ontológicas sobre o fenômeno de interesse central para a disciplina, reivindicações epistêmicas sobre como determinados fenômenos tornam-se conhecidos, e reivindicações éticas sobre o que os membros de uma disciplina valorizam” (FAWCETT, 2005, p. 11-12).

A filosofia também é conceituada como:

“Declaração de crenças e valores sobre os seres humanos e seu mundo. Uma visão de mundo” (MCEWEN; WILLS, 2009).

Fawcett, (2005) classificada a visão de mundo em três grupos. Visão de reação; Visão de interação; Visão de simultaneidade.

A visão de reação contém elementos da visão mecanicista, persistente, totalitária e de práticas determinísticas. Possui como as seguintes características: Humanos são seres bio-psico-social-espiritual; seres humanos reagem a estímulos de uma forma linear, causal; mudanças ocorrem somente para sobrevivência e como uma consequência de condições previsíveis e controláveis anteriormente; somente fenômenos objetivos e que podem ser isolados, observados, definidos e mensurados são estudados.

A visão de interação relaciona-se a uma visão organísmica/holística, simultânea, de troca, integrativa/interativa. Possui as seguintes características (FAWCETT, 2005):

“Seres humanos são holísticos, as partes são vistas apenas no contexto do conjunto.”
 “Seres humanos são ativos e as interações entre eles e seu ambiente são recíprocas.”
 “A realidade é multidimensional, dependente de um contexto.”

A visão de simultaneidade relaciona-se com a perspectiva organísmica, simultânea, de troca e unitária-transformadora. Possui as seguintes características (FAWCETT, 2005):

“Os seres humanos unitários são identificados pelo padrão de comportamento.”
 “Os seres humanos estão em intercâmbio rítmico e mútuo com seus ambientes.”
 “Os seres humanos mudam continuamente, de forma imprevisível e na direção da mais complexa auto-organização.”
 “Os fenômenos de interesse são conhecimento pessoal e reconhecimento de padrões.”

Além das visões de mundo, Fawcett (2005), também utiliza de categorias de conhecimento ao qual uma teoria deverá pertencer. Cada categoria de conhecimento aborda diferentes fenômenos gerando um corpo de conhecimento singular sobre seres humanos, ambiente, saúde e enfermagem.

Conceitos são constituídos de uma palavra ou frase que sumariza ideias, observações, e experiências”. O conceito tem sido definido como um termo abstrato derivado de atributos particulares. São formulados em palavras que possibilitam que as pessoas comuniquem o significado das realidades do mundo. São fundamentais para o estabelecimento de modelos (FAWCETT, 2005, p. 04).

Os modelos são representações gráficas ou simbólicas dos fenômenos que podem ser teóricos, não diretamente observáveis ou empíricos, ou seja, réplicas da realidade observável. Apresentam determinadas perspectivas sobre natureza ou função ou ambas (MCEWEN; WILLS, 2009).

O modelo conceitual é definido por Fawcett (2005, p. 16) como um conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais que direcionam o fenômeno de interesse central para a disciplina. São proposições que descrevem amplamente esses conceitos, e que formulam relações relativamente abstratas e gerais entre dois ou mais conceitos”.

O modelo conceitual ilustra os conceitos importantes do domínio do problema, suas associações e atributos (MCEWEN; WILLS, 2009). A função dos modelos é prover uma estrutura de referência (FAWCETT, 2005).

Para o estudo em tela será utilizado o modelo conceitual de King, (1981). Este modelo deverá relacionar-se ao constructo de Fawcett, (2005) para pretender a legitimidade de disciplina de enfermagem no conhecimento contemporâneo.

A teoria consiste em um ou mais conceitos relativamente concretos e específicos que são derivados de um modelo conceitual e que formulam relações relativamente concretas entre eles (FAWCETT, 2005, p. 18). A teoria refere-se a um conjunto de conceitos logicamente inter-relacionados, declarações, proposições e definições que foi derivado de crenças filosóficas, dos dados científicos e a partir da qual podem ser deduzidas, testadas e verificadas questões ou hipóteses no sentido de caracterizar ou explicar determinados fenômenos (MCEWEN; WILLS, 2009).

O indicador empírico é entendido como um representante muito concreto e específico do mundo real que é usado para observar ou medir um conceito e são identificadores de conceitos muito específicos e concretos (FAWCETT, 2005). Os indicadores empíricos são instruções reais, condições experimentais e procedimentos usados para observar e medir os conceitos de uma teoria (MCEWEN; WILLS, 2009).

Os elementos da estrutura holárquica são compostos de conceitos e proposições, onde os conceitos são constituídos de “uma palavra ou frase que sumariza ideias, observações, e

experiências” (FAWCETT, 2005). Uma proposição é uma “afirmação sobre um conceito ou uma afirmação da relação entre dois ou mais conceitos”. Descreve ainda que existem dois tipos de proposições; não relacionais e relacionais. As proposições não relacionais constituem uma descrição ou definição de um conceito e as relacionais afirmam a relação entre dois ou mais conceitos (FAWCETT, 2005).

2.2 A TEORIA DE IMOGENE KING

As teorias de Cuidado podem ser categorizadas com as seguintes abordagens: a abordagem interpessoal; a abordagem centrada em necessidades; a abordagem centrada em resultados de cuidado; a abordagem cultural do cuidado e a abordagem centrada nos campos de energias (FERNANDES, 2010).

No instante atual das Políticas de Saúde, as teorias interpessoais são um conhecimento básico, estratégico e operativo entre gestores, profissionais e usuários (FERNANDES, 2010), pois, os conceitos trabalhados nessa abordagem, parecem alcançar tanto a subjetividade bem como a integralidade pretendida nos serviços do CAPS.

Na abordagem interpessoal destaca-se uma em especial, a de Imogene M. King, pela clareza com que aborda o cuidado dentro de suas dimensões “*mais gerais e mais simples*”, que dialoga com os pressupostos da enfermagem fundamental e viabiliza sua aplicabilidade principalmente no que tange a subjetividade.

King (1981) pressupõe que as pessoas são sistemas abertos em processo interativo com o ambiente e a meta do cuidado está em ajudar as pessoas e os grupos de pessoas a manterem sua saúde.

Faz-se importante deixar claro que, King (1981) criou uma grande teoria quando propôs seu modelo conceitual de “Sistemas Abertos”. Dessa grande teoria derivou uma teoria de médio alcance, chamada “Teoria do Alcance de Metas”. Dessa forma, King (1981) trabalha com duas estruturas teóricas de níveis de abstração distintos.

2.2.1 Modelo Conceitual dos Sistemas Abertos

Partindo do entendimento de que filosofia é a visão de mundo que é adotada pelos seres humanos (MCEWEN; WILLS, 2009, p. 53) é natural que King tenha desenvolvido seus conceitos e teorias a partir de uma filosofia, ou seja, de uma visão de mundo. Para King, essa

influência vem da Teoria Geral dos Sistemas e Estrutura de Sistemas Abertos de Von Bertalanffy (1937). A estrutura conceitual dos Sistemas Abertos de King (1981) é composta de três sistemas em interação que são os sistemas: pessoal, interpessoal e o social.

2.2.1.1 Sistemas Pessoais

Cada pessoa é um sistema pessoal. Para este sistema, King (1981) trabalha os conceitos de: percepção, self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço, e tempo (KING, 1981).

A “percepção” influencia todos os comportamentos e se relaciona com todos os demais conceitos. A percepção é subjetiva/pessoal e seletiva. É orientada para a ação no presente e será baseada na informação que estiver disponível. Na percepção os dados são obtidos através dos sentidos e da memória para serem organizados, interpretados e transformados, representando a imagem da realidade do indivíduo (KING, 1981).

O “self” é apresentado como um indivíduo dinâmico, um sistema aberto e orientado para a meta. Composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência da pessoa. O self constitui o mundo interno da pessoa que é diferente do mundo externo que consiste de todas as outras pessoas e coisas. O self é aquilo que se refere quando se diz “Eu” (KING, 1981).

O “crescimento e Desenvolvimento” incluem as modificações celulares, moleculares e comportamentais, podem ser definidos como os processos na vida da pessoa através dos quais ela se move (KING, 1981).

A “imagem corporal” é a maneira como a pessoa percebe a si mesma. A imagem corporal é pessoal e subjetiva, adquirida ou aprendida, e ainda, dinâmica e em transformação (KING, 1981).

O “espaço” é definido como área física conhecida como território e pelo comportamento dos que o ocupam. Inclui o espaço que existe em todas as direções. Pode ser subjetivo, individual, situacional dentre outros (KING, 1981).

O “tempo” é definido como duração entre um evento e outro. É a relação de um evento com outro e é experienciada exclusivamente por cada ser humano (KING, 1981).

2.2.1.2 Sistemas Interpessoais

Os Sistemas Interpessoais são formados pelos seres humanos interagindo.

Os conceitos abordados são: Interação, comunicação, transação, papel, e o estresse (KING, 1981).

A “interação” é influenciada pela percepção e pela reciprocidade. Contém comunicação verbal e não verbal com aprendizado ocorrendo quando a comunicação é efetiva. É definida como comportamentos observáveis de duas ou mais pessoas na presença mútua (KING, 1981).

A “comunicação” é um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para a outra, tanto diretamente em contato face a face como indiretamente, através de veículos ou tecnologias de informação ou comunicação. Pode ser verbal, não verbal, situacional, perceptual ou transacional. King apresenta a comunicação como processo social fundamental para o desenvolvimento e manutenção das relações humanas (KING, 1981).

As “transações” são um processo de interação no qual os seres humanos comunicam-se com o ambiente para atingir metas que são valorizadas. As transações são derivadas da cognição e da percepção. As transações são exclusivas, temporais, espaciais e experienciais. (KING, 1981).

Os “papéis” são recíprocos, o que faz com que a pessoa seja doadora em determinados momento e receptora em outro. King apresenta três elementos principais no desempenho do papel, o primeiro é que ele consiste de um conjunto de comportamentos esperados, o segundo é um conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e os direitos associados à posição na organização e o terceiro é um relacionamento de duas ou mais pessoas que estão interagindo com uma finalidade em uma determinada situação. King define o papel da enfermeira como interação com um ou mais indivíduos que estão envolvidos em uma situação de enfermagem, onde o profissional participa para a identificação e o alcance de metas (KING, 1981).

O “estresse” é um estado dinâmico pelo qual o ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio para o crescimento, o desenvolvimento e o desempenho. Envolve troca de energia e de informação entre a pessoa e o ambiente para a regulação e o controle dos estressores. O estresse pode envolver objetos, pessoas e eventos, pode ser positivo ou negativo, ou seja, pode gerar benefícios e ou malefícios à pessoa (KING, 1981).

Os sistemas interpessoais juntam-se para formar sistemas maiores denominados sistemas sociais

2.2.1.3 Sistemas Sociais

Um sistema social é definido como um sistema de limites organizados de regras sociais comportamentos e práticas desenvolvidas para manter os valores e os mecanismos que regulam as práticas e as regras. Incluem as famílias, os grupos religiosos, o sistema educacional (KING, 1981).

Os conceitos relevantes para os sistemas sociais são: organização, autoridade, poder, estado, tomada de decisão além de todos os conceitos dos sistemas pessoais e interpessoais. (KING, 1981).

A “organização” é caracterizada pela estrutura que ordena as posições e as atividades e relaciona acertos formais e informais de indivíduos e grupos para atingir a metas pessoais e organizacionais. A organização é definida como sendo formada de seres humanos que tem papeis e posições prescritas e que fazem uso dos recursos para preencher tanto as metas pessoais como as organizacionais (KING, 1981).

A “autoridade” é definida como processo ativo, recíproco, de transação no qual, os antecedentes, a percepção e os valores de quem atua influenciam a definição, a comprovação e a aceitação daqueles em posições organizacionais associadas à autoridade (KING, 1981).

O “poder” é situacional, essencial na organização, limitado pelos recursos, dinâmico e orientado para metas (KING, 1981).

O “status” é definido como: posição de um indivíduo em um grupo. Identifica que o status é acompanhado por privilégios, deveres e obrigações (KING, 1981).

A “tomada de decisão” é definida como um processo dinâmico e sistemático pelo qual, a escolha dirigida às metas de alternativas percebidas é feita por indivíduos ou grupos para responder a uma pergunta e atingir uma meta (KING, 1981).

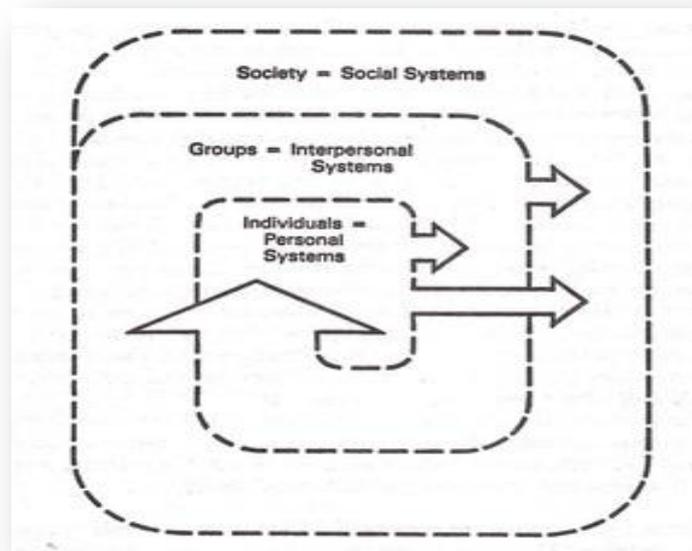


Figura 2 - Dinâmica da interação dos sistemas (KING, 1981)

2.2.2 Teoria do Alcance de Metas

King, (1981) apresenta sua Teoria do Alcance de Metas onde os sistemas interpessoais ganham destaque. Profissional e cliente interagem para identificar situações de cuidado, e para estabelecer e atingir metas. Seu sistema pessoal encontra-se com o sistema interpessoal e é influenciado pelos sistemas sociais.

Define enfermagem como:

“Processo de ação, reação e interação pelo qual a enfermeira e o cliente compartilham informações sobre as suas percepções na situação de enfermagem” e também como “um processo de interações humanas entre a enfermagem e o cliente através do qual cada um percebe o outro e a situação e, através da comunicação, estabelecem metas, exploram meios e concordam sobre os meios para atingir meta.”

Define saúde como:

“Experiências dinâmicas de vida do ser humano, que implicam o ajustamento constante aos estressores no ambiente interno e externo através do uso ideal dos próprios recursos para atingir o potencial máximo para a vida diária.”

Define interação como:

“Processo de comunicação e percepção entre a pessoa e o ambiente e entre a pessoa e outra pessoa, representada por comportamentos verbais e não verbais que são dirigidos às metas.”

Identifica os seguintes elementos na interação: ação, reação, perturbação, estabelecimento comum de metas, exploração de meios para a obtenção de metas,

concordância sobre os meios para atingir as metas, transação e obtenção de metas (KING, 1981).

Para King, (1981) cada um dos indivíduos envolvidos em uma interação traz diferentes ideias, atitudes e percepções a serem trocadas. Os indivíduos juntam-se, percebem um ao outro e naturalmente, onde cada um faz um julgamento que leva a uma ação e uma reação.

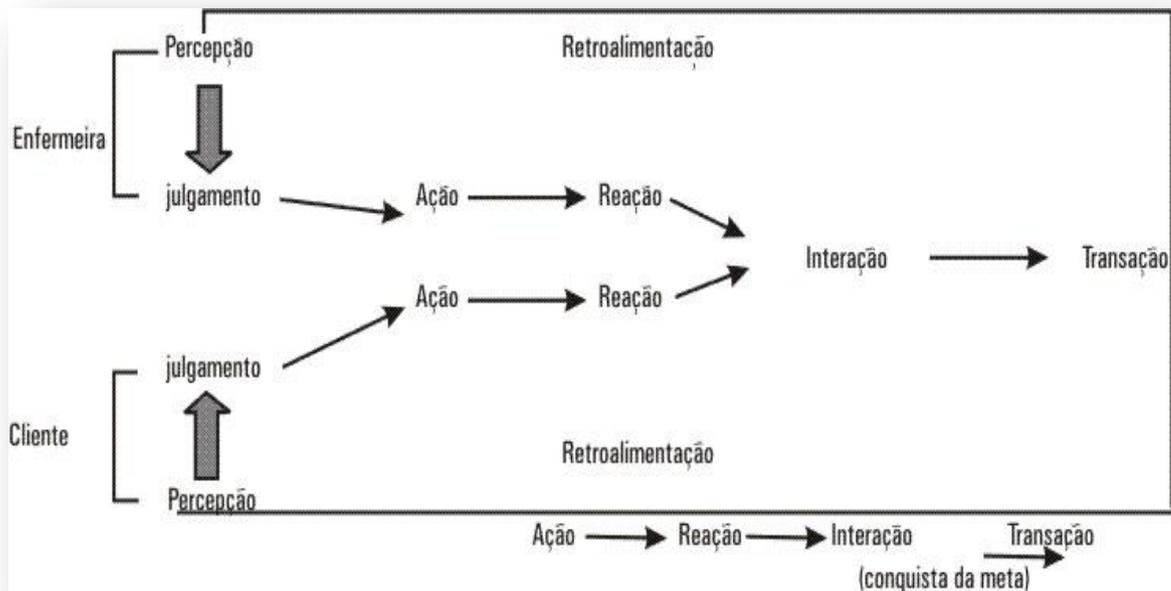


Figura 3 - Processo das interações humanas (King, 1981)

Define “ação” como seqüências de comportamentos envolvendo a ação física e mental. Inicia-se como ação mental que pode gerar uma ação física no sentido do alcance das metas (KING, 1981). A “reação” é considerada como seqüência como a seqüência de comportamentos descritos na ação (KING, 1981). Define “transação” como comportamentos observáveis dos seres humanos interagindo com seu ambiente. Pressupõe que a transação envolve barganha/ negociação/ troca social e quando as transações ocorrem entre as enfermeiras e os clientes as metas são atingidas (KING, 1981).

O modelo descreve a enfermeira e o cliente em interação usando o estabelecimento comum de metas ou tomada de decisão como processo que leva a obtenção de metas (KING, 1981). Em resumo, King (1981) diz que, a enfermeira e cliente interagem, identificam problemas, estabelecem metas e procuram atingir essas metas. Isso ocorre na interação dos sistemas pessoais da enfermeira e do cliente que nesse momento formam o sistema

interpessoal, que por sua vez, é influenciado pelo sistema social que o circunda (KING, 1981). Por fim, diz que a meta da enfermeira consiste em ajudar os indivíduos a manterem sua saúde de forma que possam exercer seus papéis (KING, 1981).

2.2.2.1 Processo de Interação e Transação

King percebe o processo de Enfermagem como um sistema de ações interrelacionadas. Ela também identifica no seu trabalho, conceitos que são a base teórica para o processo de Enfermagem (KING, 1981).

O processo de Enfermagem em King compreende: Investigação, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (KING, 1981).

A investigação ocorre durante a interação da enfermeira com o cliente. A investigação é considerada paralela à ação e reação (KING, 1981). Nesse momento do processo de enfermagem, King identifica a percepção, a comunicação e a interação da enfermeira e do cliente, como os principais conceitos para a investigação, mas todos os conceitos da teoria aplicam-se. Exemplifica que o crescimento e o desenvolvimento, o conhecimento de si (self), de seu papel e a intensidade do estresse influenciam na percepção e conseqüentemente na comunicação, na interação e na transação (KING, 1981). Na investigação, a enfermeira coleta dados sobre o crescimento e o desenvolvimento do cliente, a visão de si e a percepção do estado de saúde mental, os padrões de comunicação e socialização dentre outros (KING, 1981).

O diagnóstico de Enfermagem é gerado no compartilhamento que ocorre durante o processo de investigação e é definido como “uma declaração que identifica os distúrbios, os problemas ou as preocupações para as quais os pacientes procuram ajuda”. Considera o estresse como um conceito importante a ser considerado no diagnóstico de Enfermagem, pois pode estar conectado com distúrbios, problemas e preocupações (KING, 1981)

O planejamento é o momento do processo que ocorre após o diagnóstico de Enfermagem. O planejamento é descrito como o estabelecimento de metas e a tomada de decisões sobre como atingir as metas. Identifica o planejamento como parte da transação e relaciona este momento do processo com os conceitos de tomada de decisão sobre as metas, a exploração e a identificação dos meios para atingir as metas. Salienta ainda que, o planejamento é parte da transação e envolve troca mútua com o cliente (KING, 1981).

Para King (1981), a implementação consiste nas atividades que buscam o alcance das metas. Declara que é uma continuação da transação e o conceito envolvido é o de fazer transações. A avaliação consiste em descrever como os resultados identificados como meta foram ou não alcançados. Identifica o conceito de referência nesse momento, e o de obtenção de metas. Conclui dizendo que sua teoria é útil, testável, aplicável e pode ser amplamente generalizável.

3. MÉTODO

Propõe-se um estudo teórico de natureza analítica de abordagem qualitativa.

3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

A proposta de pesquisa em tela é teórica. O estudo se dedica a analisar conceitos e reconstruir ideias disciplinares e transdisciplinares que contidas em um modelo teórico de enfermagem e no modelo de atenção à saúde do SUS, contribuam com o propósito geral de um entendimento mais profundo dos nexos possíveis de existir entre os modelos. Tal natureza converge para a afirmativa de DEMO (1994) de que a pesquisa teórica se dedica a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias e polêmicas visando aprimorar fundamentos teóricos. Não implica em imediata intervenção na realidade, porém, contribui para a realidade.

Em estudos descritivos os pesquisadores observam; contam; esboçam; elucidam e classificam determinados fenômenos. No empreendimento analítico os fenômenos e processos serão decompostos em seus constructos de conceitos, asserções - argumentos para posterior interpretação e reconstrução (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Portanto, a análise é o procedimento central desta pesquisa, e por consequência, os constructos decompostos analiticamente serão interpretados e reconstruídos de modo a expressar os nexos existentes entre eles.

Tendo que o propósito da tese é apresentar um modelo conceitual que possua características que permitam criar uma harmonia entre aspectos inerentes à disciplina de Enfermagem e ao Sistema Único de Saúde (SUS), entendeu-se que havia a necessidade de analisar elementos da matriz disciplinar (modelo conceitual de enfermagem) e das dimensões conceitual e metodológica do SUS.

Para a análise existiam alternativas comumente usadas na pesquisa qualitativa, como por exemplo, a análise de conteúdo e a análise de conceitos. Obviamente todas com suas potencialidades. No entanto, se reconheceu que o elemento a ser analisado possuía uma complexidade que ultrapassava o conteúdo ou os significados e ideias contidos em conceitos. Assim, percebeu-se o requerimento de selecionar procedimentos analíticos que pudessem captar elementos contextuais e das relações entre conceitos e a profundidade dos conteúdos. De fato, era necessário desempenhar metodologicamente uma análise de modelos conceituais garantindo que sua inteireza pudesse ser preservada e não totalmente pulverizada pela análise.

Uma alternativa de tecnologia surgiu como primeira alternativa para garantir as intenções acima apresentadas: o diagrama Vê ou o “V” heurístico de Gowin como “desempacotador do conhecimento”. O diagrama Vê foi proposto como um instrumento para desempacotar o conhecimento; é um instrumento construtivista. Isso porque o instrumento seria capaz de atender uma das premissas centrais do construtivismo, a saber: que a aprendizagem se dá por entendimento ou de forma significativa (GOWIN; NOVAK, 1984).

O construtivismo está baseado na noção de que todo aprendiz está ativamente envolvido em construir teorias sobre o mundo e acerca do modo como ele funciona (Gowin; Alvarez, 2005). Desse modo, o conhecimento se apresenta como que “empacotado”, e para ser analisado e significado exigiria o uso de ferramentas que auxiliariam o processo. Fiel a noção de construção de teorias pessoais por meio do entendimento, o Vê heurístico se apresenta como um instrumento que abarcaria duas dimensões principais do seu processo de “desempacotamento”: a dimensão teórica e a dimensão metodológica.

Se partirmos da perspectiva construtivista, os modelos conceituais - como representações da realidade - podem ser considerados “conhecimentos empacotados”. Aqui clarifica-se que um modelo é uma construção da cognição humana que busca referenciar-se em peças do conhecimento já disponível e organizado com a finalidade de explicar, descrever, analisar, prever ou prever fenômenos. A partir desta perspectiva o “V” seria utilizado para desempacotar os conhecimentos concernentes ao modelo conceitual de King e a dimensão conceitual e metodológica do SUS.

Não obstante as potencialidades do diagrama Vê, logo um desafio foi observado. O Vê heurístico ainda que incluía os principais elementos que constituem o domínio teórico-conceitual e o metodológico, não apresenta suficientes detalhes de aplicação para analisar modelos conceituais. De fato, o desempacotamento por meio da ferramenta foi concebido originalmente para uso de conhecimento de nível mais empírico. Foi concebido para desempacotamento de conhecimentos em experimentos científicos de modo a garantir a observância das teorias que sustentavam os achados empíricos.

Reconhecendo a complexidade de realizar a análise de modelos conceituais, buscou-se uma alternativa que pudesse superar os limites do Vê heurístico e garantir o atendimento da natureza complexa de analisar modelos conceituais. A alternativa adotada foi selecionar a estrutura apresentada por Fawcett (2005) para análise e avaliação de modelos conceituais como referencial e aplicar o Vê de Gowin (1984) para analisar o conteúdo do modelo.

Segundo Fawcett (2005, p.52), o processo analítico foca-se em três etapas: as origens do modelo, o foco singular e os conteúdos. O desenvolvimento dessas etapas deve ser orientado por revisão sistemática e detalhada de todas as fontes primárias disponíveis.

Considerando o detalhamento instrumental do Vê de Gowin entendeu-se que o mesmo poderia ser ainda utilizado para o desempacotamento de conteúdos contidos nos modelos. Portanto, optou-se por utilizar as etapas da análise do conhecimento propostas por Gowin (1984) em seu Vê como forma de orientar a terceira etapa analítica do modelo (análise do conteúdo), conforme a estrutura de Fawcett (2005). Além disso, o processo integrativo e a necessidade de criação dos nexos, sustentou a decisão de aplicar a análise de origens e de singularidade (etapas 1 e 2 da estrutura de Fawcett) para o Sistema Único de Saúde e para as teorias de King.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando as justificativas já apresentadas para o desenvolvimento do método analítico adotado na presente tese, cabe ainda detalhar características procedimentais do método.

3.2.1 Estrutura de Análise de Modelos Conceituais de Fawcett

- 1) Etapa 1 – Analisar a origem do modelo conceitual em quatro aspectos: (1) em relação a evolução histórica e a motivação para proposição do modelo pelo autor; (2) filiação filosófica do autor e estratégias de desenvolvimento do modelo; (3) as influências sobre as ideias do autor de outros teóricos e influências de disciplinas relacionadas; (4) a visão de mundo refletida pelo modelo (FAWCETT, 2005, p.53)

- 2) Etapa 2 – Avaliação do modelo em sua singularidade: analisa a singularidade do modelo ao reconhecer que a maioria dos autores partem da mesma visão, contudo, ao final de modelar apresentam visões distintas daquelas ao que se basearam. Para Fawcett (2005, p.53) nos modelos de enfermagem o foco da singularidade orienta-se por uma ou mais categorias de conhecimento de enfermagem: desenvolvimental, sistemas, interação, necessidades, resultados, focado no cliente, focado na interação pessoa-ambiente, terapêutica de enfermagem, campos energéticos, intervenção, conservação, substituição, apoio/suporte, e promoção.

- 3) Etapa 3 – Examinar o conteúdo do modelo: representa verificar os conceitos gerais e abstratos e as proposições. Para Fawcett (2005, p. 53), nos modelos de enfermagem esta verificação deve buscar os conceitos do metaparadigma. Assim, é fundamental analisar o modelo para categorizar o conteúdo do modelo em conceitos que representam os seres humanos, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Depois identificar proposições não relacionais, e por fim as proposições relacionais entre os conceitos centrais metaparadigmáticos devem ser extraídas e categorizadas por meio da análise.

3.2.2 O Diagrama Vê de Gowin

O instrumento heurístico denominado Vê epistemológico, diagrama Vê ou como também é conhecido, Vê de Gowin foi concebido para ajudar a entender o conhecimento, sendo composto de questões e um esquema destinados a desempacotar/desvelar o conhecimento. O instrumento mostra a produção do conhecimento como a resultante da interação entre o domínio teórico conceitual e o metodológico do conhecimento. O lado esquerdo do “V” se refere ao domínio teórico-conceitual. Nele se encontram os conceitos e princípios que, por sua vez, podem ser organizados em teorias que estão assentadas em sistemas de crenças, ou filosofias. Este lado corresponde ao "pensar" (GOWIN; NOVAK, 1984).

O lado direito do “V” corresponde ao domínio metodológico na produção de conhecimento, onde ocorrem os registros e as transformações observadas no conhecimento, e que sustentam a formulação de asserções de conhecimento. Este lado corresponde ao "fazer". No referido instrumento há permanente interação entre os dois lados, onde tudo o que é feito no lado metodológico é guiado por conceitos, princípios, teorias e filosofias do lado teórico (GOWIN; NOVAK, 1984).

O conhecimento é produzido em resposta à questões-foco. A questão-foco fica no centro do “V”, pois, pertencem tanto ao domínio teórico-conceitual como ao metodológico. É a questão que identifica o fenômeno de interesse e leva à produção de conhecimento. Para o preenchimento do instrumento, deve-se em primeiro lugar determinar a questão-foco ou questão básica de pesquisa no centro do “V”. Por fim, deverá ser descrito o evento esperado a partir da articulação dos lados do “V” (GOWIN; NOVAK, 1984).

A Figura 04 exemplifica o método onde toda pergunta científica, “questão foco” remete a uma resposta “evento”, que descrevem “conceitos”, que permitem a relação entre os conceitos, chamada “princípios”, onde, por sua vez, o conjunto organizado de princípios permite a criação de uma “teoria” que por último estará influenciada por determinada visão de mundo “filosofia” (GOWIN; NOVAK, 1984). Ainda, todo evento, disponibiliza dados que podem ser registrados “registros”, que podem ser organizados e trabalhados sob diversas abordagens denominadas “transformações”, e que finalmente, permite a construção de interpretações razoáveis das observações empíricas denominadas “asserções do conhecimento” (GOWIN; NOVAK, 1984).

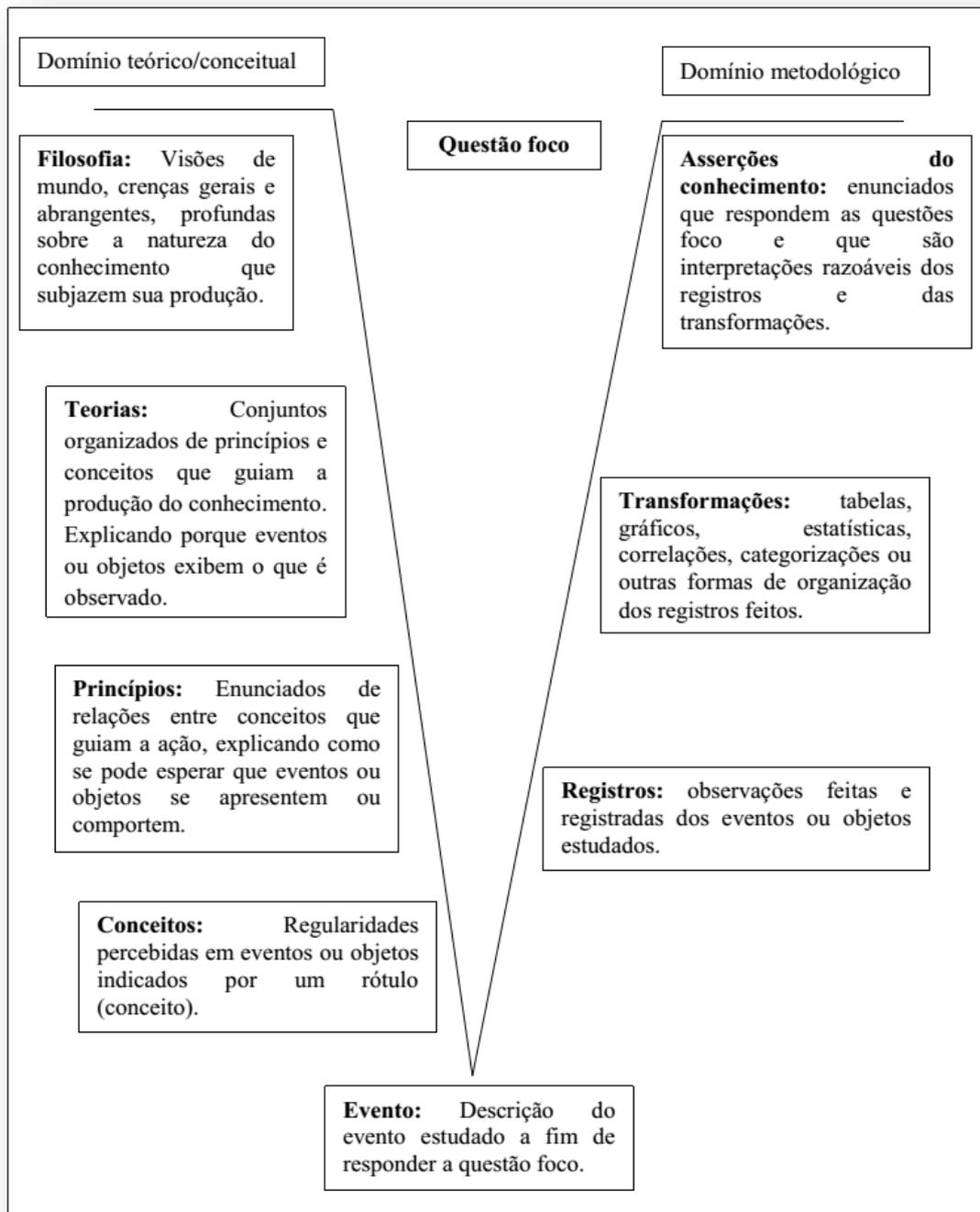


Figura 4 - Esquema do "V" de Gowin (1984)

A questão foco para a construção do Vê epistemológico/heurístico do modelo de King foi: “Como se dá a ação de Enfermagem fundamentada nas teorias de Imogene King?”

Para estruturar os aspectos relacionados ao Sistema Único de Saúde, foi elaborado um Vê heurístico que incorporou políticas, leis e normas do SUS orientadas a saúde mental no âmbito dos CAPS.

A questão foco para este Vê foi: “Como se dá o atendimento de saúde ao usuário do CAPS AD considerando as orientações relativas à integralidade e transdisciplinaridade da atual política de saúde?”

3.2.3 Proposição de Um Modelo Conceitual de Enfermagem para o CAPS

A proposição de um modelo conceitual representa a síntese que a tese pode construir.

Ela correlaciona os elementos derivados da análise do Vê disciplinar da Enfermagem com os elementos derivados da análise do modelo conceitual e filosófico do SUS e os aspectos metodológicos da atenção em saúde mental.

O modelo conceitual proposto é produto das junções de ambos os Vês e, como uma síntese articula os elementos dos domínios conceitual e metodológico originais dos modelos analisados. Trata-se de constructo elaborado para sustentar a assistência de Enfermagem e do serviço no CAPS.

4. RESULTADOS

4.1 – ANÁLISE DAS ETAPAS 1 E 2

A análise dos modelos, tanto de King como do SUS, foi conduzida em três etapas: busca das origens e motivação; verificação de singularidades do modelo e o exame dos conteúdos dos modelos. Entretanto, pela extensão das análises dos conteúdos a terceira etapa é tratada no tópico posterior.

4.1.1 Origens e Motivação de Proposição do Modelo de Enfermagem de King

O contexto histórico que antecede a manifestação do interesse de Imogene King pelo desenvolvimento do conhecimento de enfermagem nos anos de 1960 é o contexto da mudança da profissão. Entre os anos de 1940 e 1950 uma clara modificação ocorre na prática de enfermagem. Durante a Segunda Guerra Mundial agências do governo norte americano verificaram dados sobre a disponibilidade e necessidade de enfermeiras, reconhecendo que o sistema de saúde moderno necessitava de enfermeiras (RISJORD, 2012, p.9).

Ao final dos anos 1940 os financiamentos para a pesquisa de enfermagem começam a se tornar disponíveis e um marco histórico se concretiza em 1952 com o lançamento do periódico “Nursing Research”. A produção da pesquisa podia ser colocada em três categorias abrangentes e que se sucederam historicamente até os anos de 1970: (1) questões educacionais e profissionais (formação, papéis, e responsabilidades do trabalho); (2) exame da efetividade das intervenções; e (3) perspectivas sistemáticas da enfermagem (processo de enfermagem em estágios, estrutura conceitual para facilitar a prática e educação de enfermagem) (RISJORD, 2012, p.10).

Progressivamente uma perspectiva de criação de disciplina como campo de conhecimento crescia na enfermagem ao final dos 1960. Risjord (2012) defende que dois ensaios tiveram papel preponderante: “A philosophy of nursing” de Dorothy Johnson em 1959 e “Reflections on nursing research” de Rozella Schlotfeld de 1960. Ambas defendiam que forças sociais estavam modificando a enfermagem e não a ação reflexiva e intencional das enfermeiras, exigindo a necessidade de um desenvolvimento de um braço intelectual para identificar e defender o papel profissional. Desse modo, Johnson e Schlotfeld estavam criando um sedimento conceitual para o surgimento da disciplina de enfermagem.

King identifica que sua aproximação para identificar o conhecimento essencial para a enfermagem começa nos anos de 1960 e destaca que em sua memória dois eventos foram marcantes. O primeiro ocorre em 1963 quando foi desafiada intelectualmente por um professor de filosofia com o seguinte questionamento: “Imogene, você ou outra enfermeira já definiu o ‘ato de enfermagem?’”. Reconhecendo ser uma pergunta filosófica, ela responde ser necessário antes definir o ‘ato humano’, considerando que enfermeiras e seus clientes são antes de tudo seres humanos (KING, 1997a, p.15). O segundo evento ocorre subsequente a participação em três aulas formais sobre a pesquisa de sistemas. A linguagem dos sistemas modificou a visão de King sobre a ciência e auxiliou-a na concepção de sua estrutura conceitual (KING, 1997a, p.15, KING, 1997b, p.9).

De certo modo, Imogene King associa-se ao discurso da defesa pela criação de um corpo próprio de conhecimento e de uma orientação pela “teorização”. Sua crítica aponta que as teorias de enfermagem daquela época (1960) se baseavam no “como” mais do que no “porque”, portanto, tinham foco primário na prática por meio da técnica (KING, 1964, p.395).

Assim, Imogene King deliberadamente inicia o desenvolvimento de uma estrutura conceitual que serviria de referência para a enfermagem, e colaboraria com a tarefa mais substantiva de estabelecer teorias ocupadas com o “porque” (FAWCETT, 2005, p.89).

King percorre o movimento que marca o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem na América do Norte. Nos Estados Unidos da América ainda que houvessem programas de mestrado em enfermagem desde o início dos 1930, o movimento de doutoramento não se verificou com intensidade até os anos de 1960. Os doutoramentos da área da enfermagem seriam observados a partir dos anos de 1970 e início dos 1980 (RODGERS, 2004). Entre 1950 e 1970 há um claro desvio da busca antes do conhecimento importado de outras disciplinas e aplicado à prática de enfermagem para a perseguição pela construção de um conhecimento (conceitual) de enfermagem. Estavam sendo lançadas as bases para a “era das teorias” que viria a ocorrer nos anos de 1980 e 1990 (ALLIGOOD, 2013).

Pode-se afirmar que King juntamente com Johnson, Levine, Neuman, Orem, Rogers e Roy respondem a um senso geral na disciplina emergente de que “modelos teóricos de enfermagem eram necessários” (ALLIGOOD, 2013, p.6). No entendimento de King os componentes principais da enfermagem como disciplina são: desenvolvimento, disseminação e utilização do conhecimento (KING, 1997b, p.10).

A medida que King avança em suas reflexões e produções, suas ideias inicialmente centradas na percepção sensória e interpessoal avançam para uma centralidade nas transações, e sendo vistas como “um fluxo de informação do ambiente por meio da codificação, transformação e processamento de elementos sensoriais, linguísticos e neurofisiológicos, resultando na tomada de decisão que leva a ação humana” (KING, 1997b, p.10).

Fawcett (2005, p. 90) apresenta que os conceitos particulares do Sistema Conceitual de King proposto em 1971 foram elaborados em resposta a muitas questões que decorriam de sua preocupação pessoal sobre as mudanças que influenciavam a enfermagem, sobre a consciência da explosão do conhecimento e de um pressentimento de que alguns componentes essenciais da enfermagem tinham persistido. Ela entendeu que tais questões estabeleciam uma estrutura para pensar sobre a enfermagem, para enxergar a enfermagem na sociedade e para debater ideias com enfermeiras e outros indivíduos.

De forma sintética King (1971, p.20-21) estabelece que sua proposta de Sistema Conceitual deriva de conceitos que apareceram consistentemente na literatura de enfermagem, em evidências de pesquisa, na fala de enfermeiras e da observação da prática da enfermagem. Tais conceitos produziram quatro ideias universais que foram usadas como estrutura geral de referência para a identificação de outros conceitos de seu sistema conceitual. As ideias universais são: sistemas sociais, saúde, percepção e relações interpessoais.

4.1.2 Origens e Motivação de Proposição do Modelo do SUS

As origens do Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil tem relação com as expectativas de uma nova saúde pública que tem discussões iniciais em 1977 durante a 30ª Conferência Mundial de Saúde em Genebra. Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Alma-Ata, os cuidados primários de saúde são identificados como chave para o alcance de um nível aceitável de saúde no mundo (ALMA-ATA, 1978). Os antecedentes históricos do SUS apontam para um sistema público de saúde marcado pela duplicidade da medicina previdenciária e da saúde pública. A medicina previdenciária incorporando as ações voltadas à saúde individual dos trabalhadores formais, especialmente das zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. Já a saúde pública, estava sob o comando do Ministério da Saúde e dirigia-se principalmente às áreas rurais e aos setores mais pobres da população, tendo caráter majoritariamente preventivo. Também, prestigiava-se a expansão do setor privado, a compra de serviços pela previdência e os incentivos aos convênios empresas para compra de serviços de companhias privadas e de cooperativas de

médicos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.17). Tudo isso gerou um sistema de saúde meritocrático, baseado no capital e no trabalho formal.

A despeito do crescimento econômico verificado entre o final dos anos de 1960 e até 1973 (crescimento promovido por redução de gastos sociais e afluxo de capital estrangeiro), as condições de vida de grande parte da população brasileira não viu melhoria. Houve um enfraquecimento das ações do Ministério da Saúde na implementação da saúde pública, e o orçamento do Ministério caiu de 2,2% para 1,4% do orçamento da União entre 1968 e 1972, ao passo que, por exemplo, o Ministério dos Transportes e as forças armadas recebiam, 12% e 18%, respectivamente (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 18).

A partir da crise do petróleo em 1974, o estado de bem-estar social com a posição de protagonista na construção de uma sociedade solidária começa a ser fortemente criticado, dando espaço a doutrina do neoliberalismo. Se por um lado a lógica econômica determinava o papel do indivíduo e do capital privado, de outro a realidade marcava a necessidade de intervenções globais para reverter os problemas ligados a doenças determinadas pela pobreza (verminoses, por exemplo). Havia críticas aos modelos de intervenções verticais, orientadas por doenças e a uma medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas (PAIVA; TEIXEIRA, p.19).

Nesse contexto o movimento sanitário brasileiro adotaria interesse nas abordagens ditas integrais e de experiências de medicina simplificada implantadas em países em desenvolvimento.

A crescente crítica ao modelo curativo e hospitalocêntrico em nível mundial produziu em 1977 a meta “Saúde para todos no ano 2000” e no ano de 1978, durante a Conferência de Alma-Ata, a proposição de adotar a atenção primária como estratégia central para alcançar a meta (PAIVA; TEIXEIRA, p.19).

No Brasil, nos ecos d’Alma-Ata, é realizado o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979. Durante o evento é apresentado o documento nomeado de “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 2016). O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) propõe no documento a criação de um Sistema Único de Saúde. Essa proposta propunha a democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública (NETO, 1994).

Todo esse processo pode ser denominado de reforma sanitária e tem origem na segunda metade dos anos de 1970, no mesmo período de criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

(ABRASCO) (PAIVA; TEIXEIRA, p.21). As perspectivas sociais deste movimento sanitário marcaram o que futuramente viria a ser o Sistema Único de Saúde brasileiro.

O SUS foi embasado na concepção de saúde como um direito de todos e dever do Estado. Tal perspectiva representou uma ruptura com o modelo meritocrático que marcava a atenção a saúde até o lançamento dessa perspectiva na Constituição de 1988 (MENICUCCI, 2014).

Nos anos de 1980, a grande oportunidade nacional para ampliação do debate sobre o modelo de atenção a saúde seria materializada na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília. O evento reuniu quase cinco mil pessoas, entretanto este percentual era apenas parte representativa dos quase 50 mil envolvidos no processo que começou por debates no âmbito dos municípios brasileiros (SOPHIA, 2012).

Todo o processo de construção daquilo que iria culminar em jornadas de discussão que duravam até 14 horas foi composto de diferentes fases. Iniciou-se nas discussões em nível municipal e estadual, nas instituições, entidades e nas diferentes organizações da área da saúde. Assim, entre outubro de 1985 e março de 1986 foram realizadas conferências municipais e estaduais. Seguiu-se a realização da conferência nacional e, por fim, a perspectiva de levar todo o conjunto de propostas à Assembléia Nacional Constituinte (SOPHIA, 2012, p. 556).

A 8ª Conferência, portanto, era vista como oportunidade para se defender uma política nacional de saúde e para o delineamento de um Sistema Nacional de Saúde com características de unificação e democratização, sendo este sistema incorporado na nova constituição do Brasil (SHOPIA, 2012, p.556)

Do caráter do fracasso das iniciativas ainda nos governos militares, há que se destacar que diante da incapacidade de manter o pagamento do setor privado contratado, o Governo Federal adota o pagamento por diagnósticos e não mais por atos e decide por celebrar convênios com estados e municípios para repassar recursos para a utilização da capacidade das instituições públicas que estavam extremamente ociosas. Portanto, criavam-se as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (NETO, 1994, p.10).

De um modo sintético pode-se afirmar que a motivação para essa proposta de Sistema Único de Saúde surge de diagnósticos acerca da piora gradativa do nível de vida da população, agravada por privatizações, concentração de renda, redução com os gastos em

saúde pública e com privilégios para assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação.

No plano conceitual e ideológico o Sistema Único de Saúde, construído por uma ampla e crescente mobilização social ligada a abertura política do fim do regime de governo militar de eleições indiretas, adota uma perspectiva sistêmica do conceito de saúde. Para Neto (1994) a reforma sanitária apresenta um conceito de saúde abrangente assim disposto:

“[...] que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas, principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas que necessitem” (NETO, 1994, p. 11).

Esta definição sistêmica traz para o centro da responsabilidade pelo SUS os profissionais, o governo e toda a sociedade como sistemas abertos que são corresponsáveis em modificar a realidade por meio de políticas econômicas e sociais que garantam o alcance da meta de saúde universal e integral.

4.1.3 Singularidade do Modelo de KING

O foco singular do Sistema Conceitual de King são os seres humanos (King, 1981). Isso é consonante com sua resposta de 1963 de que antes de entender o “ato de enfermagem” era necessário entender o “ato humano”. Fawcett (2005, p.94) cita diferentes estudos de King para afirmar que seu Sistema Conceitual foca-se no comportamento humano, na interação social e nos movimentos sociais. Portanto a singularidade estaria nos seres humanos interagindo com seu ambiente ou em indivíduos cujas interações em grupo dentro dos sistemas sociais influenciam comportamentos dentro dos sistemas. De forma bem característica para King os seres humanos (indivíduos, grupos e sociedade) são sistemas abertos com trocas entre si e com seus ambientes.

Na categoria de conhecimento o Sistema de King é classificado como focado na interação e relacionamentos interpessoais. Fawcett (2005) citando King destaca que seu Sistema Conceitual deriva de pensamentos sistêmicos da teoria geral dos sistemas e da psicologia social e reconhece na produção da teórica, elementos da categoria de conhecimento de sistemas de interação.

4.1.4 Singularidade do Modelo do SUS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Sistemas de Saúde podem ser entendidos como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visam oferecer serviços de saúde à uma população. Esta definição norteia a compreensão da singularidade do SUS, ou de forma mais clara, o que difere o SUS dos outros sistemas de saúde.

Dessa forma, faz-se necessário saber que todo sistema de saúde apresenta características que os diferem entre si, no entanto, é possível depreender macrofunções que permitem categorizações: o Financiamento que define as origens dos recursos destinados à saúde; a Regulação que define as características mais gerais dos serviços; e a Prestação que define como o serviço se dará diretamente a pessoa. Dependendo das macrofunções exercidas pelo Estado e ou pela iniciativa privada, pode-se identificar três tipos de Sistemas de Serviços de Saúde¹: o Sistema de Saúde de Dominância de Mercado, o Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios e o Sistema de Saúde de Dominância Estatal (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

O Sistema de Dominância de Mercado apresenta financiamento predominantemente privado, por meio de seguradoras, onde a prestação de serviços de saúde é desempenhada por empresas privadas a escolha do cidadão pagante, e que por meio da demanda e da oferta, haveria a regulação dos serviços prestados. Este modelo procura evitar a intervenção do Estado na lógica da oferta e demanda, pois, vê a saúde como um produto a ser vendido à população, assim como qualquer outro produto. Os Estados Unidos da América (EUA) são exemplo desse modelo (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

O Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios é adotado na Alemanha, França e Áustria. Criado por meio da pressão da classe trabalhadora alemã, apresenta como principal característica o seguro obrigatório, com financiamento realizado por trabalhadores e empregadores, e do Estado para as pessoas desempregadas. Devido à obrigatoriedade do seguro, este sistema proporciona a cobertura universal, contudo, as pessoas com menores salários e que não conseguem pagar por seguros de saúde mais completos, dispõem de um nível de assistência inferior às pessoas com poder aquisitivo mais elevado (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

¹ Sistemas de Serviços de Saúde são os segmentos dos Sistemas de Saúde que envolvem a prestação de assistência nos diferentes níveis, as iniciativas de vigilância sanitária e outras que envolvem a infraestrutura e recursos humanos dos serviços de saúde.

O Sistema de Dominância Estatal é adotado em muitos países da Comunidade Européia e no Brasil, surgiu na década de 50 no Reino Unido. É alicerçado nos princípios da universalidade, equidade e gestão democrática. O Estado provê as três macrofunções, mas também preveem formas suplementares de saúde com financiamentos diversos. Contudo, o Estado é responsável pela saúde do cidadão sem tributação além daquela provida pelos impostos normalmente recolhidos. Como no Brasil, esse sistema apresenta a atenção básica como porta de entrada para níveis mais complexos de assistência, permite o melhor aproveitamento dos recursos financeiros, mas dificulta as possibilidades de escolha por parte do usuário, e também o acesso, principalmente aos procedimentos de média e alta complexidade (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

No Brasil o sistema de saúde envolve o Sistema Único de Saúde (SUS) que é o segmento público e o Sistema de Saúde Suplementar que é o segmento ligado às prestadoras de serviço de características privadas. O SUS está ajustado ao Sistema de Dominância Estatal, apresentando um modelo de gestão fundado na universalidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social. Mais que isso, apresenta modelo assistencial que se pauta na integralidade e modelo de financiamento estatal nas esferas dos governos federal, estadual e municipal, o que difere das características anteriores ao SUS que sendo fundamentalmente previdenciária ou de seguro saúde era um modelo de gestão excludente daqueles que estavam fora do sistema formal de trabalho. Esse modelo tinha as características de assistência biomédica e de financiamento mantido pelo embolso direto, ou misto, com participação do estado, empresas e trabalhadores (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

Quando tratamos da singularidade do SUS é importante ter em conta, que o sistema de saúde brasileiro é caracterizado pelo embate entre projetos de diversos atores sociais com valores políticos e ideológicos opostos: o projeto da reforma sanitária brasileira e o projeto neoliberal. O primeiro idealiza um sistema público de saúde, universal e voltado à diminuição das iniquidades em saúde. O segundo legitima a proposta Neoliberal de Dominância de Mercado, que pode ser subliminarmente observada nos programas de ajustes econômicos, aos moldes dos Reino Unido, EUA e Brasil (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

Os referidos programas de ajuste, não deixam claro, mas transparecem a predileção, por parte de quem fez os ajustes, por um sistema de saúde regulado por atividades de mercado. Atualmente no Brasil encontra-se em discussão a Proposta de Emenda Constitucional 241 (PEC 241) que propõe a indexação do orçamento da União à inflação no

ano anterior por 20 anos e tem sido apontada como de potencial dano ao financiamento do Sistema Único de Saúde. Em nota técnica pesquisadores do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas estimam que se aprovada a PEC pode retirar do SUS até 743 bilhões de reais do SUS até 2036 inviabilizando a garantia constitucional do direito à saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

O sistema de saúde do Brasil possui a singularidade de ter nascido claramente durante a implantação de um projeto econômico de orientação neoliberal durante o governo do presidente Collor, resultando do confronto e de ajustes entre um projeto com requintes socialistas. A construção culminou no Brasil com a formação de um sistema de saúde misto caracterizado pela saúde suplementar da iniciativa privada cobrindo 25% da população (segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar) e pelo sistema público de caráter universal, ainda que com problemas de cobertura plena.

Em termos de financiamento, o sistema de saúde possui uma singularidade caracterizada por um paradoxo. Pela consulta aos dados do Banco Mundial em seu site, verifica-se que o percentual de gastos públicos em função dos gastos totais de 2014 é de 46% estando acima apenas da Índia (30%) no BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul). Também é paradoxal que o percentual brasileiro de gastos públicos seja menor do que o dos Estados Unidos da América (48,3%), Chile (49,5%) e Argentina (55,4%), países tidos com forte influência do mercado nos sistemas de serviço de saúde.

Os grandes paradoxos podem decorrer da relação complexa entre as lógicas de mercado e o ideário social de saúde como direito do cidadão e dever do estado que caracterizam o sistema de saúde brasileiro. Tal situação faz com que limitações se imponham entre os vários sistemas sociais tornando a realidade da saúde no Brasil extremamente complexa. Uma das limitações é que ocorreu uma migração da classe média e alta para outros sistemas, como o da Atenção Médica Suplementar e do Desembolso Direto, o que se assemelha ao Sistema de Dominância de Mercado, dessa forma, pode-se entender como uma das singularidades do sistema de saúde brasileiro, a coexistência de ambos os sistemas: e o de Dominância Estatal e Dominância de Mercado (JUNIOR; MESSIAS, 2005).

4.2 ANÁLISE DA ETAPA 3

A análise desta etapa examina o conteúdo dos modelos (Sistema Conceitual) de King e do Sistema Único de Saúde.

Lembrando que a terceira etapa, prevista por Fawcett, o exame do conteúdo dos modelos, foi feito por meio do “V” de Gowin.

Tal processo analítico foi conduzido sistematicamente tomando por base a decomposição dos elementos necessários ao processo de reorganização nos Vês heurísticos a serem produzidos.

De modo a já facilitar o processo de reorganização do conhecimento nos vês, o texto foi construído com a menção aos elementos do “V” de Gowin.

Com o objetivo de analisar, por meio da construção de um “V” heurístico, o conteúdo contido no modelo teórico e na Teoria do Alcance de Metas de King (1981), foi realizado como primeiro passo a definição da questão foco para este “V”: *“Como se dá a ação de enfermagem fundamentada no modelo e na teoria de Imogene King”?*

Partindo da questão foco, foi analisado o lado esquerdo e direito do “V” de Gowin, onde o esquerdo consiste no domínio teórico composto por filosofia, teoria, princípios e conceitos relativos à teoria de King (1981). No final do “V” se observa o evento esperado. No lado direito do “V” se observa o domínio metodológico do instrumento, a saber: registros, transformações e asserções do conhecimento. Portanto, serão analisados dentro dos construtos de King (1981) todas as formas de conhecimento acima descritas.

4.2.1 - Filosofias de Enfermagem e Perspectiva de King

O conceito de filosofia consiste da afirmação que engloba reivindicações epistêmicas sobre como determinados fenômenos tornam-se conhecidos, e reivindicações éticas sobre o que os membros de uma disciplina valorizam.

Filosofia é conceituada como uma declaração de crenças e valores sobre os seres humanos e seu mundo. “Uma visão de mundo”, comunica o que uma disciplina acredita ser verdade em relação aos fenômenos de interesse da disciplina, o que eles acreditam sobre o desenvolvimento do conhecimento sobre esses fenômenos, o que valorizam no que diz respeito às suas ações e práticas. Englobam reivindicações ontológicas e epistemológicas

sobre os fenômenos de interesse para a disciplina de enfermagem. É endereçado ao "conhecimento em si: o que é? quais suas propriedades? (MCEWEN; WILLS, 2009).

As reivindicações ontológicas e epistemológicas em filosofias de enfermagem refletem três contrastantes visões de mundo: “a visão de mundo de reação”; “a visão de mundo de interação recíproca” e “a visão de mundo de ação simultânea”. Essas três visões de mundo surgiram a partir de uma análise de cinco outros conjuntos de visões de mundo: (Mecanicista e organísmica); (mudança e persistência); (totalidade e simultaneidade); (particulado-determinista, interativa-integrativa, e unitário-transformadora); e ainda, (heurística e de complementaridade). As diferentes visões de mundo levaram a diferentes declarações sobre a natureza das relações entre esses conceitos metaparadigmáticos, e diferentes maneiras de gerar conhecimento e testes sobre conceitos e suas conexões (FAWCETT, 2005).

4.2.1.1 Visão de Reação

Esta visão de mundo contém elementos mecanicistas, de persistência, totalidade, e determinista. Apresenta as seguintes características, nela os seres humanos são seres bio-psico-socio-espirituais. Porém, o ser humano é compartimentado, é visto como a soma das suas características biológica, psicológica, social e espiritual. Reagem a estímulos ambientais externos de uma forma linear, causal. São considerados como inerentemente em repouso, respondendo de forma reativa para estímulos ambientais externos. O comportamento é considerado uma cadeia linear de causas e efeitos, ou estímulos e reações (FAWCETT, 2005).

A mudança ocorre somente para a sobrevivência. A mudança ocorre somente quando os seres humanos devem modificar comportamentos para sobreviver. Conseqüentemente, a estabilidade é valorizada. As ameaças à estabilidade são, no entanto, previsíveis e controláveis se há conhecimento suficiente sobre os estímulos que estariam forçando a mudança. Apenas os fenômenos objetivos que permitem ser isolados, observados, definidos e medidos são estudados. O conhecimento é desenvolvido apenas nos fenômenos quantificáveis que podem ser isolados e observados, definidos de forma concreta, e medidos por instrumentos objetivos (FAWCETT, 2005).

4.2.1.2 Visão de Interação Recíproca

Esta visão de mundo, que é uma síntese de elementos da visão organísmica, simultaneidade, totalidade, mudança, persistência e interativa-integrativa apresenta as seguintes características: os seres humanos são holísticos; as partes são vistas apenas no contexto do todo; o ser humano é visto como um sistema integrado, organizado não redutível a partes distintas. Embora as partes sejam reconhecidas, elas têm significado apenas dentro do contexto de um todo; os seres humanos são ativos, e as interações entre estes são recíprocas. A mudança ocorre em função de vários fatores antecedentes, é probabilística, e pode ser contínua ou pode ser apenas para sobrevivência. Mudanças no comportamento podem ocorrer ao longo da vida como o resultado de vários fatores dentro do indivíduo e dentro do ambiente. Por vezes, as mudanças são contínuas. Em outros momentos, pode ocorrer a persistência da estabilidade, só ocorrendo a mudança no sentido da promoção da sobrevivência. A probabilidade de alterações em qualquer momento só pode ser estimada e não determinada. A realidade é multidimensional, dependente do contexto, e relativa. Ambos os fenômenos objetivos e subjetivos, são estudados através de métodos quantitativos e qualitativos de inquérito. O desenvolvimento do conhecimento se concentra em fenômenos objetivos e experiências subjetivas e são realizadas por meio de abordagens tanto quantitativas como qualitativas. Múltiplas dimensões da experiência são tomadas em conta no contexto do ser humano em seu ambiente. A interação é considerada o produto dos esforços para o desenvolvimento e de conhecimento (FAWCETT, 2005).

O sistema Conceitual de King reflete uma visão de mundo da interação recíproca (FAWCETT, 2005, p. 93). A autora tem sua base na teoria geral de sistemas e, no cerne dessa teoria, repousa a ideia de interação entre subsistemas. King (1981) propõe uma perspectiva de visão holística do indivíduo em relação com outros sistemas que com ele se relacionam. Essa visão é expressa nos três sistemas do modelo conceitual da autora: Sistema pessoal, Sistema interpessoal e sistema social.

King (1997) relata:

“Meu posicionamento filosófico é pautado na teoria geral dos sistemas, que guia o estudo da complexidade organizada como sistemas totais.

“A teoria geral dos sistemas guiou-me para focar o conhecimento como um sistema de processamento da informação, alcance de meta e tomada de decisão.”

Fawcett (2005, p.94) identifica os seguintes aspectos que colocam a perspectiva de King na visão de interação:

“Os três sistemas interativos de King funcionam como um todo.”

“O foco está no holismo.”

“Seres humanos são ativos em interação sistemas”

“A mudança é o aspecto central no Sistema Conceitual de King. Estabelece a saúde como experiência de vida dinâmica que implica em constante ajuste aos estressores ambientais.”

Para King (1981), o mundo existe em interação recíproca. Os três sistemas interativos (pessoal, interpessoal e social) funcionam como um todo com foco no holismo. Os seres humanos são ativos em interação de sistemas. A mudança é um aspecto central e a saúde como experiência de vida dinâmica implica que os seres humanos estejam em constante ajuste aos estressores ambientais.

4.2.1.3 Visão de Ação Simultânea

Esta visão de mundo, que combina elementos organísmicos, simultaneidade, mudança e transformação unitária, traz as seguintes características.

Os seres humanos são identificados por padrões. O foco está no ser humano unitário, que é considerado como um campo holístico, auto-organizado. O ser humano é mais que a soma das suas partes, sendo reconhecido através de padrões de comportamento. Estão em intercâmbio rítmico mútuo com seu ambiente. O intercâmbio ser-ambiente humano é um processo rítmico mútuo. Mudam continuamente, de forma imprevisível, para o sentido mais complexo de auto-organização. Alterações nos padrões do comportamento ocorrem continuamente, unidirecionalmente e imprevisivelmente. Embora os padrões sejam por vezes organizados, e por vezes desorganizados, em última análise, a mudança é no sentido de aumentar a organização dos padrões comportamentais (FAWCETT, 2005).

Os fenômenos de interesse são o conhecimento pessoal e o reconhecimento dos padrões, as experiências interiores, sentimentos, valores, pensamentos e escolhas (FAWCETT, 2005).

4.2.2 Teorias de King

Para Gowin (1984) teoria é um conjunto organizado de princípios e conceitos que explicam por que objetos ou eventos exibem o que é observado.

Para a compreensão da teoria de King (1981), é preciso ter em mente que ela criou um modelo conceitual que sustentou uma teoria. Explicou que os conceitos particulares do seu sistema conceitual foram formulados em resposta a várias questões que emanam da sua preocupação pessoal sobre as mudanças na enfermagem (FAWCETT, 2005).

Em resposta a essas indagações, desenvolveu seu modelo conceitual que sustenta sua Teoria do Alcance de Metas, onde descreve a enfermeira e o paciente em interação usando o estabelecimento comum de metas como um processo que leva ao alcance dessas metas. Para ela, o profissional e cliente interagem para identificar situações de cuidado, estabelecer e atingir metas. Considera que no processo, seu sistema pessoal encontra-se com o sistema interpessoal e o sistema interpessoal é influenciado pelos sistemas sociais e pessoais (FAWCETT, 2005).

Utilizando Fawcett (2005, p.443), o conteúdo de uma teoria é constituído pelos conceitos e pelas proposições. Os conceitos são palavras ou grupos de palavras que expressam a imagem mental de um fenômeno. As proposições são afirmativas declarativas sobre um ou mais conceitos. As proposições podem ser não relacionais (definições) e relacionais (ligam conceitos). As questões propostas para se analisar o conteúdo de uma teoria são: quais são os conceitos da teoria? Quais são as proposições da teoria? Quais proposições são não relacionais? Quais proposições são relacionais?

Considerando que tanto conceitos como proposições relacionais foram detalhadamente abordados em tópicos específicos, verificou-se ser apropriada para a análise da teoria, a abordagem das proposições não relacionais e relacionais mais gerais que fundamentam e orientam a Teoria do Alcance de Metas, assim como propõe Fawcett (2005, p. 96-102), Dessa forma verificou-se que:

“Sistemas pessoais são indivíduos.”

“O sistema pessoal é um complexo que percebe, pensa, deseja, imagina, decide, identifica objetivos, e seleciona meios para alcançá-los.”

“O sistema interpessoal é composto por duas, três ou mais indivíduos que interagem em uma determinada situação.”

“Um sistema social é um sistema de limite organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e os mecanismos para regular as práticas e regras.”

“Os sistemas sociais são os grupos formados para alcançar fins específicos dentro da sociedade, tais como a família, a escola, hospital, indústria, organizações sociais, e a igreja.”

“Os sistemas sociais descrevem unidades de análise em uma sociedade, onde os indivíduos formam grupos para exercer as atividades de vida diária para manter a vida a saúde a esperança e a felicidade.”

“A enfermagem é um processo de ação, reação e interação em que enfermeira e cliente compartilham informações sobre suas percepções da situação de enfermagem.”

“O objetivo da enfermagem é ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam funcionar em seus papéis.”

“A meta da enfermagem é ajudar indivíduos manter sua saúde para que eles possam funcionar em seus papéis.”

“O processo de enfermagem é um processo de interação/transação.”

“A Teoria do Alcance de Metas é um processo de interação.”

“O ato de enfermagem é uma sequência de comportamentos de interação.”

“As interações podem ser observadas como uma transação.”

“Enfermeira e paciente são um sistema onde cada um afeta o comportamento do outro.”

“A ação de uma pessoa influencia a percepção de outra e vice-versa.”

“A percepção da enfermeira leva a julgamentos e à ação pela enfermeira.”

“A percepção do paciente leva a julgamentos e, em seguida à ação por parte do paciente.”

“A enfermeira valoriza um objetivo, identifica os meios para alcançá-lo, e toma medidas para alcançá-lo.”

“Ambientes internos são fontes de estressores e energia.”

“Ambientes externos são fontes de estressores e mudanças.”

“Do ambiente interno transformam energia para se ajustarem a contínuas mudanças do ambiente externo.”

“Os sistemas pessoais, interpessoais e sociais são elementos em um ambiente total.”

4.2.3 Princípios do Modelo Conceitual e Teoria de King

Fawcett (2005) conceitua princípios como proposições relacionais, ou seja, o que relaciona conceitos. O “V” heurístico de Gowin (1984) apresenta principio como enunciados de relação entre conceitos e afirmativas relacionais que guiam a ação e explica como os eventos se apresentam ou comportam. A proposição relacional de King liga os conceitos metaparadigmáticos de seres humanos, meio ambiente, enfermagem e saúde; a saber:

As proposições abaixo tratam do valor preditivo das relações entre conceitos da teoria.

“Se um percentual de precisão estiver presente na interação enfermeira/paciente, transações vão ocorrer.” (KING, 1981. p149)

“Se enfermeira e cliente fizerem transações, os objetivos serão alcançados.” (KING, 1981. p149)

“Se as metas forem atingidas, satisfações irão ocorrer.” (KING, 1981. p149)

“Se metas forem alcançadas, o efetivo cuidado de enfermagem irá ocorrer.” (KING, 1981. p149)

“Se transações são feitas na interação entre enfermagem e cliente, crescimento e desenvolvimento serão alcançados.” (KING, 1981. p149)

“Se as expectativas de papel e desempenho de papéis como percebida pela enfermeira e cliente são congruentes, transições irão ocorrer.” (KING, 1981. p149)

“Se o conflito de papéis entre enfermeira e cliente ocorrer, estresse na interação enfermeira cliente irá ocorrer.” (KING, 1981. p149)

“Se enfermeiros com habilidades e conhecimentos específicos comunicarem informações adequadas aos clientes estabelecendo metas, a realização de objetivo mútuo irá ocorrer.” (KING, 1981. p149)

“Em sistemas abertos como seres humanos interagindo com seus ambientes, existe uma comunicação contínua e dinâmica ocorrendo.” (King, 1981, p. 66).

“Os limites artificiais da enfermagem são os indivíduos e grupos interagindo com o ambiente. Os enfermeiros funcionam em seus papéis em uma diversidade de ambientes de cuidado de saúde.” (King, 1981, p. 1).

“Como profissionais os enfermeiros lidam com o comportamento de indivíduos e grupos em situações potencialmente estressoras em relação a saúde e doença, e ajudam as pessoas a atenderem suas necessidades que sejam essenciais para realizarem atividades de vida diária.” (King 1976, p. 51).

“O foco da enfermagem são os seres humanos interagindo com seus ambientes, conduzindo-os a um estado de saúde individual, que os habilita a funcionar em seus papéis sociais.” (King, 1981, p. 143).

4.2.4 Conceitos do Modelo Conceitual de King

Para Gowin (1984), conceitos são definidos como regularidades percebidas em eventos ou objetos. Os conceitos, de King (1981) refletem os metaparadigmas da enfermagem: “*ser humano, saúde, ambiente e enfermagem*” (FAWCETT, 2005, p. 95).

O conceito metaparadigma de ser humano e representados nos conceitos do sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social. Cada um desses conceitos é multidimensional, ou seja, englobam vários outros conceitos O conceito de sistema pessoal apresenta sete dimensões: percepção, self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, tempo, espaço

peçoal e aprendizagem. O conceito de sistema interpessoal apresenta seis dimensões: interação, comunicação, transação, papel, estresse e enfrentamento. Com a comunicação sendo dividida, entre: verbal e não verbal. O conceito de sistemas sociais apresenta seis dimensões: organização, autoridade, poder, status, tomada de decisão e controle (FAWCETT, 2005, p. 95).

Contudo, todos os conceitos estão inter-relacionados nas interações dos seres humanos com seu ambiente e são essenciais para a compreensão das interações entre os três sistemas. Exemplifica que o conhecimento da percepção é essencial para que os enfermeiros se conheçam e conheçam outras pessoas; a interação é essencial para que o enfermeiro compreenda e recolha informações sobre os seres humanos (FAWCETT, 2005, P. 95).

As definições dos conceitos do Sistema Conceitual de King, constituem as proposições não-relacionais desse modelo de enfermagem. Tais definições já foram descritas num capítulo anterior e, portanto, não serão reapresentadas integralmente aqui, cabendo nesse momento, a abordagem dos conceitos concernentes a teoria do alcance de metas.

Em sua teoria de médio alcance, King (1981) trabalha os seguintes conceitos: Percepção; crescimento e desenvolvimento; espaço; tempo; interação; comunicação; transação; papel; estresse e self.

A *percepção* é a representação que cada ser humano faz da realidade. Influencia todos os comportamentos e se relaciona com todos os demais conceitos, a percepção é subjetiva/pessoal e seletiva. A percepção é orientada para a ação no presente e será baseada na informação que estiver disponível. Na percepção os dados são obtidos através dos sentidos e da memória para serem organizados, interpretados e transformados representando a imagem da realidade do indivíduo. É a consciência da pessoa para objetos e eventos (KING, 1981. p.146).

O *crescimento e Desenvolvimento* incluem as modificações celulares, moleculares e comportamentais, podem ser definidos como os processos na vida da pessoa através dos quais ela se move. É uma função da dotação genética, experiências significativas e satisfatórias em um ambiente propício para ajudar os indivíduos a se moverem em direção à maturidade, ajudando a passar de potencial realizador para capacidade de autorrealização (KING, 1981, p. 148).

O *espaço* é definido como área física conhecida como território e pelo comportamento dos que o ocupam. Inclui o espaço que existe em todas as direções. Pode ser subjetivo, individual, situacional dentre outros. Existente em todas as direções e é o mesmo em todos os

lugares. O espaço é uma área física chamado território, e é definido pelo comportamento dos indivíduos que ocupam esse espaço, como gestos, posturas e limites visíveis erguidos para marcar o espaço pessoal. O uso do espaço comunica mensagens com diferentes significados em diferentes culturas. A percepção do espaço vai influenciar a forma como os indivíduos se comportam em determinadas situações (KING, 1981, p. 148).

O *tempo* é definido como duração entre um evento e outro, é a relação de um evento com outro e é experienciada exclusivamente por cada ser humano. É um continuo fluxo de eventos em movimento sucessivo para frente que implica em mudança, um passado e um futuro. Está relacionado à ritmicidade nas funções dos seres humanos. É importante em interações (KING, 1981, p. 148).

A *Interação* é influenciada pela percepção e pela reciprocidade, contém comunicação verbal e não verbal com aprendizado ocorrendo quando a comunicação é efetiva, é definida como comportamentos observáveis de duas ou mais pessoas na presença mútua. É um “Processo de percepção e comunicação entre pessoa e pessoa e entre pessoa e meio ambiente, representada por comportamentos verbais e não verbais que são direcionados a meta” (KING, 1981, p. 145).

A *comunicação* é um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para a outra, tanto diretamente em contato face a face como indiretamente, através de veículos ou tecnologias de informação ou comunicação. Pode ser verbal, não-verbal, situacional, perceptual ou transacional. Processo social fundamental para o desenvolvimento e manutenção das relações humanas pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra com o fim de estabelecer uma mutualidade entre cuidadores e beneficiários de cuidados (KING, 1981, p. 146).

A *transação* consiste de um processo de interação no qual os seres humanos comunicam-se com o ambiente para atingir metas que são valorizadas. As transações são derivadas da cognição e da percepção. As transações são exclusivas, temporais, espaciais e experienciais (KING, 1981). “Quando a enfermeira e paciente estabeleceram entendimento mútuo de eventos, mutuamente estabelecem metas a serem alcançadas pelo paciente e concordam acerca dos meios para alcançar a meta, uma transação ocorre” (KING, 1971 apud KING, 1999 p. 294).

Os *papéis* são recíprocos, o que faz com que a pessoa seja um doador em determinados momento e um receptor em outro. King apresenta três elementos principais no desempenho do papel, o primeiro é que ele consiste de um conjunto de comportamentos

esperados, o segundo é um conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e os direitos associados à posição na organização. O terceiro é um relacionamento de duas ou mais pessoas que estão interagindo com uma finalidade em uma determinada situação. King define o papel da enfermeira como interação com um ou mais indivíduos que estão envolvidos em uma situação de Enfermagem onde o profissional participa para a identificação e o alcance de metas. Dá-se por meio de regras que definem direitos e obrigações para um propósito para planejar e definir objetivos e atingir a implementação (KING, 1981, p. 147).

O *estresse* é um estado dinâmico pelo qual o ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio para o crescimento, o desenvolvimento e o desempenho, que envolve uma troca de energia e de informação entre a pessoa e o ambiente para a regulação e o controle dos estressores. O estresse pode envolver objetos, pessoas e eventos, pode ser positivo ou negativo, ou seja, pode gerar benefícios e ou malefícios à pessoa (KING, 1981). É uma troca de energia de um indivíduo para pessoas, objetos e eventos chamados estressores (KING, 1981, p. 147).

O *self* é uma composição de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência de uma pessoa sobre sua existência individual, sua concepção de quem e do que ela é. O self de uma pessoa é a soma total de tudo que ela diz ser. O self inclui, entre outras coisas, um sistema de ideias, atitudes, valores e comprometimentos. O self é o ambiente subjetivo total de uma pessoa. É o centro distintivo da experiência e significância. O self constitui o mundo interno de uma pessoa como distinto do mundo exterior constituídos de todas as outras pessoas e coisas. O self é o indivíduo como conhecido pelo indivíduo. É o que nós referimos como “eu” (KING, 1981, p.27-28).

4.2.5 Evento no Modelo Conceitual de King

Admitiu-se que a resposta à questão foco está contida no conceito transação apresentado por King, pois é na transação que a enfermeira e o cliente executam as medidas acordadas para alcançar as metas mutuamente estabelecidas. Na transação, a enfermeira e o cliente executam as medidas acordadas para alcançar as metas mutuamente estabelecidas (KING, 1981. p.101).

Gowin, (1984) considera a descrição do evento como resposta a questão foco, e considerando que a questão foco é: “*Como se dá a ação de enfermagem fundamentada na teoria de Imogene King?*” Pode-se observar que, nos conceitos de King (1981) a Transação é

definida como um processo de interação em que os seres humanos se comunicam com o ambiente para atingir as metas que são valorizadas. A Transação é definida como um processo de interação em que os seres humanos se comunicam com o ambiente para atingir as metas que são valorizadas. Transações são metas dirigidas aos comportamentos (FAWCETT 2005, p. 82).

Transações são metas dirigidas ao comportamento, também é definida como comportamento observável do ser humano seres que interagem com o ambiente que leva a alcançar a meta. As transações são observadas como um fluxo de informação a partir do ambiente por meio de codificação, transformação e processamento sensorial, linguística e elementos neurofisiológicos resultante na tomada de decisões que leva a ações humanas (FAWCETT 2005. p.98)

A transação refere-se aos componentes de valoração da interação. A fase de implementação do processo de interação é denominada de transação. A transação refere-se aos componentes de valoração da interação (KING, 1990, p. 128).

Na transação, a enfermeira e o cliente executam as medidas acordadas para alcançar as metas mutuamente estabelecidas. A transação envolve barganha e troca social ((KING, 1981. p.147).

É definida como comportamento observável do ser humano seres que interagem com o ambiente que leva a alcançar a meta. As transações são observadas como um fluxo de informação a partir do ambiente por meio de codificação, transformação e processamento sensorial, linguística e elementos neurofisiológicos resultante na tomada de decisões que leva a ações humanas (FAWCETT 2005. P.98).

4.2.6 Registros dos Eventos no Modelo Conceitual de King

Para Gowin (1984) os registros são observações feitas e registradas de eventos ou objetos estudados. Os registros da interação são obtidos por meio da descrição e análise da linguagem. A Linguagem humana é todo e qualquer sistema de signos que serve de meio de comunicação entre indivíduos humanos, e pode ser percebido pelos diversos órgãos dos sentidos, o que leva a distinguirem-se várias espécies de linguagem: visual, auditiva, tátil, dentre outras mais complexas, constituídas, ao mesmo tempo, de elementos diversos. Os elementos constitutivos da linguagem são gestos, sinais, sons, símbolos ou palavras, usados para representar conceitos de comunicação, ideias, significados e pensamentos (ALMEIDA, 2005).

Contudo, para King (1981), os registros somente podem ser realizados por meio da percepção. Portanto, convém abordar com maiores detalhes este conceito densamente trabalhado por King. Ela supõe que os seres humanos possuem um processo mental mais elevado do que outros animais. Entende isso como uma reflexão das ideias humanas, onde as experiências sensoriais fornecem dados brutos que ajudam a formar ideias particulares e universais como uma maneira de conhecer o mundo. As ferramentas perceptuais são sensoriais que correspondem aos órgãos do sentido, e intelectuais que correspondem aos processos cerebrais e que variam de pessoa para pessoa. A percepção sofre influência direta das experiências passadas, da noção de self, da biologia, da formação educacional, e dos grupos socioeconômicos.

King (1981) trabalha a ideia de que os sistemas sensoriais são essenciais para as pessoas perceberem o comportamento dos seres humanos e objetos no ambiente. Acredita que as pessoas raramente podem perceber todos os aspectos dos estímulos, dessa forma, aceitam sugestões e fazem julgamentos com base em informações incompletas.

A percepção coordena a captação sensorial do ambiente, dessa forma, percebemos o outro e o ambiente, com propósitos, objetivos e interesses próprios. As pessoas percebem outras pessoas e objetos no ambiente, e essas experiências fornecem informações sobre o mundo. Através dessas experiências, os indivíduos formam categorias do mundo concreto, a essas abstrações são chamados conceitos. A percepção é subjetiva, pessoal e seletiva para cada pessoa. Portanto, não se pode supor que cada pessoa, em uma dada situação, perceba os eventos similarmente. Percepções são baseadas nas experiências individuais de cada pessoa. A percepção é a ação orientada no presente. A pessoa vê o mundo a partir das informações que estão disponíveis e são influenciadas por interesses, necessidades e objetivo (KING, 1981).

Os seres humanos estão em um estado contínuo de participação ativa em um ambiente perceptual. A consciência dos últimos eventos, valores e necessidades servem como fatores que influenciam a organização das percepções (KING, 1981).

Para King (1981), os fatos da percepção apresentam-se sempre através de situações concretas, eles podem ser estudados apenas em termos das operações que podem ser observadas, pois a percepção organiza, interpreta e transforma as informações fornecidas pelo ambiente, dados do sentido, e pela memória. Considera essencial que os enfermeiros conheçam a percepção para que possam avaliar interpretar e planejar as ações de enfermagem no sentido do alcance de metas para a saúde. Ressalta que a percepção pode ser distorcida por

estados emocionais elevados, tais como raiva, medo, amor. Um elemento importante em interações enfermeiro-paciente é a percepção exata do outro. A percepção acurada é um primeiro passo para a definição de objetivos mútuos e para explorar meios de avançar para o estabelecimento e o alcance de metas.

Para King (1981), a ação da enfermagem deve começar com a avaliação do sistema sensorial do paciente, considerando idade, sexo, educação, uso de drogas e dieta. Pois essas informações podem alertar para elementos que podem influenciar a percepções que o paciente tem do processo. Os enfermeiros devem pedir para que seus pacientes discutam as razões para estar buscando cuidado, isso contribui para que se tenha uma ideia da percepção do que está acontecendo consigo. Enfermeiros precisam estar cientes dos fatores que influenciam as suas percepções em ambientes de cuidados e das inferências sobre os pacientes, com base em algumas pistas comportamentais. Deve-se ter em conta que o sofrimento difere de acordo com o aspecto cultural e socioeconômico, idade e diagnóstico do paciente. Considera tais observações como essenciais para avaliar o estresse, a ansiedade, as necessidades e a prontidão para aprender sobre o que está acontecendo com os pacientes.

Para King (1981), a avaliação dos sistemas sensoriais e nervosos permitirá a detecção de interferências no sistema perceptivo de um paciente, e vai permitir que o enfermeiro planeje o cuidado de acordo com interpretações que faz da informação recolhida. Pois sustenta que pacientes submetidos a sobrecarga sensorial, têm comportamento alterado. Relata que o sistema nervoso alterado internamente por doenças, drogas, álcool, estimulação sensorial, sobrecarga, ou privação, uso de mecanismos de defesa e alguns fatores de personalidade podem alterar o comportamento e conseqüente, a percepção. A percepção do enfermeiro deve estar em consonância com a percepção do paciente, pois estudos mostram que enfermeiros percebem necessidades diferentes das que os pacientes demonstram.

Considera importante o zelo pelo ambiente em que os cuidados de enfermagem são realizados, pois acredita que podem causar sobrecarga sensorial ou privação sensorial pelos pacientes. Qualquer experiência pode causar distorção perceptiva e comportamentos inesperados em alguns ambientes. As relações espaço-temporal em ambientes de atendimento ao paciente podem influenciar as percepções e, portanto, o tratamento dos pacientes (KING, 1981).

Percepções podem ser alteradas em indivíduos quando eles experimentam uma perda sensorial, tais como cegueira, surdez ou dor. Fatores no ambiente dos sistemas de cuidados de

saúde podem influenciar as percepções do cuidador e as percepções dos beneficiários dos cuidados (KING, 1981).

Contudo, considerando que para Gowin, (1984) os registros correspondem ao que pode ser capturado do fenômeno, e considerando que para King a percepção coleta as informações do ambiente, mas que os fatos da percepção apresentam-se sempre através de situações concretas e que podem ser estudados apenas em termos das operações que podem ser observados. Verifica-se que King (1981) traz em sua teoria quais e como devem ser realizados os fatos de percepção ou registros. Segundo King, (1981), os registros fornecem um método lógico, eficiente e eficaz para a gravação de problemas dos pacientes e as medidas tomadas para resolvê-los.

King trabalha o Registro orientado para o alcance de metas, em inglês GONR (Goal-Oriented Nursing Record), para que o processo de enfermagem caminhe para a implementação de um plano de cuidados de enfermagem. Os resultados obtidos também devem ser parte do registro permanente dos clientes.

Os registros são organizados para a enfermeira e o cliente identificarem o resultado do processo de interação em transação. O resultado é expresso em termos do estado de saúde, ou a capacidade do cliente para funcionar em papéis sociais. A enfermeira e o cliente tomam uma decisão em relação se o objetivo foi alcançado e, se necessário, determinam por que o objetivo não foi alcançado (FAWCETT, p. 101)

Num esforço para desenvolver um registro orientado para o alcance de metas, os enfermeiros devem abordar uma situação de enfermagem com conhecimento teórico que ajuda a verificar percepções e da exatidão dos dados recolhidos para identificar os problemas e definir metas (KING, 1981).

A enfermagem orientada para o alcance de metas consiste de cinco grandes elementos: (1) uma base de dados, (2) uma lista de problemas, (3) uma lista de metas,(4) um plano, e (5) notas de progresso (KING, 1981. p. 165).

Os dados básicos são compostos de toda a informação recolhida sobre uma pessoa sobre a entrada no sistema de saúde. Esta informação inclui a história de enfermagem avaliação de saúde, a história médica e exame físico; resultados dos exames laboratoriais; e outras fontes, tais como a família e assistentes sociais (KING, 1981).

A partir da análise dos dados básicos, os problemas são identificados, numerados, intitulados e listados no registro do cliente.

Em seu trabalho, King (1981. p.166) recomenda aplicar o Registro de Enfermagem Orientado a Meta (GONR – na sigla em inglês) (KING, 1981). O GONR é um sistema de registro das observações e ações da enfermeira e as respostas dos clientes. Possui dados básicos, diagnósticos de enfermagem, lista de metas, prescrições de enfermagem, diagramas de fluxo, anotações de evolução e sumário de alta. Contudo, King não é rígida, orienta que cada serviço de atenção à saúde deva adequar seus registros à sua vivência.

4.2.7 Transformações no Modelo Conceitual de King

Entendendo que para Gowin (1984) as transformações correspondem às formas de organização dos registros. Verifica-se que para o trabalho da enfermagem os registros são organizados em forma de processo de enfermagem.

King percebe o processo de Enfermagem como um sistema de ações inter-relacionadas. (KING, 1981. p. 164). O processo de Enfermagem em King compreende a: Investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (KING, 1981. p.165). Na investigação, a enfermeira coleta dados sobre o crescimento e o desenvolvimento do cliente, a visão de si e a percepção do estado de saúde mental, os padrões de comunicação e socialização dentre outros. A investigação ocorre durante a interação da enfermeira com o cliente. Nesse momento do processo de Enfermagem, King identifica a percepção, a comunicação e a interação da enfermeira e do cliente como os principais conceitos para a investigação, mas todos os conceitos da teoria aplicam-se. Exemplifica que o crescimento e o desenvolvimento, o conhecimento de si e de seu papel, a intensidade do estresse influenciam na percepção e conseqüentemente na comunicação, na interação na transação e no alcance de metas (KING, 1981).

Avaliação das metas alcançadas representa a fase de avaliação do processo de interação-transação. Os registros são organizados no sentido da enfermeira e o cliente identificarem o resultado do processo de interação em transação. O resultado é expresso em termos do estado de saúde, ou a capacidade do cliente para funcionar em papéis sociais. A enfermeira e o cliente tomam uma decisão em relação se o objetivo foi alcançado e, se necessário, determinam por que o objetivo não foi alcançado (FAWCETT, 2005. p.101)

4.2.8 Asserções de Conhecimento do Modelo Conceitual de King

Gowin (1984) diz que asserções do conhecimento são enunciadas que respondem as questões-foco e que são interpretações razoáveis dos registros e das transformações. Contudo, observou-se a possibilidade de fazer asserções em todos os tópicos analisados do “V” de Gowin. Assim sendo, buscou-se interpretar cada tópico “possível” do instrumento heurístico: filosofia, teoria, princípios, conceitos, registros, transformações. Assim como exposto:

- A ação de enfermagem em King apresenta visão de mundo centrada na interação recíproca.
- A interação propicia o alcance de Metas considerando a pessoa como um todo “pessoal, interpessoal e social”.
- Os conceitos de King promovem a interação e o alcance de metas.
- O evento em King consiste na conquista de metas por meio da transação.
- Os registros resultam da aplicação do GORN que captura dados da transação.
- A filosofia, teoria, princípios, registros e transformações de King permitem que a enfermagem mantenha suas características disciplinares.

No intuito de analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo conceitual, analisou-se o conteúdo das políticas, leis e normas do Sistema Único de Saúde e daquelas orientadas a saúde mental no âmbito dos CAPS AD.

Para tal propósito, o “V” heurístico foi utilizado como ferramenta para “desempacotar” os conhecimentos contidos nos documentos orientadores do SUS.

Como ponto de partida formulou-se a questão foco para este “V” que é: *Como se dá o atendimento ao usuário no CAPS AD considerando as orientações relativas à integralidade e transdisciplinaridade da atual política de saúde*”?

No procedimento analítico, assim como na análise do conhecimento contido em King, foram analisados os seguintes itens do domínio teórico: filosofia, teoria, princípios, conceitos. Para o domínio metodológico: eventos, registros, transformações e asserções.

Desse modo as particularidades da assistência mental são mais bem exploradas a partir da categoria de “eventos”. Assim se fez pela proximidade semântica entre os elementos metodológicos e as práticas e metodologias de assistência no CAPS AD.

4.2.9 Perspectiva Filosófica do SUS

No intuito de desvendar as influências filosóficas do SUS, parte-se do conceito de filosofia de Gowin, (1984), onde filosofia é visão de mundo, crenças gerais, abrangentes, profundas, sobre a natureza do conhecimento que subjazem sua produção.

Pautado por este conceito, procurou-se pesquisar o contexto da saúde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com suas motivações para a mudança. Importa saber que pouco antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e com o caráter contributivo do sistema que gerava dois grandes grupos na população; os previdenciários e não previdenciários (BRASIL, 2003a).

Essa divisão, profundamente injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira em cidadãos de primeira e de segunda classe. Os de primeira classe tinham acesso à assistência à saúde, enquanto os de segunda classe, não previdenciários, tinham acesso limitado, restrito às ações dos poucos hospitais públicos e filantrópicos (BRASIL, 2003a).

Os prejuízos à saúde da população geraram um movimento na direção de uma reforma do sistema de saúde. Nesse processo, a “carteirinha” de convênio com o (INAMPS) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que caracterizava os beneficiários do sistema de serviços de saúde, foi extinta, e se permitiu o atendimento de todos na rede pública. Como coroamento do processo, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que com a promulgação da Constituição de 1988, deu início a implantação do SUS (BRASIL, 2003a).

Para além das bases tratadas na origem e singularidade do SUS, são nas doutrinas que encontramos a visão de mundo, crenças gerais, abrangentes e profundas do SUS. Sendo elas, a universalidade, a integralidade e a equidade definidas como consta em Brasil (2003a):

“A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.”

“A equidade consiste em assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.”

“A integralidade consiste no reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral”.

4.2.10 Perspectiva Teórica do SUS

De forma semelhante à filosofia, procurou-se encontrar o que seria a teoria do SUS partindo do conceito de Teoria de Gowin (1981). Ele define teoria como conjunto organizado de princípios e conceitos que guiam a produção de conhecimento explicando porque eventos ou objetos exibem o que é observado.

Utilizando Fawcett (2005, p.443), o conteúdo de uma teoria é constituído pelos conceitos e pelas proposições. Os conceitos são palavras ou grupos de palavras que expressam a imagem mental de um fenômeno. As proposições são afirmativas declarativas sobre um ou mais conceitos. As proposições podem ser não relacionais (definições) e relacionais (ligam conceitos). As questões propostas para se analisar o conteúdo de uma teoria são: quais são os conceitos da teoria? Quais são as proposições da teoria? Quais proposições são não relacionais? Quais proposições são relacionais?

Considerando que seria altamente controverso analisar uma “teoria do SUS” pelo aspecto pragmático de sua construção, optou-se desempacotar o conhecimento desta teoria tomando por base a lei elementar que fundou-o: a Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990.

As proposições mais gerais, portanto, de caráter teórico constam do Art 2º e 3º da referida Lei:

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

“O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.”

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia,

o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)”

“Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto anteriormente, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

As proposições não relacionais:

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”

“Estão incluídas no SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. Sendo que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.”

“Os objetivos do SUS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, o dever do Estado de garantir a saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.”

As afirmativas relacionais são trabalhadas de forma separada segundo a proposta de Gowin (1984) e estão contidas nos princípios do SUS.

4.2.11 Princípios do SUS

Para Gowin (1981), princípios são enunciados de relações entre conceitos que guiam a ação, explicando como se pode esperar que eventos ou objetos se apresentem ou comportem.

Observa-se que a Lei Federal nº 8.080 no seu capítulo II “Dos Princípios e Diretrizes” apresenta os princípios do SUS.

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- VIII - participação da comunidade;*

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

4.2.12 Conceitos do SUS

Para Gowin (1984), conceito consiste na regularidade percebida em eventos ou objetos identificados por um rótulo ou conceito. Contudo o SUS traz grande número de conceitos em seus documentos oficiais, sendo necessário delimitar o conjunto de conceitos a ser trabalhado. Nesse sentido, considerou-se os conceitos da teoria do alcance de metas de King para a busca dos conceitos relacionados ao atendimento ao usuário no CAPS AD. Não se considerou apenas a definição do conceito, mas também as ideias relativas a ele. Isso faz-se importante para abrir o leque de relações e discussões posteriores.

Contratualidade

“O poder contratual está na possibilidade dos indivíduos serem aceitos e reconhecidos como legítimos parceiros no jogo social. As pessoas dependem de uma aceitação a priori para serem incluídas no processo de troca de bens, mensagens e afetos. A contratualidade é elemento estruturante da desinstitucionalização. Pois no jogo social, há relações desiguais de poder onde o usuário é a parte mais fraca na contratualidade. Observa-se que a pessoa chega de duas formas ao serviço, espontaneamente, ou de não espontaneamente. Quando espontânea, ela chega numa certa posição de desvantagem para a efetivação do poder contratual. Cabe ao profissional não impor seu poder contratual para que as exigências contratuais não sejam muito elevadas, pois contratos com exigências menores facilitam o alcance das metas firmadas” (BRASIL, 2014. P.19).

Vínculo

“O vínculo consiste na “estrutura dinâmica estabelecida na relação sujeito-objeto com características específicas que vão desde aqueles consideradas normais até as interpretadas como patológicas. [...] é uma relação particular estabelecida entre o sujeito e um objeto, na qual o sujeito exerce uma função frente ao objeto e o objeto, por sua vez, exerce também determinada função frente ao sujeito” (KANTORSKI; SOUZA, MIELKE, 2006, p.3).

“Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (BRASIL, 2010a. p.70).

“Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados” BRASIL. 2009. (p16).

“A relação de vínculo terapêutico na atenção básica, que pode se construir no tempo, com o seguimento dos casos, pode facilitar a identificação de objetos de investimento – coisas/situações que dão prazer, estimulam recriação da vida, potencialidades – que cada pessoa tem para além do sofrimento/doença.” (BRASIL, 2012a. p. 33).

Percepção de se ter um problema com alguma substância psicoativa

“Pressupõe que ocorra com o usuário mudança no modo de avaliar alguns fenômenos até então considerados como egossintônicos. Tornam-se parcialmente egodistônicos, e o indivíduo percebe que há algo "errado" consigo.” (FONTANELLA; MELLO; DEMARZO, *et. all.* 2008).

Lateralidade

“Dá-se em espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade” (BRASIL, 2010b, p. 35).

“Em um serviço de saúde (a transversalidade), pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade” (BRASIL, 2010a, p.68).

“Conversação, trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade. Propicia espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo. Saber de suas dificuldades e de sua vida, partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas - de saúde ou não. Esclarecer dúvidas, lidar com o inesperado das perguntas. Estando ali no limite de cada um, onde as trocas acontecem, incentivando práticas que estimulam o conviver, seja nas rodas, nas caminhadas, nas atividades lúdicas, etc. ações com as pessoas, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade” (BRASIL, 2010b, p. 35).

Transversalidade

“Em um serviço de saúde (a transversalidade), pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade” (BRASIL, 2010a, p.68).

Identidade do SUS

“Os princípios constitucionais do SUS parecem caminhar no sentido de um sistema de saúde identificado com a democracia participativa e com os interesses e necessidades da população brasileira, especialmente das classes populares” (SILVA, MACHADO, de LIMA, 2014, p.22).

“Para Silva; Machado; de Lima (2014), o Sistema Único de Saúde não é tão “único” assim, na medida em que o próprio Ministério da Saúde ao regular os planos privados de saúde, acaba por reconhecer a existência de um sistema privado e de um sistema público”.

“A partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 fica caracterizada a idéia de um sistema de saúde que tem por objetivo a atender interesses conflitantes, ou seja, de um lado, atender ao interesse da acumulação capitalista, e de outro, como já referido, aos interesses e necessidades da população” (SILVA, MACHADO, de LIMA, 2014, p.23).

Papel do SUS

“O Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na Constituição Federal Brasileira, tem o papel de ser o sistema de saúde dos milhões de brasileiros, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O SUS exerce seu papel de protagonismo, visto que a saúde privada é suplementar, amparado por um conceito ampliado de saúde” (BRASIL, 1990).

Reabilitar/Habilitar

“Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/ doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos o “re” se aplica” (BRASIL, 2010a, p.66).

Eixo temporal do Projeto Terapêutico Singular

“Os dados coletados pela equipe para a construção do Projeto Terapêutico Singular podem ser organizado na forma de um mapeamento. “é útil construir uma linha do tempo onde são disposto de modo sequencial os eventos significativos da vida da pessoa” (BRASIL, 2014, p. 25).

Sofrimento:

“Surgimento de uma nova dimensão, uma nova esfera no conjunto preexistente. Esta nova esfera vai influir nas outras esferas de acordo com as relações que se estabelecerem entre elas e pelos deslocamentos e modificações das correlações prévias. Vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa” (BRASIL, 2013, p. 31).

“Na “perspectiva multidimensional e sistêmica proposta por Cassell, podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa” (BRASIL, 2013, p. 32).

Território:

“Limite geográfico e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde” (BRASIL, 2013, p. 34).

Territórios existenciais:

“Relações sociais e as dinâmicas de poder. Podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. Se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si” (BRASIL, 2013, p. 34).

4.2.13 Evento no CAPS

Considerando que para Gowin (1984) o evento consiste na descrição dos eventos (acontecimentos) estudados a fim de responder a questão foco. Eventos são descritos como algo que ocorre, acontecerá ou tem a possibilidade de acontecer. Como entidades metafísicas são acontecimentos, processos, eventos, ondas de energia; sendo os fundamentos do ponto de vista Construtivista.

Considerou-se como ocorrência de centralidade para o atendimento ao usuário no CAPS AD o “*vínculo*”, que foi conceituado anteriormente entre os conceitos do SUS.

É importante salientar que o vínculo no SUS está acompanhado por ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de uma maneira ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e que não aceita a redução. Envolve a valorização do cuidado e o acolhimento do usuário em seu contexto social. Com tratamento respeitoso, digno e com qualidade de acolhimento (FONTOURA; MAYER, 2006).

Portanto, o conceito “vínculo”, além de incorporar conceitos relacionados a humanização abrangem também a integralidade, a transdisciplinaridade além daqueles que envolvem o projeto terapêutico singular que será abordado a seguir. Dessa forma, o conceito “vínculo” fica evidenciado como evento fortemente relacionado a uma profunda interação e, então, é aspecto a ser esperado nas interações com os usuários nos CAPS.

Os processos de trabalho em saúde, no contexto da Política Nacional de Humanização de natureza transversal, apontam algumas diretrizes a serem seguidas: acolhimento, clínica ampliada, cogestão, produção de redes, valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. (BRASIL, 2009, p. 16).

“Para a prática de uma clínica ampliada é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidades com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica”.

O vínculo consiste de estrutura dinâmica estabelecida na relação sujeito—objeto com características específicas que vão desde aquelas consideradas normais até as interpretadas como patológicas (DE SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006, p.3)

4.2.14 Registros no CAPS AD

Partindo da definição de registro de Gowin (1984), como os dados brutos do evento e considerando o evento como a assistência integral ao usuário do CAPS AD, cabe nesse momento abordar o meio e ou forma em que a coleta desses dados acontece.

O registro das informações é realizado em um prontuário transdisciplinar, onde se deve registrar (BRASIL, 2012).

- *Para quem a situação é um problema?*
- *De quem é o problema?*
- *Quem é o encaminhador do mesmo?*
- *Porque é visto como problema pelo encaminhador?*
- *Porque discutir esse problema e não outros?*

Para o atendimento específico no CAPS AD deve-se registrar (BRASIL, 2014).

- *Condições físicas*
- *Estado físico geral*
- *Doenças presentes*
- *Capacidade funcional*
- *Imagem corporal,*
- *Relação que a pessoa tem com sua imagem corporal*
- *Aspectos dos padrões estéticos*
- *Aspectos dos padrões culturais,*
- *Posturas e maneiras de estar que vão influenciar nas possibilidades das relações sociais*
- *Apropriação no campo da linguagem*
- *Condições de vida*
- *Condições culturais*
- *Condições laborais*
- *Histórico amoroso*
- *Mudanças de comportamento*
- *Estado emocional dominante*
- *Condutas bizarras*
- *Vivências bizarras*
- *Expressões extremas.*
- *Vulnerabilidades*
- *Riscos do usuário*
- *Riscos da família*
- *Dinâmica familiar*
- *Potenciais*
- *Recursos*
- *Limitações*
- *Obstáculos*
- *Carências (coisas que a pessoa sente e falta)*
- *Necessidades (coisas que “sem a qual não é possível”)*
- *Demandas (coisas que a pessoa requisita)*

Contudo, o evento de vínculo servirá de alicerce para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2014, p.18). Então, é vital identificar e registrar os elementos que permitirão a ocorrência do vínculo terapêutico.

Antes de se iniciar um PTS, há que se adequar o esquema conceitual dos profissionais (BRASIL, 2014, p.14). Sendo assim, investigar e registrar os seguintes aspectos do esquema conceitual que constituem as variáveis essenciais ao vínculo:

- 1) Visão Manicomial (periculosidade, cura e custódia, norma e normalidade, dicotomias entre natureza e cultura – biológico e social – corpo e mente, autoridade do conhecimento determinando o poder sobre o outro, imutabilidade e eternidade das essências.
- 2) Visão reformada ou transformada (adoção o risco da relação e do relacional, tutela dos direitos e cuidar das pessoas, saúde como normatividade, modos de apresentação novas vivências e novas emoções.

4.2.15 Transformações no CAPS AD

Entendendo que para Gowin (1984) as transformações correspondem às formas de organização dos registros. Deve-se salientar que no CAPS AD os dados a serem registrados são realizados e organizados num prontuário transdisciplinar, para que dentro deste, seja discriminado o que a política chama de projeto terapêutico. Contudo, assim como ocorre em King (1981), os dados são transformados, nesse caso, são transformados em pactuação, avaliação situacional, hipóteses diagnósticas, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação no sentido da reparação, potenciação e emancipação do indivíduo ou grupo (BRASIL, 2004b).

Construído a partir dos registros, o projeto terapêutico deve, necessariamente, organizar as ações que visem ao aumento da autonomia do usuário e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados, além das propostas e objetivos de tratamento, contemplando as necessidades, possibilitando autopercepção e promovendo a manifestação de suas perspectivas e desejos (BRASIL, 2004b).

O processo de construção do projeto terapêutico singular é um processo interdisciplinar que deverá acontecer na seguinte sequência (BRASIL, 2014, p,28):

- 1- Inicia com a pactuação sobre a Situação Singular, individual ou coletiva, a partir da qual será desenvolvida a proposta de intervenção;
- 2- Segue-se a apresentação da Avaliação da Situação;
- 3- Levantamento e a discussão das Hipóteses Diagnósticas;
- 4- Pactuação de Definição de Metas;
- 5- Após as metas serem estabelecidas, é hora de dividir as responsabilidades de forma pactuada;
- 6- Reavaliações periódicas das ações, visando também a pactuação de ajustes identificados como importantes para o alcance das metas ou de suas modificações.

Os dados coletados pela equipe podem ser organizados na forma de mapeamento dos diversos espaços que representam as diversas esferas da vida da pessoa, apontando como essas esferas se interferem mutuamente e salientando o valor hierárquico entre elas. (BRASIL, 2014).

Em relação ao Projeto Terapêutico Singular “são necessárias reavaliações periódicas das ações, visando também a pactuação de ajustes identificados como importantes para o alcance das metas ou de suas modificações” (BRASIL, 2014, p. 20).

4.2.16 Asserções de Conhecimento no CAPS AD

Gowin (1984) diz que asserções do conhecimento são enunciados que respondem as questões-foco e que são interpretações razoáveis dos registros e das transformações.

Optou-se por produzir nas asserções de conhecimento uma síntese dos elementos já desenvolvidos nas etapas anteriores. Deste modo, foi tomada como base para a síntese a Portaria 3.088 de 2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na mencionada portaria a Rede de Atenção Psicossocial tem como diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Entende-se que outros elementos da referida portaria poderiam ser colocados nesta categoria de conhecimentos, contudo, optou-se por limitar-se às diretrizes como aspectos centrais que representam a proposta apresentada.

Dos conhecimentos sintéticos do SUS e CAPS AD percorrendo todos os elementos do Vê de Gowin foram construídas as seguintes afirmativas relacionais:

- CAPS AD apresenta visão de mundo orientada pela integralidade e humanização.
- O SUS é guiado pela universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade expressa pelo vínculo.
- Os princípios do SUS fundamentam-se na integralidade de assistência, a preservação da autonomia das pessoas e a capacidade de resolução dos serviços.
- Os conceitos no CAPS AD promovem a resolubilidade por meio do vínculo.
- O evento do SUS consiste no vínculo.
- Os registros nos CAPS AD constituem dos dados colhidos que darão subsídio ao Projeto Terapêutico Singular.

4.3 CONSTRUINDO RELAÇÕES ENTRE OS MODELOS DE KING E SUS

Para relacionar os modelos ou estabelecer afirmativas relacionais entre os dois modelos foi concebido um quadro que traz nas primeiras duas colunas os elementos analisados do sistema conceitual de King e da Teoria do Alcance de Metas pelo domínio disciplinar e do Sistema Único de Saúde pelo domínio transdisciplinar. Na terceira coluna a construção de afirmativas relacionais que produzem conexões entre os conceitos.

Os quadros estão dispostos na sequência de fluxo do Vê de Gowin orientando-se do domínio teórico para o domínio metodológico. No domínio teórico: Origens e motivação; singularidade; filosofia; teoria; princípios; e conceitos. No domínio metodológico: eventos; registros; transformações e asserções do conhecimento.

4.3.1 Domínio Teórico

Quadro 1 – Resumo da análise e afirmativas relacionais das origens e motivações dos modelos de king e SUS

Origem e motivação de King	Origem e motivação do SUS	Afirmativa relacional das origens e motivações
Construir um modelo conceitual disciplinar de enfermagem que tivesse centralidade nos conceitos universais de: sistemas sociais, saúde, percepção e relações interpessoais.	Construir por meio da participação da sociedade brasileira um sistema de saúde que garantisse o princípio de saúde como direito de todos e dever do estado.	O sistema de saúde brasileiro é uma construção social em que a enfermagem como disciplina tem corresponsabilidade de colaborar em sua concepção e desenvolvimento. Como prática profissional e social de percepção aguçada e experimentada historicamente, a enfermagem deve se empenhar em agir em sistemas sociais de forma a garantir que o estado cumpra seu dever de oferecer saúde com um direito de todos. No Brasil, essa garantia se dá por meio do Sistema Único de Saúde. Nas relações interpessoais deve atuar para garantir a saúde dos seres humanos.

Quadro 2 - Resumo da análise e afirmativas relacionais das singularidades dos modelos de King e SUS

Singularidade de King	Singularidade do SUS	Afirmativas relacionais sobre singularidades
A singularidade está nos seres humanos interagindo com seu ambiente ou em indivíduos cujas interações em grupo dentro dos sistemas sociais influenciam comportamentos dentro dos sistemas.	O sistema de saúde brasileiro proposto na contramão da proposta neoliberal dos anos de 1990 no Brasil pela pressão popular se encontra em um processo de construção marcado por permanente embate dos opostos: o projeto da reforma sanitária brasileira e o projeto neoliberal. Vive o paradoxo de ter um subfinanciamento se comparado a outros sistemas de dominância do estado no mundo.	Os seres humanos ao interagirem com seu ambiente e com outros seres humanos em seu sistema social são capazes de implantar anseios pessoais, interpessoais e sociais, mesmo nas condições adversas. Este movimento humano é permanentemente dinâmico, exigindo que interações contínuas se processem. A vigilância e ajuste dinâmico dos sistemas é que garante que os objetivos primeiros possam ser mantidos ou reconsiderados em função dos interesses pessoais, interpessoais e sociais. Situações paradoxais podem surgir de processos interativos entre sistemas, expressando singularidades.

Quadro 3 - Resumo da análise e afirmativas relacionais das filosofias dos modelos de King e SUS

Filosofia de Enfermagem em King	Filosofia do SUS	Afirmativas relacionais das filosofias
O mundo existe em interação recíproca. Os três sistemas interativos (pessoal, interpessoal e social) funcionam como um todo com foco no holismo. Os seres humanos são ativos em interação de sistemas. A mudança é um aspecto central e a saúde como experiência de vida dinâmica implica que os seres humanos estejam em constante ajuste aos estressores ambientais	A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e	O foco dos sistemas humanos está em funcionar em uma perspectiva total. Indivíduos, grupos e sociedades interagem de forma recíproca alterando-se mutuamente. Como seres ativos e interativos compartilham visões sobre a realidade e experiências de vida. A saúde como experiência de vida dinâmica requer constante ajuste a estressores ambientais. No entanto, a visão totalizante, humana e interativa exige que se entenda que todos devam ter

(KING, 1981)

federal (BRASIL, 2003).

A equidade consiste em assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 2003).

A integralidade consiste no reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral” (BRASIL, 2003).

garantia de atenção à saúde, cabendo ao Estado, como organização humana social, empenhar-se no cumprimento deste dever. Como seres complexos, os humanos demandam necessidades diferentes, que percebidas devem ser atendidas até o limite em que o sistema puder atendê-las sem colocar em risco a existência da totalidade. Como ser indivisível, o ser humano é integrante de uma comunidade, porém de igual forma são indivisíveis as formas de atenção à sua saúde e os sistemas prestadores de serviços de saúde.

Quadro 4 - Resumo da análise e afirmativas relacionais das teorias dos modelos de King e SUS

Teoria de King e postulados teóricos	Teoria do SUS	Afirmativas relacionais das teorias
<p>Sistemas pessoais são indivíduos.</p> <p>O sistema pessoal é um complexo que percebe, pensa, deseja, imagina, decide, identifica objetivos, e seleciona meios para alcançá-los.</p> <p>O sistema interpessoal é composto por duas, três ou mais indivíduos que interagem em uma determinada situação.</p> <p>Um sistema social é um sistema de limite organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e os mecanismos para regular as práticas e regras.</p> <p>Os sistemas sociais são os grupos formados para alcançar fins específicos dentro da sociedade, tais como a família, a escola, hospital, indústria, organizações sociais, e a igreja.</p> <p>Os sistemas sociais descrevem unidades de análise em uma sociedade, onde os indivíduos formam grupos para exercer as atividades de vida diária para manter a vida a saúde a esperança e a felicidade.</p> <p>A enfermagem é um processo de ação, reação e</p>	<p>O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.</p> <p>Estão incluídas no SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. Sendo que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.</p> <p>Os objetivos do SUS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, o dever do Estado de garantir a saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização</p>	<p>O Sistema Único de Saúde como conjunto de ações e serviços de saúde representa um elemento do sistema social.</p> <p>Como sistema social engloba múltiplas instituições e indivíduos com papéis sociais, comportamentos e práticas que devem se orientar aos valores, objetivos e normas do SUS.</p> <p>Os usuários como sistemas pessoais complexos em interação com o SUS devem ser considerados como seres com propriedades de perceber, pensar, desejar, imaginar, decidir, identificar objetivos, e selecionar meios para alcançá-los. Assim, os sistemas sociais dos SUS (profissionais e instituições) devem sustentar suas ações levando em conta as mencionadas propriedades dos usuários.</p> <p>Todos os seres humanos envolvidos no SUS em diferentes papéis sociais interagem entre si por meios diretos e indiretos, e assim reconhecendo devem julgar suas ações em interferência sobre os demais.</p> <p>No âmbito do SUS, a enfermagem atua como organismo social por meio de seus profissionais e exerce o seu papel singular de profissão orientada pela disciplina da enfermagem.</p> <p>A enfermagem identifica, interpreta e julga fatores condicionantes e determinantes da saúde em processo de ação, reação e interação com os usuários e demais elementos dos</p>

interação em que enfermeira e cliente compartilham informações sobre suas percepções da situação de enfermagem.

O objetivo da enfermagem é ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam funcionar em seus papéis.

A meta da enfermagem é ajudar indivíduos manter sua saúde para que eles possam funcionar em seus papéis.

O processo de enfermagem é um modelo de processo de interação/transação.

A Teoria do Alcance de Metas é um processo de interação.

O ato de enfermagem é uma sequência de comportamentos de interação.

As interações podem ser observadas como uma transação

Enfermeira e paciente são um sistema onde cada um afeta o comportamento do outro.

A ação de uma pessoa influencia a percepção de outra e vice-versa.

A percepção da enfermeira leva a julgamentos e à ação pela enfermeira.

integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

sistemas interpessoais e sociais.

O objetivo da enfermagem é ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam funcionar em seus papéis sociais. Esta ajuda é materializada em ações multidisciplinares e disciplinares.

O processo de enfermagem, sendo o segmento disciplinar das ações da enfermeira deve ser entendido como um modelo disciplinar do processo de interação/transação que promova, proteja e recupere a saúde dos usuários. Ainda que exclusivo da enfermagem, o processo de enfermagem necessita ser integrado com demais modelos assistenciais de forma a garantir a harmonia entre as dimensões disciplinares e multidisciplinares e abrindo espaço para construções de modelos transdisciplinares de assistência.

O SUS pode ser entendido como um ambiente de cuidado de saúde externo ao indivíduo, representando uma fonte de mudança e de estressores. Os usuários e demais usuários do Sistema utilizam de energia de seus ambientes internos para se ajustar às mudanças do sistema e modificar o Sistema frente ao processo de interação dos sistemas pessoais, interpessoais e sociais.

O SUS e todos os seus elementos que envolvam sistemas pessoais, interpessoais e sociais voltados a saúde são elementos em um ambiente total no qual a sociedade brasileira está inserida. Esta visão sistêmica totalizante é que em última análise sustenta o conceito de integralidade e

A percepção do paciente leva a julgamentos e, em seguida à ação por parte do paciente.

A enfermeira valoriza um objetivo, identifica os meios para alcançá-lo, e toma medidas para alcançá-lo.

Ambientes internos são fontes de estressores e energia.

Ambientes externos são fontes de estressores e mudanças.

Do ambiente interno transformam energia para se ajustarem a contínuas mudanças do ambiente externo.

Os sistemas pessoais, interpessoais e sociais são elementos em um ambiente total.

universalidade.

Quadro 5 - Resumo da análise e afirmativas relacionais dos princípios de King e SUS

Princípios de King	Princípios do SUS	Afirmativas relacionais dos princípios
Em sistemas abertos como seres humanos interagindo com seus ambientes, existe uma comunicação contínua e dinâmica ocorrendo (King, 1981, p. 66).	I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;	Seres humanos são sistemas abertos que interagem com seus ambientes, contudo sua autonomia deve ser preservada em defesa da integridade física e moral.
Os limites artificiais da enfermagem são os indivíduos e grupos interagindo com o ambiente. Os enfermeiros funcionam em seus papéis em uma diversidade de ambientes de cuidado de saúde (King,	II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do	Como seres em contínua e dinâmica comunicação, o usuário tem direito à informação de sua saúde, bem como de acessar a informação quanto ao potencial dos serviços de saúde à sua disposição.

1981, p. 1).

Como profissionais os enfermeiros lidam com o comportamento de indivíduos e grupos em situações potencialmente estressoras em relação a saúde e a doença, e ajudam as pessoas a atenderem suas necessidades que sejam essenciais para realizarem atividades de vida diária (King 1976, p. 51).

O foco da enfermagem são os seres humanos interagindo com seus ambientes, conduzindo-os a um estado de saúde individual, que os habilita a funcionar em seus papéis sociais. (King, 1981, p. 143).

sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais

Em sua condição de ser humano, o usuário deve ser preservado do preconceito e da vitimização de privilégios no sistema de saúde.

Os enfermeiros funcionam em seus papéis na sociedade e no sistema de saúde lutando pelo universal acesso a saúde, pela garantia de ações articuladas e contínuas que previnam e curem estressores e agravos individuais e coletivos na saúde e doença, e em todos os níveis de complexidade, conforme a exigência de cada caso. Seu funcionamento é direcionado a ajudar os usuários no atendimento de suas necessidades que sejam essenciais para a vida diária e para que possam funcionar em seus papéis sociais.

A enfermagem e as organizações sociais dentre elas o Estado e toda a sociedade são corresponsáveis na garantia da participação de comunidade no sistema de saúde; na utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades de ações; na descentralização político-administrativa, na integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; na conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para a prestação de serviços de saúde; organizar os serviços para evitar duplicidade de meios para fins idênticos e buscar a resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

<p>e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;</p> <p>XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;</p> <p>XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990)</p>
--

Quadro 6 - Resumo da análise e afirmativas relacionais dos conceitos de King e SUS

Conceitos da Teoria do Alcance de Metas (KING, 1981)	Conceitos do SUS	Afirmativas relacionais dos conceitos
Transação	Contratualidade	Transação contratual
<p>“Quando a enfermeira e paciente estabeleceram entendimento mútuo de eventos, mutuamente estabelecem metas a serem alcançadas pelo paciente e concordam acerca dos meios para alcançar a meta, uma transação ocorre” (KING, 1971 apud KING, 1999 p. 294).</p>	<p>A contratualidade é elemento estruturante da desinstitucionalização. Pois no jogo social, há relações desiguais de poder onde o usuário é a parte mais fraca na contratualidade. Observa-se que a pessoa chega de duas formas ao serviço, espontaneamente, ou de não espontaneamente. Quando espontânea, ela chega numa certa posição de desvantagem para a efetivação do poder contratual. Cabe ao profissional não impor seu poder contratual para que as exigências contratuais não sejam muito elevadas, pois contratos com exigências menores facilitam o alcance das metas firmadas.</p> <p>(O poder contratual está na possibilidade dos indivíduos serem aceitos e reconhecidos como legítimos parceiros no jogo social. As pessoas dependem de uma aceitação a priori para</p>	<p>A enfermeira reconhece o paciente como legítimo parceiro no jogo social, compreendem a situação, estabelecem metas combinadas e concordadas sem imposição de poderes contratuais, e por meio de exigências contratuais brandas concordam com a forma do alcance das metas. Desse modo, firmam um contrato que pode ser entendido com o mesmo significado da transação. Dessa forma, tanto King como o SUS buscam o mesmo</p>

	serem incluídas no processo de troca de bens, mensagens e afetos. ((BRASIL2014, p.19)	objetivo, que é o estabelecimento e o alcance de metas por meio de um contrato.
Interação	Vínculo	Vínculo Interativo
<p>“Processo de percepção e comunicação entre pessoa e pessoa e meio ambiente, representada por comportamentos verbais e não verbais que são direcionados a meta”(KING, 1981, p. 145).</p>	<p>O vínculo consiste na “estrutura dinâmica estabelecida na relação sujeito-objeto com características específicas que vão desde aqueles consideradas normais até as interpretadas como patológicas. [...] é uma relação particular estabelecida entre o sujeito e um objeto, na qual o sujeito exerce uma função frente ao objeto e o objeto, por sua vez, exerce também determinada função frente ao sujeito”. (DE SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006, p.3)</p> <p>Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2010. p.70)</p>	<p>Para que metas sejam alcançadas por meio de um contrato, é necessário que os indivíduos sejam reconhecidos como legítimos parceiros do jogo social. Considerando que na interação evidenciada no conceito de vínculo, a saber ligação ética e afetiva, ocorre uma relação entre sujeito e objeto na qual ambos se influenciam. O objeto na interação pode ser outra pessoa ou o ambiente. Quando considerada produtora de vínculo a interação representa uma estrutura dinâmica com características específicas, sendo que tais características configuram as interações como normais ou patológicas. A interação envolve a percepção e a comunicação entre aqueles que participam da mesma e, é representada por comportamentos verbais e não verbais direcionados a metas. O vínculo presume uma convivência de ajuda e respeito mútuos.</p>

<p>Percepção</p> <p>É a representação que cada pessoa faz da realidade. É a consciência da pessoa para objetos e eventos (KING, 1981, p. 146).</p>	<p>Percepção de se ter um problema com substância psicoativa</p> <p>Pressupõe que ocorra com o usuário mudança no modo de avaliar alguns fenômenos até então considerados como egossintônicos. Tornam-se parcialmente egodistônicos, e o indivíduo percebe que há algo "errado" consigo.(FONTANELLA, B.J.B; MELLO G.A; DEMARZO, M.P <i>et. all.</i> 2008). Embora saibamos que nos transformamos a cada dia (BRASIL, 2013. p. 30).</p>	<p>Percepção da dependência</p> <p>É a representação que o usuário faz da realidade no momento da mudança no modo de avaliar alguns fenômenos até então considerados como egossintônicos e tornam-se parcialmente egodistônicos, e o indivíduo percebe que há algo "errado" consigo.</p>
<p>Comunicação</p> <p>Processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra com o fim de estabelecer uma mutualidade entre cuidadores e beneficiários de cuidados (KING, 1981, p. 146).</p>	<p>Lateralidade e transversalidade</p> <p>Conversação, trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade. Dá-se em espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade. (BRASIL, 2010b, p. 35)</p> <p>“Em um serviço de saúde (a transversalidade), pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade (BRASIL, 2010a, p.68).</p>	<p>Lateralidade e transversalidade na comunicação</p> <p>O processo de comunicação entre as pessoas deve se dar de forma lateral (sem hierarquização de poder) e transversal (com a uma dinâmica multivetorializada de incluir diferentes atores na comunicação). Extrapolam-se a lógica da comunicação emissor-receptor em díades.</p>
<p>Self</p> <p>King (1981, p.27-28) adota a definição de Jersild para self como uma “composição de</p>	<p>Identidade do SUS</p> <p>“Os princípios constitucionais do SUS parecem caminhar no sentido de um sistema de saúde identificado com a democracia participativa e com os</p>	<p>Identidade do Self</p> <p>Para sistemas pessoais o self representa o ambiente subjetivo total de um indivíduo que</p>

pensamentos e interesses e necessidades da população caracteriza o “eu”.
 sentimentos que brasileira, especialmente das classes O “eu”, identidade,
 constituem a populares” (SILVA, MACHADO, de sujeito, é constituído a
 consciência de uma LIMA, 2014, p.22). partir do cruzamento de
 pessoa sobre sua existência individual, Para Silva; Machado; de Lima (2014), o elementos heterogêneos
 sua concepção de Sistema Único de Saúde não é tão e autônomos. Dessa
 quem e do que ela é. O “único” assim, na medida em que o forma, fica em
 self de uma pessoa é a próprio Ministério da Saúde ao regular evidência a importância
 soma total de tudo que os planos privados de saúde, acaba por da diferença na
 ela diz ser. O self reconhecer a existência de um sistema produção subjetiva –
 inclui, entre outras privado e de um sistema público. pois é a partir da
 coisas, um sistema de A partir da Norma Operacional Básica diferença que nos
 ideias, atitudes, valores (NOB) 01/96 fica caracterizada a idéia tornamos outros –, e da
 e comprometimentos. de um sistema de saúde que tem por expressão radical desta
 O self é o ambiente objetivo a atender interesses conflitantes, diferença”.
 subjetivo total de uma ou seja, de um lado, atender ao interesse Os sistemas pessoais,
 pessoa. É o centro da acumulação capitalista, e de outro, interpessoais são
 distintivo da como já referido, aos interesses e caracterizados por
 experiência e necessidades da população (SILVA, paradoxos, dentre eles
 significância. O self constituí o mundo MACHADO, de LIMA, 2014, p.23). as crises de identidade.
 interno de uma pessoa Sendo assim, a identidade do SUS é
 como distinto do marcada pelo dilema de decidir a quais
 mundo exterior interesses serve: à acumulação do capital
 constituídos de todas ou às necessidades de saúde (e não da
 as outras pessoas e doença) da população.
 coisas. O self é o indivíduo como
 indivíduo conhecido pelo
 indivíduo. É o que nós referimos como “eu”.

Papel	Papel do SUS	Papel interpessoal e Social
<p>Conjunto de comportamentos esperados de pessoas que ocupam uma posição em um sistema social. Dá-se por meio de regras que definem direitos e obrigações para um propósito para planejar e definir objetivos e atingir a implementação (KING, 1981, p. 147).</p>	<p>O Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na Constituição Federal Brasileira, tem o papel de ser o sistema de saúde dos milhões de brasileiros, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O SUS exerce seu papel de protagonismo, visto que a saúde privada é complementar, amparado por um conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1990).</p>	<p>Os papéis são os comportamentos ou funções esperados de pessoas ou de instituições ou organizações. Nos sistemas interpessoais os papéis são exercidos por pessoas que ocupam uma dada posição no sistema social. Nos sistemas sociais, o papel das instituições e</p>

		<p>organizações são as finalidades ou funções a serem exercidas pelas mesmas, tendo o SUS o papel de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, os papéis se orientam por regras que definem direitos e obrigações de sistemas pessoais, interpessoais e sociais.</p>
<p>Estresse</p> <p>Estado dinâmico pelo qual um ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio para o crescimento, desenvolvimento e desempenho. É uma troca de energia de um indivíduo para pessoas, objetos e eventos chamados estressores (KING, 1981, p. 147).</p>	<p>Sofrimento</p> <p>Na “perspectiva multidimensional e sistêmica proposta por Cassell, podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa” (BRASIL, 2013, p. 32).</p>	<p>Sofrimento no Estresse</p> <p>Estado dinâmico pelo qual um ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio para o crescimento, desenvolvimento e desempenho.</p> <p>O estresse possibilita resposta do indivíduo para outros indivíduos, objetos e eventos estressores. Eventos estressores podem trazer o sofrimento como vivência negativa, que pode levar a ruptura da unidade/identidade da pessoa.</p>
<p>Crescimento e desenvolvimento</p> <p>Função da dotação genética, experiências significativas e satisfatórias em um ambiente propício para ajudar os indivíduos a</p>	<p>Reabilitar/Habilitar</p> <p>“Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do</p>	<p>Crescimento e desenvolvimento para reabilitar/habilitar</p> <p>O crescimento e desenvolvimento, entendido como as mudanças progressivas da vida pelas quais as</p>

<p>se moverem em direção à maturidade, ajudando a passar de potencial realizador para capacidade de autorrealização (KING, 1981, p. 148).</p>	<p>processo saúde/ doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos o “re” se aplica”. (BRASIL, 2010b, p.66)</p>	<p>passam, contribuem para reabilitar /habilitar a pessoa a uma nova realidade biopsicossocial ou reabilitando para uma capacidade pré-existente e, por algum motivo perdida. Esse processo auxilia as pessoas a passarem de potencial realizador para capacidade de autorrealização.</p>
<p>Tempo</p> <p>Continuo fluxo de eventos em movimento sucessivo para frente que implica em mudança, um passado e um futuro. A duração entre um evento e outro é vivido de forma exclusiva por cada ser humano. Está relacionado à ritmicidade nas funções dos seres humanos. É importante em interações (KING, 1981, p. 148).</p>	<p>Eixo temporal do Projeto Terapêutico Singular</p> <p>Os dados coletados pela equipe para a construção do Projeto Terapêutico Singular podem ser organizado na forma de um mapeamento. “é útil construir uma linha do tempo onde são disposto de modo sequencial os eventos significativos da vida da pessoa” (BRASIL, 2014, p. 25).</p>	<p>Tempo no Projeto Terapêutico Singular</p> <p>O tempo é a duração entre um evento e outro, e vivido de forma exclusiva por cada ser humano, dessa forma, pode ser utilizado para a construção da linha do tempo constante do Projeto Terapêutico Singular, onde são dispostos de modo sequencial os eventos significativos da vida da pessoa.</p>
<p>Espaço</p> <p>Existente em todas as direções e é o mesmo em todos os lugares. O espaço é uma área física chamado território, e é definido pelo comportamento dos indivíduos que ocupam espaço, como gestos, posturas e</p>	<p>Território e território existencial:</p> <p>O território representa o limite geográfico e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde (BRASIL, 2013, p. 34).</p> <p>Já o território existencial é constituído das relações sociais e as dinâmicas de poder. Podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos</p>	<p>Espaço territorial e existencial.</p> <p>O espaço existe em todas as direções. O espaço pode ser compreendido como elemento físico ou como elemento relacional. Quando se referindo a área física é denominado território,</p>

limites visíveis de circulação das subjetividades das representando no erguidos para marcar o pessoas. Se âmbito da atenção a espaço pessoal. O uso configuram/desconfiguram/reconfiguram saúde o limite do espaço comunica a partir das possibilidades, geográfico e de mensagens com agenciamentos e relações que as pessoas cobertura populacional diferentes significados e grupos estabelecem entre si (BRASIL, que ficam sob a em diferentes culturas. 2013. p. 34) responsabilidade clínica e sanitária das equipes. A percepção do espaço vai influenciar a forma como os indivíduos se comportam em determinadas situações (KING, 1981, p. 148). O território existencial que é constituído das relações sociais e as dinâmicas de poder é definido pelo comportamento dos indivíduos que ocupam o espaço, delimitando-o por meio de gestos, posturas e limites visíveis erguidos para marcar o espaço pessoal.

4.3.2 Domínio Metodológico

Se os elementos do Vê decompostos nos quadros anteriores marcaram a dimensão teórica-conceitual do conhecimento, a dos quadros a seguir marcam o domínio do fazer.

Considerando que a presente tese tem como cenário de estudo os Centros de Atenção Psicossocial voltados a usuários de drogas e álcool o evento ou acontecimento central deveria ser selecionado em função da pergunta foco. Então, a partir da escolha do evento metodológico no CAPS AD foi selecionado o seu relativo no Sistema Conceitual de King. Por isso houve a inversão das colunas nos quadros que se seguem.

Quadro 7 - Resumo da análise e afirmativas relacionais dos eventos de King e CAPS AD

Evento no CAPS AD	Evento em King	Afirmativas relacionais de evento
Os processos de trabalho em saúde, no contexto da Política Nacional de	A fase de implementação do processo de interação é denominada de transação.	No CAPS AD o processo de trabalho que é interativo deve buscar estabelecer o

Humanização de natureza transversal, apontam algumas diretrizes a serem seguidas: acolhimento, clínica ampliada, cogestão, produção de redes, valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. (BRASIL, 2009).

“Para a prática de uma clínica ampliada é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidades com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica” (2009, p.16).

O vínculo consiste de estrutura dinâmica estabelecida na relação sujeito—objeto com características específicas que vão desde aquelas consideradas normais até as interpretadas como patológicas (DE SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006, p.3)

Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se responsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que

A transação refere-se aos componentes de valoração da interação (King, 1990, p. 128). A Transação é definida como um processo de interação em que os seres humanos se comunicam com o ambiente para atingir as metas que são valorizadas. Transações são metas dirigidas ao comportamentos (FAWCETT 2005, p. 82). É definida como comportamento observável do ser humano seres que interagem com o ambiente que leva a alcançar a meta. As transações são observadas como um fluxo de informação a partir do ambiente por meio de codificação, transformação e processamento sensorial, linguística e elementos neurofisiológicos resultante na tomada de decisões que leva a ações humanas (FAWCETT 2005. P.98) Na transação, a enfermeira e o cliente executam as medidas acordadas para alcançar as metas mutuamente estabelecidas (King, 1981. p.101).

vínculo terapêutico ou transação.

O vínculo se constrói quando estão presentes as percepções do usuário acerca dos benefícios da relação e da responsabilização da equipe de saúde, e do lado da equipe pelo estabelecimento da meta de comprometer-se com a saúde do usuário. O alcance das metas comuns representa um movimento de encontro ou convergência que é a criação do vínculo transacional.

O vínculo terapêutico é a modalidade de vínculo transacional que se aplica ao campo da saúde.

A enfermagem persegue a criação do vínculo com o usuário de modo a alcançar seus objetivos de ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam exercer seus papéis sociais.

Portanto, o evento central da prática de enfermagem no CAPS AD é construir o vínculo transacional com sistemas pessoais (usuários) e interpessoais (grupos e redes).

graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados. BRASIL. 2009. (p16). A relação de vínculo terapêutico na atenção básica, que pode se construir no tempo, com o seguimento dos casos, pode facilitar a identificação de objetos de investimento – coisas/situações que dão prazer, estimulam recriação da vida, potencialidades – que cada pessoa tem para além do sofrimento/doença. (BRASIL, 2012a. p 33).

Quadro 8 - Resumo da análise e afirmativas relacionais dos registros de King e CAPS AD

Registros no CAPS AD	Registros em King	Afirmativas relacionais dos registros
<p>O evento de vínculo pode determinar se esse servirá de alicerce para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2014, p.18). Então, é vital identificar e registrar os elementos que permitirão a ocorrência do vínculo terapêutico</p> <p>Antes de se iniciar um PTS, há que se adequar o esquema conceitual dos profissionais (BRASIL, 2014, p.14). Sendo assim, investigar na equipe e registrar os seguintes aspectos do esquema conceitual que constituem as variáveis essenciais ao vínculo:</p> <p>1) Manicomial (periculosidade, cura e custódia, norma e</p>	<p>Recomenda-se aplicar o Registro de Enfermagem Orientado a Meta (GONR – na sigla em inglês) (KING, 1981).</p> <p>O GONR é um sistema de registro das observações e ações da enfermeira e as respostas dos clientes. Possui dados básicos, diagnósticos de enfermagem, lista de metas, prescrições de enfermagem, diagramas de fluxo, anotações de evolução e sumário de alta.(FAWCETT, 2005, p.110).</p>	<p>A documentação do registro de vínculo transacional pelo enfermeiro é primariamente orientada pelo reconhecimento de que suas observações e percepções são orientadas pelo esquema conceitual predominante. No campo da saúde mental o esquema orientador deve ser o que possa gerar uma prática transformada e reformada em relação ao esquema manicomial.</p> <p>O Registro de Enfermagem Orientado a Meta é o instrumental do processo de enfermagem a ser aplicado na clínica ampliada em saúde mental, portanto no CAPS AD.</p> <p>De forma sistêmica e holárquica, o Registro de</p>

<p>normalidade, dicotomias entre natureza e cultura – biológico e social – corpo e mente, autoridade do conhecimento determinando o poder sobre o outro, imutabilidade e eternidade das essências.</p> <p>2) Visão reformada ou transformada (adoção o risco da relação e do relacional, tutela dos os direitos e cuidar das pessoas, saúde como normatividade, modos de apresentação novas vivências e novas emoções.</p>	<p>Enfermagem Orientado a Meta guarda relação com o Projeto Terapêutico Singular, contudo, é o instrumental que documenta a percepção da Enfermagem sobre o vínculo transacional.</p> <p>Na perspectiva da integralidade, o GORN não se opõe ou substitui o PTS, ao contrário, ambos se complementam e se relacionam no diálogo disciplinar-não disciplinar.</p>
--	--

Quadro 9 - Resumo da análise e afirmativas relacionais das transformações em King e CAPS AD

Transformações no CAPS AD	Transformações em King	Afirmativas relacionais das transformações
<p>Em relação ao Projeto Terapêutico Singular “são necessárias reavaliações periódicas das ações, visando também a pactuação de ajustes identificados como importantes para o alcance das metas ou de suas modificações”. (BRASIL, 2014. p. 20)</p>	<p>Avaliação das metas alcançadas Representa a fase de avaliação do processo de interação-transação. Os registros são organizados no sentido da enfermeira e o cliente identificarem o resultado do processo de interação em transação. O resultado é expresso em termos do estado de saúde, ou a capacidade do cliente para funcionar em papéis sociais. A enfermeira e o cliente tomam uma decisão em relação se o objetivo foi alcançado e, se necessário, determinam por que o</p>	<p>Nas transformações os registros são organizados de forma a possibilitar reavaliações periódicas do processo interação/transação onde enfermeira e cliente fazem a pactuação de ajustes para o alcance de metas voltados a capacidade do cliente para exercer seus papéis sociais.</p>

objectivo não foi alcançado
(FAWCETT, 2005. p.101)

Quadro 10 - Asserções do conhecimento e afirmativas relacionais de King e SUS

Asserções de conhecimento para o SUS e CAPS AD.	Asserções de conhecimento sobre o modelo conceitual de King.	Afirmativas relacionais das asserções de conhecimento
O CAPS AD apresenta visão de mundo orientada pela integralidade e humanização.	A ação de enfermagem em King apresenta visão de mundo centrada na interação recíproca.	A integralidade é alcançada por meio da interatividade.
O SUS é guiado pela universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade expressa pelo vínculo.	A interação propicia o alcance de Metas considerando a pessoa como um todo “pessoal, interpessoal e social”.	A interação propicia as condições para o vínculo que permite a observância do princípio da integralidade por meio do estabelecimento e alcance de metas.
Os princípios do SUS fundamentam-se na integralidade de assistência, a preservação da autonomia das pessoas e a capacidade de resolução dos serviços.	Os conceitos de King promovem a interação e o alcance de metas.	Os princípios de King se harmonizam com os princípios do SUS.
Os conceitos no CAPS AD promovem a resolubilidade por meio do vínculo.	O evento em King consiste na conquista de metas por meio da Transação.	Os conceitos de King contribuem para resolubilidade no SUS e a ação no âmbito dos CAPS AD.
O evento do SUS consiste no vínculo.	Os registros resultam da aplicação do GORN que captura dados da transação.	O evento do vínculo transacional no CAPS AD é registrado pela enfermagem pelo GORN de King.
Os registros nos CAPS AD constituem dos dados colhidos que darão subsídio ao Projeto Terapêutico Singular.	A filosofia, teoria, princípios, registros e transformações de King permitem que a enfermagem mantenha suas características disciplinares.	A natureza disciplinar da Enfermagem é compatível e harmônica com a ação multidisciplinar no CAPS AD se for orientada pelas filosofias, teorias, princípios e conceitos centrais do SUS e de Imogene King.

A figura 05 contém todos os elementos pesquisados por meio do “V” de Gowin e fornece a perspectiva resumida das afirmações relacionais dos conhecimentos contidos em King e SUS.

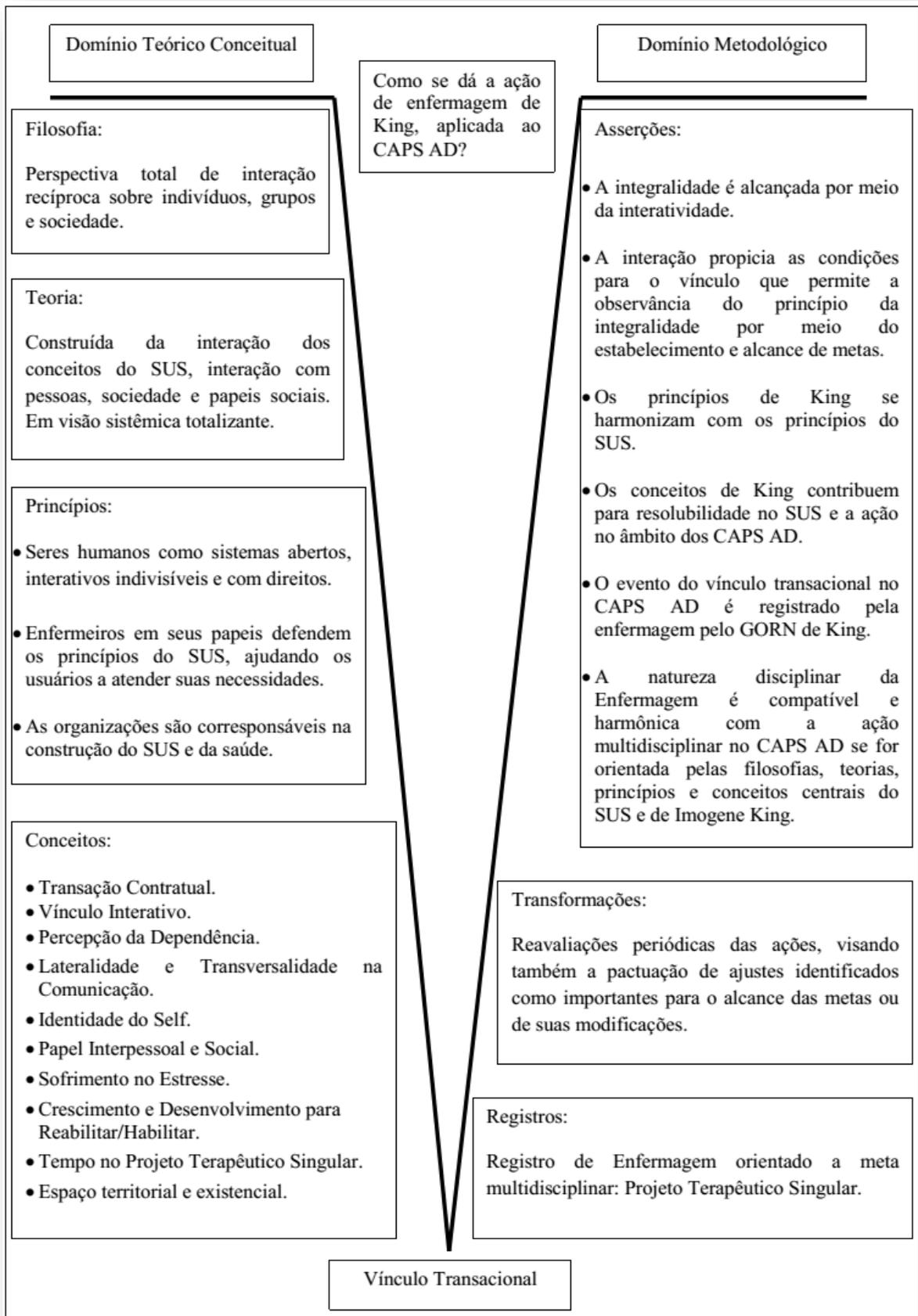


Figura 5 - Resumo da síntese dos conhecimentos contidos em King e SUS

5. APRESENTAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

O trabalho em tela ao propor uma Teoria de Médio Alcance na área de saúde mental busca contribuir para uma prática mais holística, alinhada aos conhecimentos disciplinares e multidisciplinares.

O processo de “desempacotamento do conhecimento” por meio das análises realizadas dos constructos ligados ao SUS e King, a criação de relações por meio de novas afirmativas relacionais, e o “reempacotamento do novo conhecimento” no Vê síntese, faz entender que todo o processo propicia espaço para o desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias geradores de ambientes democráticos, estratégias e metodologias de trabalho, onde o enfermeiro dentro da prática interdisciplinar encontre sua especificidade, sua autonomia profissional e signifique suas atividades, respeitando a subjetividade dos sujeitos e correspondendo às suas necessidades no sentido de melhorar sua qualidade de vida e a dos seus familiares.

Os resultados aqui discutidos correspondem à síntese da análise dos conhecimentos dos elementos propostos por Fawcett (2005) e Gowin (1984) e contidos no modelo de King (1981) e do SUS, estes conhecimentos agora poderão ser incorporados e organizados de modo a sustentarem um novo modelo conceitual para a assistência no CAPS.

Assim como proposto na estrutura do trabalho em tela, o primeiro elemento a ser discutido tendo por base o contido no capítulo de “resultados” será as origens e motivações.

Tanto o Sistema Único de Saúde quanto o Modelo Conceitual de Imogene King (KING, 1981) tomam por base uma visão sistêmica da realidade.

O pensamento sistêmico ou teoria sistêmica tem suas bases lançadas nos anos de 1930 e 1940, ainda que as mudanças que permitiram a emergência de tais ideias tenham se processado por séculos na mudança do paradigma mecanicista para o ecológico. Nisso, teve papel preponderante a concepção da Biologia Organísmica de que as propriedades essenciais de um organismo pertencem ao todo, de maneira que nenhuma das partes as possuem, pois tais propriedades surgem das interações entre as partes (GOMES *et al.* 2014, p.4-5)

Em 1968, Bertalanffy publica a Teoria Geral dos Sistemas em língua inglesa por intermédio de uma editora facilitando o consumo da Teoria. King afirma ter baseado seu modelo conceitual nessa teoria. Pode-se afirmar que o conceito de sistemas abertos como aqueles que se alimentam de um fluxo contínuo de matéria e energia extraídas e devolvidas ao meio ambiente foram determinantes para King e influenciadores do SUS.

Para King (1981) os três sistemas (pessoal, interpessoal e social) são abertos o que permite a troca entre eles e garante a centralidade no conceito de interação, enquanto para o Sistema Único de Saúde usuários, sociedade e estado são responsáveis por cumprir a princípio maior de saúde a todos como direito e dever do estado.

No campo disciplinar King (1981) construiu um modelo conceitual a partir da inquietação original de definir o “ato de enfermagem”. Sua concepção fundamentalmente centrada nas pessoas reconhece que o foco não estaria na disciplina por ela mesma, que a prioridade estaria em definir o “ato humano” (KING, 1997a, p.15).

No campo multidisciplinar e multiprofissional e no âmbito transdisciplinar do conceito de saúde, o Sistema Único do Brasil (SUS) é criado em um processo de luta para responder ao anseio de uma sociedade em mudança, cuja meta torna-se a de melhorar o nível de vida da população pela garantia do direito amplo à saúde e a garantia desta meta pelo Estado.

Entende-se que esta trajetória centrada na pessoa, no ser humano, no ator social cidadão, ocorre por meio de uma construção social em que a enfermagem enquanto disciplina tem corresponsabilidade de colaborar em sua concepção e desenvolvimento. Como prática profissional, constitui uma prática cidadã e protagonista, comprometida com o ideário da nação. Assim, por meio dessa prática profissional e social de percepção aguçada e experimentada historicamente, apresenta meios eficientes para contribuir com a proposta do Sistema de Saúde.

Em que pese as particularidades que existem, as origens e motivações de ambos modelos (King e SUS) refletem a preocupação com um modo humanizado de trabalhar a saúde. Como elemento do sistema social, a Enfermagem deve perseguir a construção de interações. Com os sistemas pessoais (usuários) e interpessoais (famílias e demais grupos) as transações contribuem para a pactuação de metas compatíveis com a ação que envolve as dimensões de cuidado de Enfermagem e atenção à saúde. Com os sistemas sociais, a Enfermagem contribui para que o Estado cumpra seu dever de oferecer saúde como direito de todos e coopere com a sociedade para que todos os meios necessários sejam despendidos para o alcance dessa meta maior.

O estudo analítico das origens e das motivações dos modelos de King e SUS mostrou que as proposições da disciplina e profissão caminham alinhadas aos objetivos do sistema de saúde em busca do evento que na presente tese foi conceituado como *vínculo transacional*.

Para a construção legítima do *vínculo transacional* há que existir o processo de interação, constituída e trabalhada com vistas à observância da integralidade do ser humano. Tal perspectiva se afinaria ao que Pires (2005) propõe no triedro emancipatório do cuidar:

“Na relação estabelecida no ato de cuidar, em que ajuda e poder se confrontam e se superam nas sínteses dos atos produzidos, acredita-se que seja possível emancipar por meio da construção de autonomias de sujeitos, sabendo-as relativas e processuais. Pelo reconhecimento de saberes como meio para forjar poderes adormecidos, acreditando no fomento de projetos capazes de restabelecer corpo e subjetividades pasteurizadas, e apostando no incapturável do viver humano, a ajuda pode emancipar-se da tutela, produzindo efeito de poder mais igualitário. Emancipar pela ajuda pode ser possível pelo triedro emancipatório do cuidar—conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar— no qual conhecimento, poder e autonomia se tencionam para libertar o fazer humano das amarras que o sucumbem, potencializando utopias concretizáveis” (PIRES, 2005, p.1032).

No caminho da construção da autonomia das pessoas (usuários e profissionais) tais seres humanos não podem ser reduzidos a dimensões exclusivamente técnicas. A perspectiva de King (1981) de entender as pessoas como sistemas (pessoais) abertos garantem que as relações são contínuas com outros sistemas, mas, além disso, justifica que pessoas são totais que extrapolam a soma de suas partes.

A pressuposição da disciplina de enfermagem alinhada ao holismo não confere automaticamente qual conceito de totalidade seria o a ser adotado. Quando isso é trazido para o campo do cuidado o dilema persiste.

Silveira (2013, p. 549) destaca que existem três abordagens teóricas para o cuidado: o cuidado na perspectiva humanística; o cuidado na perspectiva emancipatória; e o cuidado na perspectiva das práticas de si.

A presente tese ao propor o conceito de *vínculo transacional* como evento não nega nenhuma das abordagens, ao contrário prefere conceber que todas são parte do constructo maior do cuidado de enfermagem e do cuidado em saúde.

Dessa forma, fica evidenciado que no âmbito de suas origens e motivações há harmonia e complementaridade entre os modelos disciplinar de enfermagem e o modelo de saúde. Isso permite que a enfermagem exerça funções que lhe sejam próprias e singulares de forma harmônica com a multi e transdisciplinaridade exigidas no SUS.

Na síntese das singularidades de ambos modelos verificou-se que os seres humanos ao exercerem a propriedade da interação, que constitui o foco da singularidade em King, interagem com seu ambiente e com outros seres humanos em seu sistema social e são capazes de implantar anseios pessoais, interpessoais e sociais, mesmo em condições adversas, ao

ponto de propor e efetivar um sistema de saúde fundado na universalidade, na integralidade e na contramão da proposta neoliberal, o que constitui o foco singular do SUS. Um movimento humano e permanentemente dinâmico, exigindo que interações contínuas se processem no permanente embate ente forças e interesses opostos.

Esse processo, na atualidade, encontra-se deflagrado por ações políticas e econômicas, denominadas medidas de ajuste fiscal, que por sua vez desencadeia uma séria de interações de sistemas sociais a fim de garantir os objetivos primeiros; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Foi possível verificar por meio da análise que de fato existem singularidades nos dois modelos, entretanto, é igualmente possível relacionar tais singularidades por meio da relação harmônica. Se é fato que para King (1981) os seres humanos são ativos e reativos igualmente isso ocorre no contexto do SUS que presume para o seu avanço a existência de um usuário e sociedade participativos. No campo da saúde brasileira a participação dos sistemas pessoais se processa por meio do controle social, onde o cidadão com assento em Conselhos pode influenciar diretamente nas ações do Estado como ente do sistema social.

Tais características interativas, organicistas e por vezes organizacionistas adicionam propriedades que alocam o Modelo de King e o Sistema Único de Saúde no pensamento sistêmico. Erdmann (2004, p. 459) afirma que:

“quase todas as principais teorias de Enfermagem se sustentam na noção de sistemas, evoluindo de sistemas funcionalistas para organicistas e mais recentemente, organizacionistas, apoiadas em sistemas complexos”.

As considerações aqui discutidas abrem caminho para que se possa interpretar os elementos decompostos pelo Vê de Gowin em suas dimensões teóricas e metodológicas.

A orientação filosófica da teoria em tela compreende a síntese das afirmativas relacionais das filosofias de King (1981) e do SUS que indicam que o foco dos sistemas humanos está em funcionar em uma perspectiva total, evidenciado pela perspectiva holística de King e pela universalidade e integralidade do SUS. A visão totalizante, humana e interativa, fundamento de King (1981), quando aplicada na atenção à saúde no Brasil, exige que se entenda que todos devam ter direito a saúde, cabendo ao Estado como organização humana social empenhar-se no cumprimento deste dever até o limite em que o sistema puder atendê-las sem colocar em risco a existência da totalidade.

A Teoria Geral dos Sistemas pressupõe-se que os fenômenos não podem ser considerados isoladamente sendo que o todo emergirá para além da existência das partes e “as

relações são o que dá coesão ao sistema todo, conferindo-lhe um caráter de totalidade ou globalidade, uma das características definidoras do sistema” (VASCONCELLOS, 2010, p.199).

Como sistemas abertos os usuários, as comunidades a sociedade e o próprio sistema de saúde são um sistema total. Desse modo, não há como teorizar sobre a saúde individual sem pensar na “saúde do SUS” nem como conceber indivíduos saudáveis em uma sociedade com um sistema de saúde adoecido por conta de mazelas políticas, econômicas ou sociais. Assim, as iniciativas de cunho privado podem representar um aspecto conflituoso com a perspectiva mais totalizante se não forem articuladas para coexistirem no benefício de todos. Exemplificando, o pagamento individual por seguros de saúde não deve ser fator para excluir o cidadão de sua responsabilidade com a saúde do outro e da sociedade como um todo. Por mais que tenhamos demorado a compreender, as sociedades e coletividades sempre foram complexas. O fato do processo de produção de um estatuto epistemológico capaz de explorar essa complexidade só ter se delineado no século XX não exime o cidadão comum e o profissional da saúde de suas responsabilidades com o todo.

No campo da aplicação para a Enfermagem esta coesão nos convida a superar a perspectiva funcionalista e reducionista do cuidado, pois tanto as orientações filosóficas de King (1981) e do SUS compartilham o foco da garantia de atenção à saúde em uma perspectiva holística. Entretanto, a pressuposição da disciplina de enfermagem alinhada ao holismo não confere automaticamente a definição de qual conceito de totalidade deveria ser adotado. Quando isso é trazido para o campo do cuidado o dilema persiste.

No que concerne ao SUS e a atenção à saúde no CAPS AD não restam dúvidas de que o predomínio é do cuidado emancipatório, ou seja, aquele que busca resgatar a dimensão política inerente ao cuidado que acompanha as noções de ajuda que, sendo que o poder, tanto domina como liberta (SILVEIRA et al., 2013, p. 550). Isso é importante para orientar a Enfermagem na aplicação da filosofia interacionista de King (1981) no âmbito do CAPS. Especialmente ao enfermeiro caberá fugir da ideia errônea de um holismo como a soma das partes, na qual o atendimento de várias partes ou necessidades dariam conta de um atendimento integral. De fato, o que um modelo interativo e holista ligado às contribuições de King e do SUS exige é que o todo seja mais do que a soma das partes, isso é, que a interação e trocas e transações se dêem continuamente e de forma ampla e dinâmica, inclusive no campo político.

De forma análoga à filosofia, a orientação da teoria em tela compreende a síntese das afirmativas relacionais das teorias de King (1981) e SUS e busca mostrar como a produção do conhecimento de Enfermagem no modelo de King (1981) seria aplicada ao SUS. Dessa forma, as seguintes afirmativas são discutidas:

1. O Sistema Único de Saúde representa um elemento ou ente do sistema social de King (1981) isso porque as organizações, instituições ou sistemas que perpassam pela reunião da sociedade representam sistemas maiores do que o pessoal e interpessoal.
2. O modelo de atenção a saúde tem os usuários como sistemas pessoais complexos em interação com o ente do sistema social (SUS) isso porque os usuários representam indivíduos que por sua natureza interativa se relacionam com outras pessoas formando os sistemas interpessoais, e esses interagem com os sistemas organizacionais maiores.
3. Os seres humanos no âmbito do sistema de saúde brasileiro devem ser considerados como seres com propriedades de perceber, pensar, desejar, imaginar, decidir, identificar objetivos, e selecionar meios para alcançar objetivos. Dado que em suas origens o Sistema Único de Saúde foi construído a partir das lutas e da participação popular e da reforma sanitária brasileira as características plenas da cognição e emoção humanas precisam ser preservadas quando da junção conceitual de King e do SUS.
4. Os sistemas sociais contidos no SUS representados pelas estruturas organizativas de âmbito nacional, estadual, municipal e local devem agir levando em conta as propriedades pessoais de perceber, pensar, desejar, imaginar, decidir, identificar objetivos, e selecionar meios para alcançar objetivos. Sendo assim, todas as políticas, normas e protocolos devem estar sustentados numa visão integral do ser humano.
5. A interação ocorre entre os seres humanos que exercem seus papéis sociais no SUS e como seres interativos e dotados de propriedades humanas devem julgar suas ações em interferência sobre os demais. Esta afirmativa tem relação com o conceito de circularidade ou causalidade circular. Desse modo da mesma forma como o SUS e todos os subsistemas profissionais interferem no usuário, esse último interfere no sistema (VASCONCELLOS, 2010).
6. A profissão de Enfermagem é orientada pela disciplina da Enfermagem, visto que cabe a disciplina dispor das características de produção e difusão do conhecimento que é próprio a área. Entretanto, essa orientação não se refere a uma maior valia, de fato, é no campo da atuação profissional que a linguagem e o conhecimento disciplinar é

aplicado e, ainda mais, é do campo prático que decorrem os fenômenos profissionais que são objetos de dissertação e investigação pela disciplina.

7. A profissão e a disciplina de Enfermagem identificam, interpretam e julgam fatores condicionantes e determinantes da saúde em processo de ação, reação e interação com os usuários e demais elementos dos sistemas interpessoais e sociais. Tal afirmativa aponta para que seja mantida na disciplina e na profissão a perspectiva sistêmica da globalidade, a saber: como uma propriedade de que todos sistemas funcionam de forma total e coesa e que as mudanças nas partes repercutem em mudanças no todo (VASCONCELLOS, 2010).
8. A Enfermagem é guiada pelo objetivo de ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam exercer em seus papéis sociais. Esta afirmativa representa um recorte alinhado ao metaparadigma de enfermagem na proposta de King (1981, p. 143) que identifica o foco da enfermagem nos seres humanos interagindo com seus ambientes e que isso seria uma habilidade o funcionamento social. Compreendendo a perspectiva do sistema de saúde brasileira entende-se que as pessoas só seriam capazes de exercer plenamente em seus papéis sociais quando pudessem manter a sua saúde. Explicita-se aqui que esta manutenção da saúde não implica apenas no eixo que a mesma forme com a doença. A perspectiva de saúde com a qual a enfermagem teria de se orientar para ajudar as pessoas a alcançá-la seria aquela expressa no diálogo do capítulo de seguridade social da Constituição do Brasil e nos princípios do SUS.
9. A profissão de enfermagem é orientada para ações transdisciplinares, multidisciplinares e disciplinares. Aqui o conceito de não-somatividade se aplica indicando que o todo não é a soma das partes e deve considerar o todo em sua complexidade e organização (VASCONCELLOS, 2010). Para o interesse da Enfermagem indica que a sua prática é total e é parte do todo que se formam das práticas profissionais e não profissionais que visam à saúde.
10. É guiada filosoficamente pelo pensamento sistêmico e pela perspectiva interativa da realidade em um processo de interação/transação que busque promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários. Isso porque as origens e motivações dos sistemas conceituais que foram discutidas anteriormente orientam a perspectiva de King e SUS para a visão sistêmica e complexa do mundo e da vida.

11. A disciplina e profissão da Enfermagem necessitam agir, interagir e transacionar com outras disciplinas e profissões no interesse da saúde e da sociedade considerando que na globalidade e para a transação dos sistemas precisam tanto serem relacionados ao todo como desenvolverem o processo interativo para alcançar as metas.
12. O processo de enfermagem é o segmento disciplinar das ações da enfermagem, isso porque como representa o instrumental historicamente estabelecido para que os diagnósticos, resultados e intervenções se deem no cuidado de enfermagem.
13. O processo de enfermagem necessita ser harmonizado aos planos terapêutico multidisciplinares. Tal afirmativa é vital para preservar a circularidade na atenção a saúde dado que na complexidade atual do sistema é impossível conceber a ação isolada de uma disciplina, ou ainda mais, deixar de considerar que uma dada disciplina é influenciada pela outra e vice-versa.
14. O ambiente de cuidado ou atenção a saúde representado pelo SUS como ambiente é externo ao indivíduo, contudo é aberto para trocas com o mesmo.
15. As mudanças são elementos para ajustes pessoais e do SUS.

Ambas as afirmativas (14 e 15) incorporam as características de homeostase e morfogênese. “A homeostase como processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema preservando seu funcionamento e a morfogênese como seu oposto, ou seja, a mudança do sistema frente aos aspectos externos a ele (GOMES *et al.*, 2014, p.7-8).

Fica evidenciado que os princípios e os conceitos que compõem a síntese das teorias de King e SUS não se sobrepõem, e sim interagem dando sustentação a ação disciplinar de Enfermagem sem prescindir da dimensão transdisciplinar e da interação multidisciplinar exigidas no SUS.

A síntese dos princípios do Sistema Conceitual de King (1981) e Sistema Único de Saúde funcionam como axiomas conferindo um caráter de grupo de afirmativas básicas ou proposições que estabelecem a relação geral entre os conceitos. Como proposições relativamente abstratas, os axiomas não são diretamente observáveis e mensuráveis (MACWEN; WILLS, 2014, p. 80).

No alcance dos conceitos propostos no Vê de Gowin os princípios guiam a ação do evento, sendo traçados quando há reconciliação entre a estabilidade de um evento e suas características estáveis, dito de outro modo, os princípios devem permanecer estáveis nos

eventos. Os princípios combinam aspectos do conhecimento e de valores (GOWIN; ALVAREZ, 2005).

Os princípios elaborados da combinação de princípios do King e do SUS são afirmativas relacionais de princípios que capturam elementos de valores relevantes a ambos os modelos conceituais.

No Princípio 1 “*Seres humanos são sistemas abertos que interagem com seus ambientes, contudo sua autonomia deve ser preservada em defesa da integridade física e moral*”. Destacam-se os valores da autonomia, integridade física e moral. No campo mais abstrato do pensamento sistêmico a preservação da integridade do sistema pessoal em interação com elementos do ambiente externos refere-se a homeostase (VASCONCELLOS, 2010).

De fato, a autonomia dos sistemas (pessoais, interpessoais e sociais) tem de ser capazes de manter a estabilidade dos princípios morais, de funcionamento e de conhecimento. A manutenção da cidadania que é anterior à condição de usuário do sistema é de igual forma aquela que expressa o pleno exercício da autonomia. Sendo assim, não é possível se conceber a preservação da autonomia ou o alcance da condição de cidadania na atenção a saúde se entre elas não existir uma causalidade recursiva, ou seja, onde autonomia e cidadania relacionam-se de um modo circular de forma a garantir a integridade dos sistemas.

Em relação ao Princípio 2 “Como seres em contínua e dinâmica comunicação, o usuário tem direito à informação de sua saúde, bem como de acessar a informação ao potencial dos serviços de saúde à sua disposição” destaca-se o valor do acesso à informação para a comunicação e autonomia.

Pode-se entender o valor desse princípio na seguinte afirmativa:

[...] acesso à informação em saúde é fundamental para reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das populações. O conceito ampliado de "saúde", tão discutido nos debates que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), está intimamente relacionado à ideia de cidadania. E uma das bases essenciais ao exercício pleno da cidadania e do direito à saúde é o direito à comunicação e à informação (FIOCRUZ, 2016).

Para o pleno exercício do Princípio 1 há que se atender o Princípio 2, especialmente porque é por meio da informação e do conhecimento gerado por ela que os sistemas pessoais, mais especificamente os usuários do SUS podem se preparar para as lutas e negociações necessárias para manter a integridade pessoal e, também, para influenciar os demais sistemas.

O Princípio 3 postula que: “*Em sua condição de ser humano, o usuário deve ser preservado do preconceito e da vitimização de privilégios no sistema de saúde*” e o Princípio 4 que “*Os enfermeiros funcionam em seus papéis na sociedade e no sistema de saúde lutando pelo universal acesso a saúde, pela garantia de ações articuladas e contínuas que previnam e curem estressores e agravos individuais e coletivos na saúde e doença, e em todos os níveis de complexidade, conforme a exigência de cada caso. Seu funcionamento é direcionado a ajudar os usuários no atendimento de suas necessidades que sejam essenciais para a vida diária e para que possam funcionar em seus papéis sociais*”. Tais princípios podem ser trazidos para o contexto da advocacia do usuário pelo enfermeiro.

Utilizando-se do conceito de papel de King (1981) torna-se oportuno depreender que o papel de advogar em favor do usuário possa ser entendido nos termos trazidos por Tomaszewski-Barlem (2016, p.2) citando Negarandeh et al (2006), quando afirma:

[...] o papel dos enfermeiros na advocacia tem sido definido como a voz dos pacientes, como um guia de condutas, como uma forma de enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde”.

Do que se depreende da definição, o papel de advogar como voz do usuário faz do enfermeiro um agente colaborador na correção de falhas derivadas do atendimento do Princípio 2 ligado a informação e comunicação. No campo da saúde mental este princípio será vital para compensar as fragilidades da relação com o usuário dependente de álcool e drogas.

Por fim, o Princípio 5 afirmando que “*A enfermagem e as organizações sociais dentre elas o Estado e toda a sociedade são corresponsáveis na garantia da participação de comunidade no sistema de saúde; na utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades de ações; na descentralização político-administrativa, na integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; na conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para a prestação de serviços de saúde; organizar os serviços para evitar duplicidade de meios para fins idênticos e buscar a resolução dos serviços em todos os níveis de assistência*” expandem o conceito de advocacia do sistema pessoal (profissional) para o sistema social (organização e profissão).

Considerando que mais elementos foram incluídos no Princípio 5, extrapolando o campo do sistema pessoal e interpessoal para a abrangência social. Assim, as corresponsabilidades envolvem ações mais abrangentes que envolvem tanto a enfermagem

(como disciplina), quanto as pessoas, a sociedade e ambiente e os instrumentais organizacionais representados pela profissão de enfermagem (e saúde) e os sistemas de serviços de saúde (SUS como protagonista e privado como suplementar).

Esse Princípio leva em consideração a globalidade e a não somatividade, postulando que todas as partes são responsáveis pelo todo e que o todo ultrapassa o resultado que seria alcançado com a ação somatória de todas as partes. Dessa forma, fica evidenciado que a síntese do modelo de King (1981) e do SUS pode contribuir com a consecução com que há de mais orientador no modelo da saúde, a saber, os seus princípios.

O desempacotamento do conhecimento pelo uso do Vê de Gowin permitiu um conjunto de tratamento aos conceitos. Foram: identificados os conceitos do Modelo Conceitual e da Teoria do Alcance de Metas de King (1981) e de regulamentações e normativas do SUS e do CAPS AD; elaboradas ou capturadas definições conceituais; e desenvolvidas afirmativas teóricas da combinação de conceitos dos dois modelos. Cada conceito disciplinar (constructos de King) foi correlacionado com seu par semântico (constructos do sistema de saúde do Brasil) para produzir uma afirmativa relacional ou afirmativas teóricas. Obviamente que a seleção do pareamento semântico (seleção dos pares de objetivos dos dois modelos) é por natureza um processo de escolhas subjetivas. Entretanto para lidar com este aspecto e garantir a coerência na seleção, as escolhas foram orientadas tanto pela filosofia, teoria e princípios como também alinhadas a contribuir com o evento contido no Vê de Gowin.

Há que se ressaltar a relevância dos conceitos para o estudo e para todo o domínio teórico, pois para Alvarez (2014) as pessoas pensam com conceitos, estando eles um degrau acima da experiência percebida. Como ideias, os conceitos apresentados na tese servem de elementos para que toda a base teórico, filosófica e conceitual combinadas ao modelo disciplinar e não disciplinar possam encontrar um caminho de mediação com a realidade dos fatos e eventos no CAPS.

Todos os conceitos apresentados nos resultados trazem em suas definições conceituais elementos que podem futuramente permitir o desenvolvimento de definições operacionais e identificação dos seus referentes empíricos ou indicadores (MCWEEN, WILLS, 2009, p.79).

No domínio metodológico do Vê de Gowin, a busca do evento síntese, considerou a seguinte questão ou pergunta foco: “*Como se dá a ação de Enfermagem fundada no modelo de King e aplicada ao CAPS?*” Esta fez com que o conhecimento fosse “desempacotado” por meio do “V” de Gowin (1984) e o evento descrito. Dessa forma, observou-se que:

No CAPS o processo de trabalho é interativo e procura estabelecer o *vínculo transacional* expresso no vínculo terapêutico com o estabelecimento de metas e a implementação de ações que visem ao alcance do *crescimento e desenvolvimento para reabilitar/habilitar*.

Dessa forma, a Enfermagem persegue a criação do *vínculo transacional* com o usuário com a finalidade de alcançar seus objetivos de ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam funcionar em seus papéis sociais. Portanto, fica evidenciado o vínculo transacional como o evento central da ação de enfermagem no CAPS.

Os registros são realizados durante o evento, portanto observou-se que os registros gerados no *vínculo transacional* devem ser feitos pelo profissional de Enfermagem por meio do Registro de Enfermagem Orientado a Meta (ORGN) desenvolvido por King (1981), este não se opõe ou substitui o Projeto Terapêutico Singular, ao contrário, ambos se complementam e se relacionam no diálogo disciplinar-não disciplinar.

King trabalha o Registro orientado para o alcance de metas para que o processo de enfermagem caminhe para a implementação de um plano de cuidados de enfermagem, dessa forma contribuindo para disciplinaridade da ação. Ainda sustenta que, no esforço para desenvolver o Registro, os enfermeiros deverão abordar uma situação de enfermagem com conhecimento teórico que ajuda a verificar percepções e exatidão dos dados recolhidos para identificar os problemas e definir metas. Contudo, cita que estes podem ser adaptados às necessidades do serviço (KING, 1981).

Os Registros de Enfermagem Orientados para o Alcance de Metas apresentam cinco grandes elementos (KING, 1981).

1. Dados básicos;
2. Lista de problemas;
3. Lista de metas;
4. Plano de ação;
5. Notas de progresso.

Para o uso desses registros no escopo das terminologias especializadas de enfermagem considerou-se as estruturas taxonômicas mais difundidas no Brasil e que pudessem de algum modo apreender os aspectos teóricos construídos no Vê síntese. Optou-se por recomendar o uso para teste e validação da Taxonomia III da NANDA (NANDA-I, 2015).

A Taxonomia III é uma proposta de Gunn Von Krogh apresentada como proposta para substituir a atual Taxonomia II da NANDA International para os diagnósticos de enfermagem.

A recomendação da presente tese tem relação com o fato de que os domínios e classes da taxonomia podem guardar mais proximidade com o modelo da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. A Taxonomia possui sete domínios ligados as categorias de (a) aspectos de saúde humana, (b) capacidade e vulnerabilidade humanas e (c) influências na saúde humana ou as questões de saúde em si (NANDA, 2015, p.64).

Na categoria dos aspectos de saúde humana, os domínios são fisiológico, mental, existencial. Na categoria das capacidades e vulnerabilidade humanas, os domínios são funcional e segurança. Na categoria das influências na saúde humana ou as questões de saúde em si, os domínios são família e ambiente. Para construção de uma investigação dos dados básicos a seguinte roteirização teórica pode ser sugerida uma roteirização teórica correlacionando aspectos conceituais da presente pesquisa com a estrutura da taxonomia III.

Quadro 11 - Roteiro de investigação dos conceitos sintetizados na estrutura da Taxonomia III da NANDA

CONCEITO	DOMÍNIO	CLASSE
<i>Transação contratual</i>	Funcional	Função social: rede social, papéis, habilidades e interações sociais.
<i>Vínculo Interativo</i>	Funcional	Função social: rede social, papéis, habilidades e interações sociais.
<i>Percepção da dependência</i>	Mental	Autoconceito: padrões psicológicos envolvidos na autopercepção, identidade e autorregulação.
<i>Lateralidade e transversalidade na comunicação</i>	Funcional	Comunicação: capacidades e habilidades de comunicação.
<i>Identidade do self</i>	Mental	Autoconceito: padrões psicológicos envolvidos na autopercepção, identidade e

		autorregulação.
<i>Papel interpessoal e social</i>	Funcional	Função social: rede social, papéis, habilidades e interações sociais.
<i>Estresse no sofrimento</i>	Existencial	Conforto: percepções e experiências de sofrimento.
<i>Crescimento e desenvolvimento para reabilitar/Habilitar</i>	Existencial	Bem-estar: percepções de qualidade de vida e experiências de satisfação de necessidades existenciais.
<i>Tempo no Projeto Terapêutico Singular</i>	Ambiente	Sistema de atendimento à saúde: sistema de atendimento de saúde, legislação de saúde, tratamento hospitalar e processos de cuidado.
<i>Espaço territorial</i>	Ambiente	Saúde da comunidade: necessidades de saúde da comunidade, populações de risco e programas de atendimento de saúde.
<i>Espaço existencial</i>	Existencial	Bem-estar: percepções de qualidade de vida e experiências de satisfação de necessidades existenciais.

Demais dados básicos são recomendáveis para coleta no âmbito do CAPS e para isso os demais domínios da Taxonomia III podem servir de estrutura para a roteirização da investigação.

Há que se destacar que o enfermeiro não deve se pautar pelo raciocínio reducionista ou classificatório privando o usuário da possibilidade de falar e ouvir. Entende-se que os princípios e conceitos possam auxiliar o enfermeiro a escapar da tendência ao tecnicismo ou ao reducionismo da pessoa a dados ou constructos diagnósticos.

A lista de problemas pode ser expandida para uma lista de diagnósticos de enfermagem. Aqui é relevante destacar que o foco está no evento do vínculo transacional e como tal as negociações tomam a relevância mais do que a determinação dos “problemas”. De fato, numa perspectiva mais dialógica os problemas podem ser encarados como soluções latentes.

A taxonomia III já dispõe os diagnósticos de enfermagem por seus domínios (NANDA-I, p. 80-88), contudo, verifica-se que possivelmente existem fenômenos de interesse diagnóstico de Enfermagem ainda não classificados para uso no CAPS e para os quais presume-se que a presente tese possa auxiliar na identificação.

As etapas de plano de metas (negociação de resultados), plano de ação (planejamento para a definição negociada de ações) e as notas de progresso (avaliação da evolução para o alcance de metas) devem ser estruturadas com alinhamento ao domínio conceitual do Vê síntese e ao processo de enfermagem.

No caso da abordagem transdisciplinar, o esquema orientador deve ser o que possa gerar uma prática transformada e reformada em relação ao esquema manicomial. Construído a partir dos registros, o projeto terapêutico singular deve, necessariamente, organizar as ações que visem ao aumento da autonomia do usuário e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados, além das propostas e objetivos de tratamento, contemplando as necessidades, possibilitando autopercepção e promovendo a manifestação de suas perspectivas e desejos (BRASIL, 2004b).

O processo de construção do projeto terapêutico singular é um processo interdisciplinar que deverá acontecer na seguinte sequência (BRASIL, 2012b, p.28):

1. Inicia com a pactuação sobre a Situação Singular, individual ou coletiva, a partir da qual será desenvolvida a proposta de intervenção;
2. Segue-se a apresentação da Avaliação da Situação;
3. Levantamento e a discussão das Hipóteses Diagnósticas;
4. Pactuação de Definição de Metas;
5. Após as metas serem estabelecidas, é hora de dividir as responsabilidades de forma pactuada;
6. Reavaliações periódicas das ações, visando também a pactuação de ajustes identificados como importantes para o alcance das metas ou de suas modificações.

As transformações e os registros são organizados de forma a possibilitar reavaliações periódicas do processo interação/transação onde enfermeira e cliente fazem pactuação de ajustes para o alcance de metas que estão voltadas à capacidade do cliente para funcionar em papéis sociais. As transformações estão contidas nas notas de progresso declaradas no Registro de Enfermagem Orientados à Meta de King (1981) e nas reavaliações periódicas das ações do projeto Terapêutico Singular. As transformações são desencadeadas pelo *vínculo transacional* e correspondem às transformações pelas quais a pessoa em situação de abuso de drogas passam para alcançar o crescimento e desenvolvimento para reabilitar/habilitar para exercerem seus papéis interpessoais e sociais.

A síntese das afirmativas contidas em King (1981) e SUS geraram as seguintes afirmativas que poderão ser verificadas por meio de indicadores empíricos a serem obtidos por meio da construção do vínculo transacional. Tendo por base as afirmativas relacionais das asserções de conhecimento elaborou-se as perguntas indutoras para reavaliações e notas de progresso:

- A integralidade foi alcançada e mantida por meio da interatividade?
- A interação propiciou as condições para o vínculo que preservou e foi preservado pelo princípio da integralidade?
- Houve negociação para o estabelecimento de metas e o acompanhamento e verificações do alcance das mesmas?

- Os princípios de King foram harmonizados com os princípios do SUS por meio de uma prática profissional de natureza disciplinar e também de natureza multidisciplinar em contínua interação?
- Os conceitos de King foram empregados de modo a contribuir para resolubilidade no SUS e a ação disciplinar de Enfermagem no âmbito dos CAPS AD?
- O evento do vínculo transacional no CAPS AD foi registrado pela enfermagem pelo GORN de King?
- As filosofias, teorias, princípios e conceitos centrais do SUS e de Imogene King foram usados como orientadores para a prática no âmbito da CAPS AD?

A figura a seguir ilustra a interação que o *Vínculo Transacional* pode propiciar junto aos sistemas pessoal, interpessoal e social.

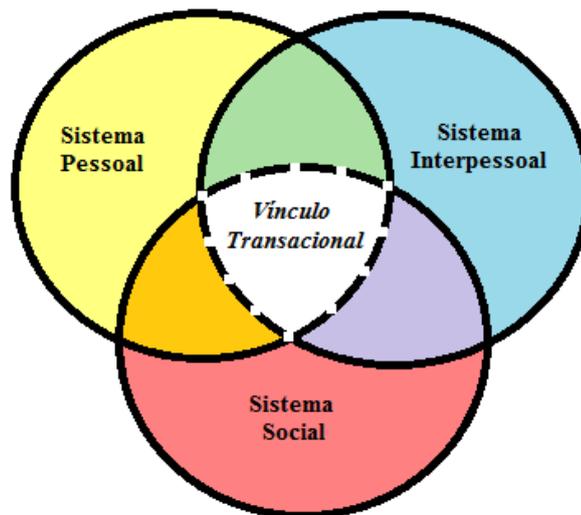


Figura 6 - Vínculo Transacional como evento de interação entre os sistemas.

6 CONCLUSÃO

Na produção das conclusões sobre a presente tese afirma-se inicialmente que a presente tese reuniu aspectos de uma teoria de médio alcance de nível média-alta para as construções relacionadas ao domínio conceitual do Vê síntese e de níveis média-média e média-baixa para o domínio metodológico.

Destaca-se que estiveram presentes diversos elementos característicos das teorias a saber: propósito da teoria (questão foco do Vê de Gowin); conceitos e definições conceituais do campo disciplinar, não disciplinar e da combinação de ambos; afirmativas teóricas produzidas da combinação de conceitos pareados da enfermagem e de fora da enfermagem; proposições do tipo axiomas (princípios) da enfermagem, de fora da enfermagem e da combinação de ambos; proposições na forma de afirmativas relacionais sobre origens, motivações e todos os elementos de conhecimentos “desempacotados” pelo Vê de Gowin; estrutura (análise de modelos conceituais conforme proposta de Fawcett e analítica e reconstrutivas do conhecimento pelo Vê de Gowin); as ligações especialmente entre conceitos de pareamento semântico e da estrutura da Taxonomia III com os registros do evento de vínculo transacional; suposições que sendo consagradas pela normatização do SUS foram tomadas sem necessidade de prova empírica, especialmente as concernentes aos princípios; modelos expresso no Vê síntese.

O processo conduzido na presente tese pode ser considerado bem sucedido no seu trânsito de desenvolver os elementos de uma teoria de enfermagem pela abordagem de ter adotado a combinação de dois modelos conceituais (enfermagem e não enfermagem) para produzir um terceiro modelo e teoria interativos. Talvez não seja exagero afirmar que o processo de construção da tese teve de buscar produzir uma transação entre os constructos disciplinares e não disciplinares para a meta de responder a questão foco. *“Como se dá atuação dos profissionais de enfermagem nos CAPS a observância de uma dimensão recortada pela natureza disciplinar sem prescindir do imperativo da ação transdisciplinar?”*.

Portanto, na observância de responder a questão foco, verificou-se que tanto o Sistema Único de Saúde quanto o Modelo e Teoria de Imogene King tomam por base uma visão sistêmica da realidade, onde um ser humano pertence ao todo, funcionando como um sistema aberto em interação na busca de saúde à todos como direito do cidadão e dever do Estado. Onde o ato humano e conseguinte da Enfermagem, é ato de luta para que não seja desmontado um sistema de saúde universal, mais que isso, para cada vez mais melhorar o nível de vida da

população por meio de um modo humanizado e integral de buscar e trabalhar a saúde, utilizando a interação emancipadora, visando metas práticas, consensuais, justas e alcançáveis aos indivíduos, família e comunidade.

O ato humano ou evento esperado entre profissionais de enfermagem e usuários que interagem no âmbito do CAPS é aqui conceituado como *vínculo transacional*, a pesquisa em tela defende que uma vez realizado em plenitude, permite que a enfermagem exerça funções que lhe sejam próprias e singulares de forma harmônica com a multi e transdisciplinaridade exigidas no SUS, pois aceita que o foco dos sistemas humanos está em funcionar em uma perspectiva total, permitindo o direito a saúde e a totalidade, conseqüentemente chamando os profissionais de Enfermagem a superarem a perspectiva funcionalista e reducionista do cuidado, fugindo da ideia errônea de um holismo como a soma das partes, na qual o atendimento de várias partes ou necessidades dariam conta da integralidade.

Reconhece que a interação e as transações se dão continuamente de forma ampla e dinâmica, inclusive no campo político, considerando os usuários como parte ativa, autônomos e integrais no sistema para que exerçam seus papéis, pessoal na busca de qualidade de vida e social na luta por um sistema de saúde cada vez mais universal, integral e equânime.

O *vínculo transacional* é exitoso, pois orienta a realização de ações transdisciplinares, multidisciplinares e disciplinares na perspectiva do todo, visando não exclusivamente saúde, mas também o pensamento sistêmico que considera o ambiente externo ao indivíduo, mas aberto às trocas, e dessa forma permitindo ajustes nos sistema pessoal e no Sistema Único de Saúde. Indica a necessidade da interação e da transação com outras disciplinas e profissões no interesse da saúde e da sociedade ao mesmo tempo em que valoriza os diagnósticos, os resultados e as intervenções para o cuidado de enfermagem, harmonizado aos planos terapêuticos multidisciplinares. O *vínculo transacional* também guia a ação por meio de princípios estáveis que consolidam os profissionais de Enfermagem como advogados defensores dos pacientes no enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder.

O *vínculo transacional* permite um processo de Enfermagem interativo que propicia o *vínculo transacional* com estabelecimento de metas e a implementação de ações que visam ao alcance do *crescimento e desenvolvimento para reabilitar/habilitar*, ajudando indivíduos, famílias, grupos e comunidade a manter a saúde para que possam exercer seus papéis sociais.

Os registros gerados no *vínculo transacional* devem ser realizados por meio do Registro de Enfermagem Orientado a Meta desenvolvido por King e auxiliados pela

Taxonomia III da NANDA, lembrando que o enfermeiro não deve se pautar pelo raciocínio reducionista ou classificatório privando o usuário da possibilidade de falar e ouvir, sempre seguindo a orientação dos conceitos e princípios aqui trabalhados no sentido de escapar da tendência ao tecnicismo ou ao reducionismo da pessoa a dados ou constructos diagnósticos, mesmo porque a ação no modelo do *vínculo transacional* provavelmente vai encontrar fenômenos de interesse diagnóstico de Enfermagem ainda não classificados.

A *transação contratual* pretendida com e no *vínculo transacional* busca transformar pessoas no sentido do alcance do *crescimento e desenvolvimento para reabilitar/habilitar* o funcionamento em seus papéis interpessoais e sociais, estes sempre reavaliados periodicamente visando ajustes para o alcance de metas.

Enfim, conclui-se que o trabalho em tela propõe um novo modelo conceitual, e mais que isso, produz elementos para uma nova teoria de médio alcance que busca contribuir para a prática da Enfermagem mais holística, alinhada aos conhecimentos disciplinares e extradisciplinares no âmbito do CAPS.

7 REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M. R. **Nursing Theory: utilization & application**. 5 ed. St Louis: Elsevier, 2013.

R. **Nursing Theory: utilization & application**. 5th ed. St Louis: Elsevier, 2013.

ALMA-ATA, **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em nov. 2016.

ALMEIDA, N. M. **Gramática Metódica da Língua Portuguesa**. São Paulo: Saraiva, 2005

ANTUNES, M. J; EGRY, E. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm**, v. 54, n.1, p. 98-107. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200100010001> Acesso em 13 nov, 2016.

BERLINCK, M. T; MAGTAZ, A. C; TEIXEIRA. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. latinoam. Psicopatol**, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1>> Acesso em 22 out de 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**: atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de dezembro de 1988. Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 12 fev de 2016.

_____. Decreto-Lei nº 8080, de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 19 de set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**, Brasília, CONASS, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS: **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2003b. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 2 ago de 2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 12 fev. 2016

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica: Série Pactos pela Saúde**, vol. 4, Brasília, Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/wilson%20denadai/Downloads/politica_nacional_atencao_basica_2006.p>. Acesso em: 23 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** /. 4 ed, Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde. 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. **PORTARIA N. 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Universidade Federal de Santa Catarina, Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Projeto Terapêutico Singular**. Florianópolis. UFSC, 2012. Disponível em

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1089/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf?sequence=1>> Acesso em: 23 fev. 2016.

_____. **LEI Nº 12.864, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013.** Altera o **caput** do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112864.htm > Acesso em 27 out 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Saúde Mental.** Brasília, Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> . Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. Universidade Federal de Santa Catarina Universidade Aberta do SUS – UNASUS. **Álcool e Outras Drogas: Da Coerção a Coesão: Módulo; Governo Drogas e Sociedade.** Florianópolis. UFSC, 2014. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CEBES, **Centro Brasileiro de Estudos e Saúde.** Disponível em: <<http://cebes.org.br/linha-do-tempo/ano-1979/>> Acesso em 12 nov de 2016.

COREN RS. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação e Código de Ética: Guia Básico.** Rio Grande do Sul, 2014, p. 29. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>> Acesso em 11 nov de 2016.

CARVALHO, V. Enfermagem fundamental - predicativos e implicações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n. 5, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500015>. Acesso em 22 fev. 2016.

DAHNIKE, M. D; DREHER, H. M. *Phylosophy of Science for Nursing Practice: Concepts end Applications.* New York: Springer, 2011.

DEMO, P. *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DIAS, C. B; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 469-475, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200032&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 fev. 2016.

DUARTE, E. O. S; NASI, C; CAMATTA, M.W; SCHNEIDER, J. F. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. **Rev. Gaúch. Enferm**, v. 33, n. 4, p. 191-199, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400024>. Acesso em: 22 fev. 2016.

ERDIMANN, A. L; MELLO, A. L. S. F; MEIRELLES, B. H. S; MARINO, S. R. A. As Organizações de Saúde na Perspectiva da Complexidade dos Sistemas de Cuidado. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 4, p.467-71. jul-ago 2004, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16>> Acesso em 27 out de 2016.

FAWCETT, J. Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

FERNANDES, C.R; **Fundamentos do Processo Saúde-Doença-Cuidado**. Rio de Janeiro, Águia dourada. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A; SANTOS, I; SOBRAL, V. R. S; SILVA, J. O. C. Cuidar em saúde: lugar de um novo paradigma. **Rev. Bras. de Enferm**, v. 51, n. 3, p. 447-456, jul./set. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300025>. Acesso em: 23 fev. 2016.

FIGUEIREDO, N. M. A; CARVALHO, V; QUELUCI G. C; SILVA, R. O. L. S. Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 1, Jan/Abr. 2005. Disponível em: <http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=932>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FONTANELLA, B. J. B; MELLO, G.A; DEMARZO, M.P; TURATO, E, R. Percepção da Síndrome de Dependência por Pacientes em Tratamento. **J. Bras. Psiquiatr**. v. 57, n. 3, p. 196-202. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/07.pdf>> Acesso em 2 nov de 2016.

FONTOURA R.T; MAYER C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bra. Enferm**, Brasília v.59, n.4, Jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672006000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FRACOLLI, L. A. F; ZOBOLI, E. L. P; GRANJA, G. F; ERMEL, R. C. V. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015>.

Acesso em 22 fev. 2016.

FIOCRUZ. **PenseSUS: Comunicação e Informação**. Disponível em:

<<http://pensesus.fiocruz.br/comunicacao-e-informacao>>. Acesso em 27 out de 2016.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287–301, ago. 2005.

GOMES, L. B; BOLZE, S. D. A; BUENO, R. K; CREPALDI, M. A. **As Origens do Pensamento Sistêmico**: Das Partes para o Todo Pensando Famílias, v. 18, n.2, p 3-16, dez. 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a02.pdf>> Acesso em nov de 2016.

GONÇALVES, S. P. M; TAVARES, C. M. M. Atuação do Enfermeiro na Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas nos Serviços Extra-hospitalares. **Rev. Esc. Enferm. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 586-92, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a05>> Acesso em nov de 2016.

GOWIN, D. B; NOVAK, J. D; **Learning how to learn**. Cambrige: Cambridge University Press Cambridge, (1984).

GOWIN, D. B; ALVAREZ, M. **The art of educating with V diagrams**. New York: Cambridge University Press, 2005.

INPAD. Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas: **Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo – SP. 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: ago de 2016.

JÚNIOR, J. P. B; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas Relações com o Sistema de Saúde Brasileiro. **Rev. Saúde. Com**, v.1, n.1, p. 79-89. 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a10.pdf>> Acesso em nov de 2016.

KANTORSKI, L.P; SOUZA, J; WILLRICH, J. Q; MIELKE, F.B. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 3, p. 366-371, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a06.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

KING, I.M. Nursing theory: problems and prospect. **Nursing Sciences**, v. 2, n.5, p.394-403. 1964.

KING, I. M. *Toward a Theory for Nursing: General concepts of human behavior*. New York: Wiley. 1971.

KING, I. M. *Toward a Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: John Wiley & Sons. 1981.

KING, I. M. **King's Conceptual Framework and Theory of Goal Attainment**. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 73–84). New York: National League for Nursing. 1990.

KING, I. M. A Systems Framework for Nursing: Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing Thousand Oaks. **M. A. Frey & C. L. Sieloff**, p. 14–22, 1995.

KING, I. M. Reflections on the Past and a Vision for the Future. **Nursing Science Quarterly**, v. 10, n. 1, p. 15–17, Spring. 1997a.

KING, I. M. (1997b). King's Theory of Goal Attainment in Practice. **Nursing Science Quarterly**, p. 180–185. 1997b.

KING, I. M. A Theory of Goal Attainment: Philosophical and Ethical Implications Imogene. **Nursing Science Quarterly**, v.12, n. 4, October 1999.

KIRSCHBAUM, D. I. R. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. **Rev. latinoam. Enferm**, v. 17, n. 3, p. 368-373, mai./Jun. 2009. Disponível em; <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000300014&script=sci_arttext&tlng=p>. Acesso em fev. 2016.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, mar/abr. 2007.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Theoretical Basis for Nursing**. 4 ed., North American Edition ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2014

MENICUCCI, T. M. G. História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: Mudanças, Continuidades e a Agenda Atual. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, p.77-92. jan.-mar. 2014

NANDA INTERNATIONAL, Inc. **Nursing Diagnoses: Definitions & Classification**, 2015-2017, Tenth Edition. T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. 2016.

NETO, E. R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de informação e comunicação. Núcleo de estudos em saúde pública. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília, IEC, 1994. p. 7-17.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acessado em fev de 2016.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na Atenção à Saúde**, 8. ed, Rio de Janeiro; ABRASCO. 2009. Disponível em: < <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em 22 fev de 2016.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do Cuidado e Processo de Trabalho em Saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, dez. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 out de 2016.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RISJORD, M. Nursing Knowledge: science, practice and philosophy. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

RODGERS, B. L. Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences. 1 ed, Philadelphia: LWW, 2004.

SANTO, F. H. E; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, v.10, n.3, dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300025>.

Acesso em: 22 fev. 2016.

SENA, R. R; SILVA, K. A. Enfermagem Como Parceira Solidária do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 2, p. 1792-6. 2011.

SIQUEIRA, J. A. C; OTANI, M. A. P. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. **REME**, v. 15, n. 4, p. 539-545, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4f2ffe008a222.pdf>.

Acesso em: 22 fev. 2016.

SILVA, S. A; MACHADO, B. P; LIMA, S. B. S. O Sistema Único de Saúde Brasileiro: em busca de uma identidade. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 40, n. 2, Jul./dez, p.19-26, 2014.

SILVEIRA, L. C; VIEIRA, A. N; MONTEIRO, A. R. M; MIRANDA, K. C. L; SILVA, L. F. S. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 548-554, ago. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300548&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de out de 2016.

SOARES, R. D; VILLELA, J. C; BORBA, L. O; BRUSAMARELLO, T; MAFTUM, M. A. O papel da equipe de enfermagem no Centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v 15, n.1, p. 110-115, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

SOPHIA, Daniela Carvalho. Notes about the participation of CEBES in the organization of the 8th National Health Conference: the role of Revista Saúde em Debate. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 554–561, dez. 2012.

SOUZA, A. R; SILVA, A. R; BEZERRA, C. P; BRAGA, V. A. B. A inserção do enfermeiro no centro de apoio psicossocial (CAPS): refletindo sobre a prática profissional. **RENE**, v. 9, n. 1, p. 154-161, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/539>>. Acesso em fev. 2016.

THOFEHRN, M.B; LEOPARDI, M. T. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 11, n.1, p 86-104, jan./abril. 2002.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G; LUNARDI, V.L; BARLEM, E. L. D, RAMOS, A. M; SILVEIRA, R. S. VARGA, M. A. O. Como Enfermeiros Vêm Exercendo a Advocacia do

Paciente no Contexto Hospitalar? Uma Perspectiva Foucaultiana. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, mar. 2016.

VALE, E. G. V; PAGLIUCA, L. M. F; Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 1, Jan./Fev. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100016>.
Acesso em 22 fev. 2016.

VARGAS, D.V; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD): A Formação e a Busca pelo Conhecimento Específico da área. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n.1, p. 119-26, jan-mar. 2011.

VARGAS, D; OLIVEIRA, M. A. F; DUARTE, F. A. B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo. **Rev. latinoam. Enferm**. Ribeirão Preto v. 19, n. 1, p. 115-122, jan./fev. 2011.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 9a ed. Campinas: Papirus, 2010

VIEIRA, F. S; BENEVIDES, R. P. Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil. IPEA, n. 28, Brasília, setembro de 2016. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>
Acesso em nov de 2016.

VON BERTALANFFY, L. A teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 360p.