



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Tosoli Gomes, Antonio Marcos; Oliveira, Denize Cristina de
Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 63, núm. 4, julio-agosto, 2010, pp. 608-615
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019592017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros

Professional autonomy in an atomic design: social representations of nurses

Autonomía profesional en un diseño atómico: representaciones sociales de enfermeros

Antonio Marcos Tosoli Gomes¹, Denize Cristina de Oliveira¹

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ

Submissão: 08/01/2009

Aprovação: 23/05/2010

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever e analisar a representação social da autonomia profissional construída por enfermeiros de saúde pública. O referencial teórico metodológico foi a Teoria das Representações Sociais. Realizou-se, entre janeiro e março de 2002, entrevistas em profundidade com 30 enfermeiros de um município do estado do Rio de Janeiro. Os dados foram analisados pelo software Alceste. Os resultados apontaram o desenho da autonomia profissional fundamentado em características dos profissionais (responsabilidade e equilíbrio) e a programação em saúde como um espaço importante à construção da autonomia. Conclui-se que o processo de autonomia está em construção e destaca-se a existência de sua representação.

Descritores: Enfermagem em saúde pública; Prática profissional; Saúde pública; Autonomia profissional.

ABSTRACT

This work has the objective of describe and analyse the social representation of professional autonomy build by public health nurses. The methodology theoretical referencial was the Theory of Social Representation. Interviews were deeply made with 30 nurses of a city in state of Rio de Janeiro. The information was analysed by Alceste software. The results showed the professional autonomy drawing based on professional characteristics (responsibility is balance) and health programming as an important space to autonomy building. It can be concluded that autonomy process is under construction and that the existence of its representation.

Key words: Public health in Nursing; Professional practice; Public health; Professional autonomy.

RESUMEN

Este trabajo tiene el objetivo de describir y analizar la representación social de la autonomía profesional construyeda por los enfermeros de la salud pública. El referencial teórico metodológico fue la Teoría de la Representación Social. Las entrevistas fueron hechas profundamente con 30 enfermeros de una ciudad en estado del Río de Janeiro. La información fue analizada por el software Alceste. Los resultados demostraron el dibujo profesional de la autonomía basado en características profesionales (responsabilidad es equilibrio) y la programación en salud como un espacio importante a la construcción de la autonomía. Puede ser concluido que el proceso de la autonomía está en construcción y que la existencia de su representación.

Descritores: Enfermería en salud publica; Práctica profesional; Salud pública; Autonomía profesional.

AUTOR CORRESPONDENTE

Antonio Marcos Tosoli Gomes. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar . Vila Isabel. CEP 20551-030. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: mtosoli@gmail.com

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A enfermagem vem conquistando diversos espaços de atuação profissional no âmbito dos serviços públicos e das instituições privadas. A conquista desses espaços está relacionada a questões políticas, técnicas e teóricas através das quais a profissão concretiza avanços e experimenta retrocessos em sua história, mantendo-se presente no seio da sociedade através da assistência, da docência e da pesquisa.

No que tange à política, observa-se a inclusão cada vez maior do enfermeiro em programas de saúde e a explicitação de sua participação como sendo fundamental em estratégias de atenção à saúde da população, como é o caso da Saúde da Família, permitindo o desenvolvimento de ações como a consulta de enfermagem e a implementação de normas e rotinas dos referidos programas e/ou estratégias. Além disso, o investimento governamental na formação e na especialização dos profissionais pode ser percebido tanto para os enfermeiros, especialmente na área de atenção à saúde da mulher e da criança, quanto para a equipe de enfermagem, através do PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem)⁽¹⁾.

A questão técnica tem se ampliado, ressaltando-se a necessidade da especialização dos profissionais para dar conta de determinadas demandas (clientes que retornam à comunidade após acidentes vasculares cerebrais e internações em centros de tratamentos intensivos, por exemplo) e o estabelecimento de uma nova configuração da equipe de saúde, tanto em função do surgimento de novas profissões, quanto pela discussão do Ato Médico como força legal e reguladora do processo de trabalho em saúde. Os enfermeiros defrontam-se, de forma simultânea, com o alargamento das possibilidades em seu saber/fazer técnico que se deve, dentre outros fatores, às transformações das políticas de saúde e à restrição de seu espaço de atuação devido a dispositivos legais e pelas prioridades estabelecidas pelos administradores locais.

Quanto aos aspectos teóricos, apesar do avanço experimentado no desenvolvimento de teorias que procuram oferecer modelos de atuação e uma ancoragem da prática em um arcabouço científico, ressalta-se ainda um distanciamento entre o fazer do enfermeiro na saúde pública e o conhecimento que é construído de modo contínuo pelos pesquisadores e pelos pensadores da área. Este fato pode estar gerando uma prática profissional como uma repetição de fazeres que, mesmo ressaltando a sua utilidade em dar conta das demandas mais prementes da população, perpetua um determinado processo de trabalho em saúde que impede a ruptura com o modelo biomédico.

Essa discussão permitiu pontuar fatores que colaboram ou prejudicam a construção de um saber/fazer próprio da enfermagem e, em última análise, a concretização de sua autonomia profissional. Frente a todo este contexto, definiu-se como objeto de estudo a autonomia profissional do enfermeiro e como objetivos descrever e analisar a representação social da autonomia profissional construída por enfermeiros de saúde pública.

MÉTODO

Adotou-se, como referencial teórico-metodológico deste trabalho, a Teoria das Representações Sociais, desenvolvida no

contexto da Psicologia Social⁽²⁻⁴⁾. As representações sociais estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social⁽⁴⁾. As representações possuem como materiais fundamentais de estudo, as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade⁽³⁾.

Tornam-se importantes, não apenas as considerações teóricas acerca das representações sociais, mas sua importância na concepção do real e na forma como influencia a relação do sujeito com as suas experiências concretas. Em função disso, determinados autores⁽³⁻⁴⁾ elaboram o conceito de representação social, como sendo o produto e o processo de uma atividade mental, por meio do qual um indivíduo ou um grupo reconstituem a realidade com a qual ele se confronta e para a qual atribuem um significado específico.

Como sujeitos, foram incluídos no estudo 30 enfermeiros, inseridos na rede básica de saúde de um município do interior do Estado do Rio de Janeiro, que desenvolvem a consulta de enfermagem dentro da programação em saúde. Este número deve-se ao consenso existente no âmbito da teoria de representações sociais como sendo o quantitativo mínimo para se recuperar as representações sociais em um grupo⁽⁴⁻⁵⁾. Destaca-se que o quadro funcional do município contém 50 profissionais em sua totalidade na área de saúde pública. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: lotação profissional nos quadros de saúde pública do município e desempenho de atenção direta à população pela utilização da tecnologia da consulta de enfermagem no contexto dos programas de saúde.

Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade, que durou, em média, 60 minutos, considerando que os métodos interrogativos, como a entrevista, objetivam recolher uma expressão (icônica ou verbal) dos indivíduos sobre o objeto de representação⁽⁵⁾. O Roteiro de entrevista foi estruturado em seis eixos teóricos, quais sejam, definição de enfermagem, identidade profissional, atuação profissional, saber *versus* fazer, Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC): espaço de atuação e enfermagem: construção responsável. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas em um período compreendido entre janeiro e março de 2002.

A análise de dados foi realizada com o *software* Alceste 4.5 através da análise lexical, que recorre à co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumarizar informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais⁽⁶⁾. Este *software* foi criado na França em 1979 por Max Reinert para ser utilizado no sistema operacional *Windows*. Ele apresenta uma organização possível dos dados em função de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classe, as relações existentes entre as mesmas, as divisões realizadas no material analisado até a sua formação, as formas radicais e palavras associadas com seus respectivos valores de qui-quadrado, além do contexto semântico de cada classe⁽⁶⁾.

Cabe destacar, ainda, que o Alceste segmenta o material a ser analisado em grandes unidades denominadas de Unidades de Contextos Iniciais (UCI), que podem ser entrevistas de diferentes sujeitos reunidas em um mesmo *corpus*, respostas a perguntas específicas, normalmente abertas, de questionários e textos de jornais e revistas. O texto completo é, então, reformatado e dividido

em segmentos de algumas linhas respeitando, se possível, os cortes propostos pela pontuação. Esses segmentos são denominados de unidades de contextos elementares (UCE) e correspondem aos materiais discursivo ou escrito que estão na origem da formação das classes⁽⁶⁾.

O *software* possibilita a realização de uma análise *standart*, não orientada, do conjunto do material e de um segundo tipo de tratamento orientado para a busca dos termos indicados pelo pesquisador nas unidades de contexto do material analisado – análise *tri-croisé*. O tratamento dos dados deste trabalho foi realizado através da análise *tri-croisé* para a expressão autonomia profissional. Isso significa dizer que o *software* separou o conteúdo das entrevistas em dois blocos: um ligado à expressão supracitada e outro não ligado a ela.

Os princípios éticos de pesquisas com seres humanos foram adotados e obedecidos, de acordo com as normativas da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Neste sentido, obteve-se autorização institucional do referido município e cada sujeito recebia as orientações necessárias para a compreensão dos objetivos da pesquisa, seguida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado da análise *tri-croisé* pode ser observado na Figura 1, ressaltando-se a divisão do material discursivo em duas classes lexicais. A primeira – Classe 1 – contém as unidades de contexto com a expressão “autonomia profissional” e a segunda – Classe 2 – não contém a expressão, ou seja, comporta todo o conjunto restante do texto analisado.

As variáveis importantes à constituição da classe foram: profissionais com pouco tempo de formado (3 a 6 anos), do sexo feminino, com pouca experiência de trabalho no PAISC (menos de 1 ano) e que não possuem pós-graduação. Pode-se observar abaixo o Quadro 1 com as formas reduzidas de maior grau de associação à classe.

Destaca-se, no Quadro 1, formas reduzidas/palavras que reforçam o sentido associado a autonomia profissional e outras que explicitam as dificuldades para a sua conquista. Formas como *prol*, *real*, *chance+*, *firm+* e *trein+* demonstram como os sujeitos apreendem a autonomia, bem como a concretizam em seus cotidianos profissionais. Por outro lado, *insegur+*, *limitações*, *limit+* e *tolhido* são referências dos sujeitos às dificuldades diárias para o

exercício da autonomia, com maior ênfase aos limites impostos às práticas dos enfermeiros (*limit+* e *limitações*).

A representação da autonomia profissional apresenta conteúdos contraditórios, pois ao mesmo tempo em que comporta elementos positivos (*prol* e *chance+*), encontra-se também os negativos (*tolhid+*, *limit+* e *limitações*). De forma semelhante, *insegur+* e *firm+* são extremos de uma mesma posição frente ao espaço autônomo, que parece estabelecer relação tanto com a especialização do saber/fazer (*trein+*) em um contexto específico de realização da prática, a programação em saúde (*program+*), quanto com oportunidade do enfermeiro expressar a sua importância no atendimento direto à clientela. Torna-se importante ressaltar no Quadro 1 as formas *limit+* que apresenta um contexto semântico mais rico, ao lado de *trein+*. Complementando a forma *limit+*, ainda pode-se observar a forma *limitações*, que possui, na verdade, o mesmo sentido.

Nesta Classe, os sujeitos se referem de diversas maneiras à autonomia profissional, relacionando-a à prática e ao saber específico da enfermagem, ao espaço institucional, à medicalização do trabalho do enfermeiro e às características dos profissionais, que geram maior ou menor autonomia. Por isso, agrupamos os sentidos presentes nas falas de forma a fornecer uma imagem mais exata e didática da representação social de autonomia profissional para os sujeitos, conforme se apresenta a seguir.

Características inerentes aos profissionais como fator importante à construção da autonomia profissional

Os profissionais referiram que a autonomia é conquistada ou mantida a partir de características ou comportamentos profissionais dos enfermeiros, o que atribui à autonomia um sentido de processo permanente e de constante fragilidade. Os sujeitos aparentam possuir consciência de um espaço já conquistado, mas possível de ser perdido a qualquer momento, o que justifica a vigilância constante de modo a não deixar margem à restrição justificada de seu espaço profissional.

O espaço profissional que nós temos hoje foi fruto das características de muitas pessoas que lutaram pela consulta de enfermagem. Mas ele não é garantido, temos que continuar a mostrar o nosso trabalho, tem a ver com a política também e com o perfil de cada profissional. (SUJ. 12)

Duas características profissionais, que também são características pessoais, possibilitam a experiência da autonomia profissional em enfermagem na representação dos sujeitos, quais sejam, responsabilidade e equilíbrio. Este fato pode ser pontuado na fala a seguir:

É bom o enfermeiro ter sua autonomia profissional (...), mas tem que ter responsabilidade, saber até onde o enfermeiro pode ir com essa autonomia profissional, se não complica. (SUJ. 2)

Ter autonomia profissional também implica numa responsabilidade. Então o enfermeiro tem que ter equilíbrio e, às vezes, não tem. (SUJ. 6)

Responsabilidade, nas representações sociais desses sujeitos,

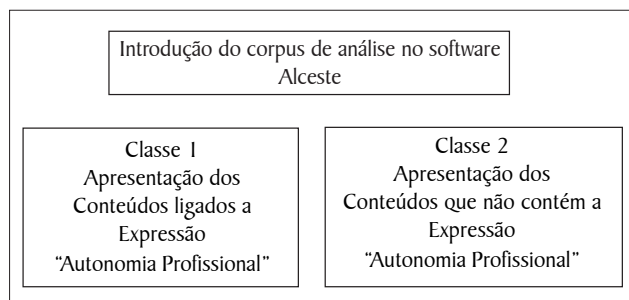


Figura 1. Dendograma de divisão do material empírico na análise *tri-croisé* (cruzada) do software Alceste.

Quadro 1. Formas reduzidas e seus contextos semânticos com maior grau de associação à classe *tri-croisé* autonomia profissional.

Palavras		χ^2
Autonomia-profissional	Autonomia profissional	3,141.00
Prol	Prol	34.65
Insegur+	Inseguro	22.58
Secundari+	Secundário, secundária	21.29
Pioneira+	Pioneira, Pioneiras	21.29
Trein+	Treinando, Treinar, Treinei	20.04
Limit+	Limitação, Limitada, Limitado, Limitar, Limite	17.84
Chance+	Chance	17.12
Firm+	Firmar, Firmes	17.12
Tolhid+	Tolhido	17.12
Program+	Programa, Programas	14.16
Real	Real	11.93
Limitações	Limitações	11.93

se destaca como sinônimo de agir dentro dos limites socialmente legitimados para o profissional enfermeiro. Pode-se perceber, então, a existência de um espaço de ação nem sempre permeado pela autonomia, ao mesmo tempo em que os limites dessa autonomia passam, ao menos em parte, por uma decisão própria (talvez subjetiva?) do próprio profissional, indicando a inexistência de sua delimitação precisa.

Em estudo anterior⁽⁷⁾, apontamos a situação complexa da enfermagem frente à sociedade, uma vez que essa área necessita demonstrar a sua importância técnica, mercadológica e social no interior de uma equipe de saúde, na qual enfrenta a sobreposição de atividades com outros profissionais, em muitas situações. Este fato, pelas características do processo de trabalho da profissão (tensão entre a administração e a assistência), permite que o enfermeiro vivencie, com muita frequência, o papel de amálgama entre as diversas profissões, o que implica em uma perda, em maior ou menor grau, de sua especificidade de ação e de saber.

Essa situação permite que excessos sejam cometidos, como destacado por esse sujeito:

Não concordo com a liberdade de ação em excesso que algumas pessoas têm, eu não precisaria de liberdade em excesso, porque não sei fazer mais nada diferente. Eu não tenho necessidade de ir além, porque as medicações eu tenho dificuldade em fazer, tenho medo do efeito colateral que pode dar em qualquer um, mas qualquer médico prescrevendo, não enfermeiro. (SUJ. 10)

Existem limitações no nosso trabalho, que limitam a nossa autonomia... nossos colegas aceitam, talvez como consequência da própria história da profissão, as freiras, prostitutas... (SUJ. 27)

O equilíbrio, como característica pessoal e profissional citado na penúltima fala, é o elemento que impede no cotidiano profissional o ato de extrapolar as fronteiras legais e éticas da profissão. Este fato chama a atenção, pois os limites da atuação profissional deveria ser o exercício pleno da essencialidade da profissão, como elemento central no modo como a enfermagem se expressa à sociedade e se concretiza no atendimento à população. Essa questão vem sendo discutida na enfermagem na sua relação com a hegemonia médica⁽⁸⁾,

fato que interessa ao presente estudo a partir do momento em que os referidos excessos se caracterizam, em sua grande maioria, como sendo um exercício ilegal da medicina.

Neste contexto, cabe destacar que equilíbrio e responsabilidade é o binômio através do qual os profissionais conquistam ou mantêm a autonomia profissional, expressa em comportamentos diários em três dimensões básicas: frente ao cliente, dando resolutividade às suas necessidades, sem extrapolar os limites do saber e da competência legal do enfermeiro; à equipe de saúde, fornecendo contribuições originais e pertinentes a partir do modo próprio de agir e da visão da enfermagem; e à instituição ou poder público, desempenhando um papel necessário, mas dentro das normas e rotinas preestabelecidas pelo mesmo poder público⁽⁹⁾.

Ainda com relação a este binômio, os sujeitos reconhecem existir um limite na autonomia profissional, limite este visualizado, por um lado, como natural à profissão, e por outro, como imposto e castrador à liberdade da prática profissional. Neste sentido, além da questão concreta da existência de maior ou menor espaço autônomo no atendimento à clientela, deve-se considerar as representações sociais construídas ao longo da história da profissão que perpassam a caridade e a realização de tarefas, gerando um mito de subalternidade mais construído do que real⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto apontado como fundamental à autonomia profissional pelos sujeitos é o fato de o enfermeiro ser possuidor de conhecimentos científicos para a sua prática e usá-los em benefício dos seus clientes. Conhecimento científico torna-se, então, fundamental ao processo de aquisição e de manutenção do espaço de autonomia de atuação, uma vez que se coloca como necessário no atendimento à clientela e para a obtenção do respeito da equipe multidisciplinar, como fica explícito na fala a seguir.

Para ter autonomia profissional o enfermeiro tem que ter conhecimento científico e usar esse conhecimento em prol da população. Só nesse momento o enfermeiro vai adquirir muita autonomia profissional. (SUJ. 8)

A prática dos enfermeiros tem de se basear no conhecimento científico e isso será diretamente proporcional à sua autonomia. (SUJ. 5)

Tem que deter o conhecimento, se não, não vai ter autonomia

profissional. (SUJ. 15)

Alguns autores⁽¹¹⁾ apontam a necessidade de domínio de áreas do conhecimento científico como forma de solidificação da autonomia da enfermagem e de manutenção ou conquista de espaços em um mercado que se pauta pela constante especialização. No caso da saúde pública, a demonstração de conhecimento e a efetiva resolução das demandas trazidas pelos clientes permitem que uma relação de confiança seja estabelecida e que se demonstre a crescente importância do enfermeiro no processo saúde-doença.

Neste contexto, torna-se importante ressaltar duas questões. A primeira é que a relação enfermeiro-cliente se dá no interior da consulta de enfermagem, sendo esta uma tecnologia representada como uma das práticas autônomas do profissional⁽⁹⁾. Além disso, permite a explicitação de um espaço físico próprio em que a relação profissional-cliente acontece sob a orientação única do enfermeiro, o que o torna detentor do atendimento às necessidades da clientela. E ainda, a consulta de enfermagem se apresenta como uma tecnologia de resultados mensuráveis em dois aspectos, quais sejam, primeiro em sua quantificação em nível central e sua posterior cobrança ao SUS e, segundo, pela avaliação seriada da clientela, onde é mensurada a melhora ou não do seu estado de saúde^(7,12-13).

A segunda, o crescimento da estratégia de saúde da família em todo o território nacional delineou uma nova característica da atuação do enfermeiro na saúde pública, em que esta se apresenta transversal a toda a atividade programática. Nesse sentido, passou-se a requerer dos profissionais um conhecimento geral que pudesse dar conta das especificidades dos grupos populacionais atendidos, quer seja em função do gênero (programa da mulher, por exemplo), da idade (programa da criança, do adolescente e do idoso) ou da patologia (tuberculose, hipertensão arterial e doenças sexualmente transmissíveis).

O conhecimento científico ganha especial destaque no atual cenário sanitário brasileiro tanto pela sua crescente especialização, quanto pelo seu aspecto geral. Como a maioria dos profissionais possui mais de um vínculo empregatício e cenários diversificados de atuação, a tensão entre o específico e o geral conforma um saber/fazer misto, em que ambos os tipos de conhecimentos se complementam na assistência à clientela.

O reconhecimento da importância e da necessidade do trabalho do enfermeiro por parte da população apresenta-se diretamente relacionada ao conhecimento científico que define o *modus operandi* deste profissional. Contudo, ao lado da cientificidade, a enfermagem sempre se pautou pela empatia como forma de concretização do seu cuidado e de sua prática e que este fato apresenta-se como um diferencial frente ao atendimento realizado pelos demais profissionais^(9,11).

Nesse sentido, para que a autonomia seja concreta e real faz-se necessário que os sujeitos conheçam a enfermagem em seus aspectos teóricos, filosóficos e legais. Dentre esses aspectos, os sujeitos referiram autonomia especialmente como consequência de reformulações do exercício da profissão em seu âmbito legal.

Me sinto mal quando me vejo limitada pela rotina dos programas ou pela nossa lei, que, em alguns pontos precisa ser mudada para termos uma autonomia maior. Mas sou muito chata também, acho o seguinte, vale o que está escrito e vale a lei superior,

então, se está lá que posso fazer, tenho feito tudo que posso, dentro do que eu sei, responsabilmente e nunca tive problema nenhum. (SUJ. 12)

Observa-se que a enfermagem convive com a tensão entre a cientificidade hegemônica na sociedade contemporânea e a delimitação de seus fundamentos, onde essa cientificidade se concretiza frente às demandas da clientela. Se, por um lado, o espaço autônomo é conquistado a partir de posicionamentos estritamente objetivos frente às instituições de saúde, o que requer a utilização continuada de conhecimentos biomédicos para fazer frente às patologias ou aos agravos que atingem a população, por outro, torna-se imperativo reconhecer que a ação profissional deve abarcar questões não tão objetivas, mas igualmente importantes às condições de saúde do ser humano, como a afetividade, os dramas humanos de sofrimento e morte e a espiritualidade⁽¹⁴⁾.

Programação em saúde como espaço de liberdade e limitação profissional

A programação em saúde é um modelo tecnológico de trabalho que faz parte das estratégias que a saúde coletiva utiliza para atingir seus objetivos. Ao trabalhar teoricamente a idéia de programas, considera-se que a ação programática deve ser, portanto, um dispositivo de organização tecnológica do trabalho dotado de caráter crítico e de grande flexibilidade técnica e política⁽¹⁵⁾. Ao mesmo tempo, destaca-se a programação como uma proposta política que aponta para princípios doutrinários de um planejamento ascendente, gerando atendimento universal de acordo com a complexidade da situação.

Neste contexto, os sujeitos destacaram a atuação do enfermeiro dentro dos programas ora com liberdade de atuação, ora restrita à norma e à rotina e, conseqüentemente, sem liberdade de ação.

Por exemplo, o enfermeiro tem certas limitações em solicitações de exames, até em termos de prescrição de medicação, tem que seguir o que está no programa. Já houve casos em que alguém foi além do que se deveria ir e isso foi parar no CRM [Conselho Regional de Medicina], porque o outro lado está querendo bloquear o nosso trabalho, por sentir que estamos ocupando um espaço e que o enfermeiro está tendo a sua autonomia profissional. (SUJ. 14)

O problema que o enfermeiro enfrenta no PAISC [Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança] é, geralmente, esta falta de autonomia profissional. Você jura que a criança está com infecção urinária e não pode pedir um EAS. (SUJ. 13)

As falas desses sujeitos explicitam que a limitação à autonomia profissional está em ser impedido de solicitar exames de apoio diagnóstico ou de prescrever determinados medicamentos. Ressalta, ainda, que essas atividades, para ele expressão da autonomia profissional, são objetos de vigilância por parte de organizações externas que não desejam a consolidação desse espaço de atuação representado como autônomo.

Por outro lado, alguns sujeitos afirmam a seguinte idéia:

A autonomia profissional do enfermeiro ainda tem uma certa

limitação e o enfermeiro tem que pensar mais nisso, no que se pode fazer sem as prescrições, longe das prescrições. (SUJ. 22)

O grupo possui mais de uma representação do objeto autonomia profissional em sua concretização na programação em saúde. Nesse sentido, destaca-se que, apesar do ato de prescrever e o substantivo prescrição serem a linha comum entre as duas falas, a primeira restringe a autonomia profissional à prescrição medicamentosa ou à solicitação de exames, ao passo que a segunda insinua a existência de ações não-medicalizantes características do cuidar de enfermagem. Esta última enunciação faz supor a necessidade de um exercício específico e próprio da assistência de enfermagem, com características diversas do ato médico.

Essa questão apresenta-se crucial à discussão por ser um ponto nevrálgico à discussão do saber/fazer da enfermagem. Isto implica em explicitar o que é essencial à profissão e o que é instrumental à sua execução, e não somente a consideração de dependência ou submissão a outras profissões⁽⁹⁾.

Se a representação da essencialidade da profissão possui como fundamento o saber/fazer característicos de outros profissionais, este fato tende a gerar uma recusa, de forma voluntária ou não, do que é próprio da enfermagem, suas construções teóricas e suas formas de se fazer presente na cotidianidade institucional⁽¹⁶⁾. Cabe ainda considerarmos que, se o essencial baseia-se na especificidade alheia, o que restará de específico à atuação do enfermeiro? Como manterá a sua auto-estima elevada e o seu espaço de atuação, se o próprio profissional reconhece como essencial o que é, por direito e de fato, de outra categoria profissional?

Esta situação encontra-se na raiz da indefinição do conceito de autonomia entre os sujeitos, que vai desde a semelhança da liberdade de ação médica, cristalizada na consulta individual, na farmacologia e nos exames de apoio, até a descoberta e execução de um papel próprio do enfermeiro, embora os sujeitos não tenham conseguido determinar com clareza que papel próprio é este. Neste sentido, um sujeito tenta apreender este papel próprio como pode ser observado na UCE abaixo:

Fazer realmente cuidados de enfermagem, prescrição de enfermagem, cuidar realmente. Dentro dos programas, o enfermeiro tem autonomia profissional se se pensar enquanto enfermeiro realmente, porque dentro de uma consulta de enfermagem tem como atuar nesses programas tranquilamente. (SUJ. 6)

Apesar de exemplificar ainda de modo genérico, pois não especifica o que é fazer cuidados de enfermagem, prescrição de enfermagem e pensar enquanto enfermeiro, o sujeito afirma que autonomia profissional é atuar dentro dos programas através do papel próprio do enfermeiro, não considerando semelhanças ou diferenças com relação a outros profissionais.

A representação de autonomia, neste caso, se assenta no que caracteriza o saber/fazer da enfermagem, especialmente em um ponto em que os teóricos da profissão tem destacado como próprio da área, o cuidar^(10-11,13,17). Ao redor desta entidade, gravitam ações mais concretas e pragmáticas no interior das quais o cuidado acontece, especialmente a prescrição e a consulta de enfermagem.

Torna-se interessante observar as tensões expostas nas

enunciações dos sujeitos acima, em que se valoriza a prescrição medicamentosa como fundamental à assistência de enfermagem e, posteriormente, resgata-se a prescrição de enfermagem como importante à ação profissional; apresenta-se como indispensável a possibilidade de solicitar exames de apoio diagnóstico, assim como a ênfase no desenvolvimento de uma consulta de enfermagem não medicalizada. De modo semelhante, a representação de falta de autonomia em função do impedimento (normalmente por dispositivos legais) de realização de ações relativas à outras profissões, se contrapõe ao resgate do cuidado como fator aglutinador do saber/fazer da enfermagem.

Compreende-se, então, que os profissionais lidam com dois elementos em seu cotidiano, os essenciais e os instrumentais à profissão, e que ambos se alternam na prática dos enfermeiros, daí resultando as diferentes concepções de autonomia no âmbito da programação em saúde. A representação social da autonomia que valoriza um em detrimento do outro é que determina o modo como a assistência ocorre^(9,18).

Dessa maneira, se o profissional compreende os elementos instrumentais da profissão como mais importantes, tende a defini-los como essenciais e, assim, compreende a autonomia como o espaço possível de concretizá-los, mesmo que isso signifique sobreposição às ações de outros profissionais. A referência deste tipo de autonomia seria externa, o saber/fazer alheio em contraposição às ações próprias que seriam reconhecidas como não geradoras ou fomentadoras de autonomia.

À semelhança do que pontuamos em trabalho anterior⁽⁹⁾, observa-se, neste estudo, a existência da representação social de enfermeiros acerca da autonomia a partir de um modelo atômico, em que o saber/fazer essencial da enfermagem configura-se como o núcleo e as ações instrumentais os elétrons. Quando ocorre essa inversão, os elétrons se sobrepõem ao núcleo, ofuscando-lhe a importância e provocando contradições entre os princípios teóricos, filosóficos e legais da profissão com a sua execução prática.

Com relação às demais questões relacionadas ao trabalho do enfermeiro dentro dos programas, outro sujeito ainda afirma categoricamente:

Autonomia profissional nesse ponto não é real. Essa forma de trabalho dentro dos programas não é autonomia profissional, não é liberdade. Alguém elaborou aquele programa e o enfermeiro tem que seguir. A autonomia profissional do enfermeiro está retida àquilo. (SUJ. 26)

Eu, como enfermeira, não posso ir mais, tenho até conhecimento, mas não vou por causa da implicação legal nisso, das normas dos programas, as rotinas... (SUJ. 7)

Por outro lado, há também divergência quanto à autonomia do enfermeiro dentro dos programas:

A norma, dentro do programa, não tira a autonomia profissional, até dá autonomia profissional, porque o enfermeiro tem muita liberdade, tem muita autonomia profissional dentro daquele espaço criado. Quando não existe um parâmetro, um limite, uma norma, não se tem autonomia profissional em nada, porque todos vão fazer de tudo. (SUJ. 10)

Sinto liberdade de ação dentro dos programas, não sinto nenhum bloqueio não. (SUJ. 21)

Ressalta-se que existe, no trabalho em saúde pública, uma valorização da realização de procedimentos e que, apesar dos protocolos serem bons e úteis, podem também inibir a criatividade e a liberdade de ação dos profissionais⁽¹⁵⁾. Os entrevistados destacaram, neste sentido, uma tensão existente no interior da ação programática que é a realização de ações prescritivas ou padronizadas e a liberdade de ação. Assim, a realização de ações e condutas padronizadas tem sua função e é importante se inserida em um contexto mais amplo da assistência à clientela. Se for vista como fim em si mesma e se a autonomia profissional é sinônimo da mesma, incorre-se na consideração do instrumental como sendo essencial e, possivelmente, numa liberdade de ação menor do que a desejada e a possível⁽¹⁹⁾.

Uma contextualização mais concreta e real acerca da autonomia e do papel próprio do enfermeiro aparece quando a autonomia profissional se relaciona, nos discursos dos sujeitos, ao poder da palavra e da educação em saúde, ganhando, esta ação, um caráter específico da prática profissional do enfermeiro, como pode ser percebido pela enunciação abaixo:

Na saúde pública a autonomia profissional que o enfermeiro tem é a palavra. Com a palavra, o enfermeiro tem que orientar, tem que fazer grupos, tem que passar o seu conhecimento e a forma como passar é totalmente diferente. (SUJ. 1)

Um dos aspectos da autonomia do enfermeiro é a educação em saúde. Dentro da consulta de enfermagem, o enfermeiro faz (...) orientação, educação em saúde, já que isso não é comum o médico fazer (...) (SUJ. 29)

O que caracteriza a enfermagem não é só a educação em saúde, mas a interação profissional-cliente, guiada por uma pedagogia problematizadora e dialógica. Apesar de reconhecerem que todos os profissionais da equipe de saúde realizam educação em saúde, assumem ser esta uma característica básica da enfermagem.

Essa inferência vai ao encontro do que outros autores^(7,11,13) já pontuaram, destacando a educação em saúde como uma das principais ações da profissão junto à clientela e como uma alternativa viável e importante de intervenção do enfermeiro no processo saúde-doença da população sem medicalizar a sua assistência. O diálogo surge nesse cenário como uma possibilidade de negociar o conhecimento de "forma diferente", indicando o uso de metodologias inovadoras, ao invés das que são convencionalmente utilizadas.

Frente a este cenário, os enfermeiros necessitam compreender sua válida e importante participação no contexto da programação em saúde, vivenciando esta tensão entre os objetivos e propostas

de trabalho no interior da programação, concentrados no axioma epidemiológico do mesmo, e as formas e métodos com que esses objetivos e propostas se concretizam na prática das instituições, entre eles a consulta individual e a padronização de condutas⁽²⁰⁾. Desta forma, se a consulta de enfermagem é realizada como fim em si mesmo, ou seja, se não está inserida visando objetivos epidemiológicos e programáticos maiores, torna-se reprodutora do modelo biomédico de assistência e se, além disso, essa consulta se centra na medicalização da assistência de enfermagem e do cliente, transforma-se numa pseudoconsulta médica baseada no modelo clínico-curativo de assistência à saúde individual. Por outro lado, deve-se considerar que o uso de medicamentos não descaracteriza a consulta de enfermagem se tomado no seu objetivo coletivo e no seu aspecto instrumental à prática profissional, desde que este procedimento seja dimensionado como prática delegada de outras profissões, aspecto este já discutido no modelo atômico anteriormente citado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação da autonomia profissional da enfermagem em saúde pública demonstra o quanto esta questão ainda se apresenta contraditória na construção mental e social dos participantes deste estudo. Contudo, essa situação não parece ser representativa apenas do cenário estudado, mas sim uma particularidade do momento atual da profissão no Brasil, onde a busca pela maior especialização se entrecruza com a necessidade do profissional generalista, assim como a busca de uma melhor delimitação do papel próprio do enfermeiro se alia à idéia de valorização da prática de outros profissionais, como forma de valorização do enfermeiro.

Observa-se que espaço autônomo possui relação tanto com as características dos profissionais, o que demonstra a sua não consolidação institucional e social, quanto às características do trabalho realizado em meio à programação em saúde, especialmente pelo desenvolvimento da tecnologia da consulta de enfermagem. Conclui-se que, apesar da autonomia não ser um fenômeno consolidado na prática profissional, ela também não está somente na dependência do comportamento profissional, mas ligada a ações (normalmente inovadoras) nos serviços públicos e privados, embora ainda não se apresente como um fato incorporado plenamente à prática profissional mais geral.

O modelo atômico de autonomia profissional necessita ser aprofundado em outros estudos que abarquem as demais facetas do trabalho do enfermeiro na saúde coletiva, assim como também deve ser aplicado ao processo de assistência realizado no ambiente hospitalar. Esse modelo deve propiciar a reflexão acerca da autonomia profissional como um avanço em direção à explicitação do essencial da enfermagem e à concretização de uma prática coerente com essa essencialidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). PROFAE: conceitos, definições e propostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
3. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
4. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
5. Oliveira DC. A enfermagem e as necessidades humanas básicas:

- o saber/fazer a partir das representações sociais [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
6. Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des dones textuelles et une application: Aurelia de G. De Nerval. Bulletin Méthodol Sociol 1990; 20(26): 24-54.
7. Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na saúde pública. Rev Bras Enferm 2005; 58(4): 393-8.
8. Pires D. A hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
9. Gomes AMT. A autonomia profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
10. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: Ed. Universitária-UFPel; 2000.
11. Guittion B, Figueiredo N, Porto I. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. Niterói: Intertexto; 2002.
12. Adami NP, Franco LHRO, Brêtas ACP, Ransan LMO, Pereira AL. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. Acta Paul Enferm 1989; 2(1): 9-13.
13. Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da consulta de enfermagem: importância, ambigüidades e desafios. Rev Min Enferm 2005; 9(2): 109-15.
14. Mendes-Gonçalves RB, Schraiber LB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 37-63.
15. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
16. Figueiredo NMA, Carvalho V, Queluci GC, Silva ROL. Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005; 9(1): 28-38.
17. Sapei M, Torres B. Percepcion de la autoimagen del personal de enfermeria. Notas Enferm 2007; 7(10): 27-30.
18. Gomes AMT, Oliveira DC. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. Rev Bras Enferm 2009; 61(2): 178-85.
19. Pires MRGM. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 717-23.
20. Faria L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. Cad Pagu 2006; 15(27): 173-212.