



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Tosoli Gomes, Antônio Marcos; Oliveira, Denize Cristina de
A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, núm. 4, julio-agosto, 2005, pp. 393-398
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019627003>

- 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

A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública

The social representation of nurse's professional autonomy in Public Health

La representación social de la autonomía profesional del enfermero en la Salud Pública

Antônio Marcos Tosoli Gomes

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutorando pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Gama Filho. mtosolil@ugf.br

Denize Cristina de Oliveira

Professora Titular de pesquisa do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Orientadora do Trabalho.

RESUMO

O objeto deste estudo foi a autonomia profissional do enfermeiro e possuiu os seguintes objetivos específicos: descrever e analisar as representações sociais do papel profissional dos enfermeiros de saúde pública e analisar o binômio autonomia-dependência profissional dos enfermeiros. Como referencial teórico-metodológico optou-se pela Teoria das Representações Sociais. Realizou-se entrevista em profundidade com 30 enfermeiros da rede básica de um município do interior do Rio de Janeiro. Para análise dos dados utilizou-se o *software* Alceste 4.5. O programa gerou cinco classes, duas expressam a formação/absorção profissional e três a prática profissional. As categorias analíticas foram constituídas a partir das dimensões nas quais as representações sociais se expressam: os conceitos, os posicionamentos e as práticas de autonomia profissional.

Descritores: Autonomia profissional; Papel do profissional de enfermagem; Papel profissional; Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

The object of this study was the nurse's professional autonomy and had the following specific objectives: describe and analyze the social representations of the nurses' professional role and analyze the professional autonomy-dependence binomial. As theoretical methodological reference it was chose the Social Representations Theory. It was proceeded in-depth interviews with 30 nurses of the basic health system from a county in Rio de Janeiro state. To the data analysis it was used the Alceste 4.5 software. The software generated five classes, two express the professional formation/absorption and three the professional. Practice. The analytical categories were constituted from the dimensions in which the social representations express themselves: the conceptions, the positions and the professional practices autonomy

Descriptors: Professional autonomy; Nurse's role; Professional role; Public health nursing.

RESUMEN

El objeto de éste estudio fue la autonomía profesional del enfermero y tuvo los siguientes objetivos específicos: describir y analizar las representaciones sociales del papel profesional de los enfermeros de salud pública y analizar el binomio autonomía-dependencia profesional de los enfermeros. Como referencial teórico-metodológico se optó pela Teoría de las Representaciones Sociales. Se realizó entrevista en profundidad con 30 enfermeros de la red básica de un municipio del interior del Rio de Janeiro. Para análisis de los datos se utilizó el software Alceste 4.5. El programa generó cinco clases, dos expresan la formación/absorción profesional y tres la práctica profesional. Las categorías analíticas fueron constituídas a partir de las dimensiones en las cuales las representaciones sociales se expresan: los conceptos, los posicionamientos y las prácticas de autonomía profesional.

Descritores: Autonomia profesional; Rol de la enfermera; Rol profesional; Enfermería en salud pública.

Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4):393-8.

1. INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

A enfermagem vive, nesses últimos tempos, conflitos históricos e momentos desafiadores. Os conflitos históricos possuem suas raízes ainda no cuidar realizado primordialmente pela família e mais especificamente pela mãe, como forma direta de manutenção da vida individual e coletiva e perpassa pelos momentos históricos definidores dos paradigmas de nossa civilização. O início da era cristã, por exemplo, instala uma nova concepção de cuidados na profissão que nega a inter-relação corpo-espírito, dando supremacia ao espírito e conferindo ao corpo um *status* inferior. A enfermagem é, então, exercida por mulheres consagradas que adotavam a submissão às ordens como atitude de valor e objetivavam mais a salvação da alma que a cura do corpo⁽¹⁾.

A partir do século passado, surgem na enfermagem diversas teorias que conferem uma

personalização e um rosto intelectual à profissão. Contudo, apesar dessas teorias conferirem um arcabouço interno de sustentação à enfermagem, não a insere numa relação de mercado, nem mostra sua praticidade como sendo imprescindível à sociedade. Essas teorias conceituam o homem num nível de generalização muito grande, tornando-o abstrato e a-histórico, ao mesmo tempo em que não consideram as contradições do processo de trabalho na enfermagem, tornando-se, portanto, acrílicas⁽²⁾.

Outros aspectos a serem abordados são o processo de formação do enfermeiro e o modo como estes se relacionam com o poder. O estudante de enfermagem é submetido a um processo de docilização e de dominação através da normalização, do controle minucioso do tempo, da padronização das ações e técnicas, do perfeccionismo e do olhar hierárquico⁽³⁾. Como consequência, os profissionais estão sempre controlando a assiduidade, a pontualidade, a lentidão na execução das tarefas de sua equipe e estabelecem um modo de relacionamento com a equipe de saúde que gera mais sujeição que modos criativos de resolução de conflitos e/ou justiça.

Um último item a ser destacado como conflito histórico, o eixo científico no qual a enfermagem se insere merece ser mencionado. A prática de enfermagem é exercida, em sua maioria, no âmbito hospitalar e possui suas bases racionais na biologia, na medicina e na estatística. Por isso, a profissão se apropria de conhecimentos científicos, objetivos e quantitativos a fim de produzir uma atividade específica numa determinada instituição e contexto e o uso efetivo dessas áreas de conhecimento possibilitou a execução de procedimentos cada vez mais complexos em seu dia-a-dia. A enfermagem se encontra, portanto, integrada às ciências biomédicas e a problemática se estabelece entre essa ciência e as bases teóricas da enfermagem, que se alimentam também das ciências sociais e humanas. Por conseguinte, o cotidiano do profissional sobrevive à tensão entre o biológico e o social, entre o biomédico e as ciências sociais e humanas⁽⁴⁾.

Por outro lado, a enfermagem enfrenta os desafios que a atualidade impõe. Tanto a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) proposta pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN), quanto o desenvolvimento da consulta de enfermagem dentro dos Programas Básicos de Assistência à Saúde na rede básica propõem modelos diferenciados de ações/estratégias para os profissionais enfermeiros.

Em seu trabalho dentro da Saúde Pública, o enfermeiro tem encontrado um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação diária, quer seja dentro da consulta de enfermagem através do atendimento direto à clientela, com o suporte dos exames laboratoriais de rotina e da prescrição medicamentosa padronizada, ou através da educação em saúde, tanto desenvolvida em nível individual, também na consulta de enfermagem, ou em nível coletivo, na comunidade onde o profissional está inserido.

Em função disso, considerando as dificuldades/dilemas históricos e os desafios atuais enfrentadas pela profissão para sua afirmação dentro a área da saúde, consideramos importante ser definido como objeto deste estudo a autonomia profissional do enfermeiro que atua no contexto da saúde pública. Essa autonomia profissional é analisada levando-se em consideração a realidade sócio-cultural na qual esta prática se insere, as características próprias da enfermagem enquanto campo de conhecimento e prática cotidiana e o contexto da Saúde Pública.

O objetivo geral definido foi caracterizar as representações sociais construídas por enfermeiros acerca da autonomia profissional no contexto da Saúde Pública em um município do interior do estado do Rio de Janeiro.

Como objetivos específicos foram definidos:

1) Descrever e analisar as representações sociais do papel profissional dos enfermeiros de saúde pública;

2) Analisar o binômio autonomia-dependência profissional dos enfermeiros nas atividades de atenção direta à clientela na rede básica de saúde.

2. METODOLOGIA

Definiu-se como referencial teórico-metodológico deste trabalho a Teoria das Representações Sociais⁽⁵⁾, no contexto da Psicologia Social. Essas representações estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social⁽⁶⁾. Assim, as representações sociais 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⁽⁷⁾.

As representações sociais podem ser consideradas como “ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real⁽⁸⁾ ou ainda como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social⁽⁹⁾”.

Torna-se importante não apenas as considerações teóricas acerca das representações sociais, mas sua importância na concepção do real e na forma como influencia o se relacionar com situações e experiências reais. Em função disto, alguns autores⁽⁹⁾ elaboram o conceito de representação social como sendo o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.

Como sujeitos, foram destacados 30 enfermeiros inseridos na rede básica de atendimento à saúde de um município do interior do Estado do Rio de Janeiro, que desenvolviam a consulta de enfermagem dentro da programação em saúde, implantada no sistema local de saúde. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: lotação profissional nos quadros de saúde pública do município e desempenho de atenção direta à população através da consulta de enfermagem no contexto da programação em saúde.

Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade, que duraram, em média, 60 minutos. Os métodos interrogativos objetivam recolher uma expressão (icônica ou verbal) dos indivíduos sobre o objeto de representação⁽⁹⁾. A entrevista foi realizada com o auxílio de um roteiro estruturado a partir de entrevistas exploratórias anteriormente realizadas.

A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo que pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação⁽¹⁰⁾. Logo, é um método empírico, dependente do tipo de fala alcançado e da própria interpretação do pesquisador. Mais especificamente foi utilizada a análise lexical mecanizada pelo *software* Alceste.

O *software* Alceste foi criado na França por Reinert em 1990 para utilização no sistema operacional *Windows* e permite realizar análise de conteúdo por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais e se propõe a identificar a informação essencial presente em um texto. Desta maneira, o Alceste recorre à análise das co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, para organizar e resumir informações consideradas mais relevantes e possui como referência, em sua base metodológica, a abordagem conceitual e dos “mundos lexicais⁽¹¹⁻¹³⁾”.

Foram obedecidas, nesta pesquisa, as orientações constantes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tanto no que concerne aos aspectos éticos com a instituição que autorizou a realização da pesquisa, quanto com os sujeitos que cederam as entrevistas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram

respeitados também os imperativos relativos ao conforto, beneficência e não-maleficência da pesquisa com relação aos sujeitos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados observados na análise Alceste das 30 entrevistas referidas, revelaram a distribuição dos conteúdos em 5 classes (categorias discursivas). Essas classes (anexo 1) apontam para os seguintes termos: classe 1: conflitos no perfil profissional – universidade e mercado de trabalho; classe 2: limites da prática profissional nos programas de saúde; classe 3: contornos e especificação do papel próprio do enfermeiro; classe 4: construção e organização do espaço profissional; e classe 5: auto e hetero imagem profissional.

Visualizando o dendograma (anexo 1), percebe-se que a partir do conteúdo total analisado, o *software* dividiu o material em dois grandes blocos, ocorrendo posteriormente três grandes novas divisões e, finalmente, duas últimas. Assim, as classes 1 e 4 possuem significados comuns que as diferenciam das classes 2, 5 e 3, uma vez que são originadas dos dois grandes grupos resultantes da primeira segmentação das Unidades de Contexto Elementar (UCE), que é a denominação dada, pelo *software*, às falas dos entrevistados consideradas mais importantes para a análise. Ao mesmo tempo, possuem sentidos e idéias que as separam em classes distintas, uma vez que se dividiram em etapas subsequentes da classificação hierárquica. Processo similar ocorreu com as classes 2, 5 e 3, sendo que, neste caso, a classe 3 apresenta um sentido de oposição forte em relação ao bloco de significado que gerou tanto a classe 2 quanto a 5.

O Alceste, no processo de análise, identificou 30 entrevistas a serem trabalhadas, o que correspondeu ao número de entrevistas incluídas no *corpus* de análise. O *software* dividiu o *corpus* em 3.141 UCE, constituindo 100% do material disponibilizado. Contudo, o programa classificou para análise 2.243 UCE, representando 71,41% de aproveitamento do material exposto à análise. Deste quantitativo total, as UCE ficaram divididas entre as classes da seguinte maneira: classe 1: 337 UCE, representando 15,03%; classe 2: 409 UCE, significando 18,24%; classe 3: 483 UCE, expressando 21,53%; classe 4: 507 UCE, contabilizando 22,60%; e classe 5: 507 UCE, representando 22,60%.

As classes 1 e 4 relacionam-se à formação e a absorção profissional do enfermeiro, sendo que a classe 1 apresenta a dialética entre universidade-mercado do trabalho, pois aquela forma os profissionais com um perfil (teórico-crítico) e o mercado requer a absorção dos mesmos com características diferentes (tecnológico), sendo a residência em enfermagem um ritual de passagem amenizante entre uma realidade e outra. A classe apresenta ainda aspectos da relação teoria-prática no cotidiano profissional. A classe 4 apresenta a construção e manutenção do espaço profissional da enfermagem no local de estudo em sua perspectiva histórica, considerando a importância de determinados profissionais, ao mesmo tempo em que, os sujeitos referem corporificar esse espaço profissional na consulta de enfermagem. A classe ressalta também a importância dos órgãos e associações de classe no dia-a-dia profissional e no processo de conquista do espaço profissional.

O *software* Alceste, ao construir suas classes, cruza diversas variáveis que são importantes levar em consideração ao apresentar os dados ou mesmo ao analisá-los. Na formação, por exemplo, da classe 1 apareceram, em sua constituição, as falas dos sujeitos com as seguintes características: tempo de formado entre 9 a 15 anos, idade compreendida entre 25-30 anos, sexo feminino, um grupo com menos de um ano e outro com mais de 10 anos de experiência na Saúde Pública e as UCE foram retiradas das entrevistas 01, 03, 05, 06, 09, 18 e 20.

Na constituição da classe 4 foram importantes as seguintes características dos sujeitos: mais de 9 anos de formado, tendo destaque especial alguns sujeitos que possuem mais de 15 anos; todos os sujeitos possuem mais de 30 anos de idade, dividido em dois grupos, uma parte

de sujeitos entre 35-40 anos de idade e outro com mais de 40 anos, mais de 10 anos de experiência de trabalho na Saúde Pública; constituída pelos indivíduos: 06, 10, 11, 14, 17, 20 e 29.

As classes 2, 3 e 5 apresentam aspectos da prática profissional e sua correlação com o espaço de atuação. Na classe 3, os sujeitos procuram delimitar uma especificidade de sua ação, de sua prática profissional, usando para isso, em alguns momentos, a comparação com outros grupos profissionais e os parâmetros da programação em saúde. Contudo, ressaltam como próprios da enfermagem a educação em saúde e uma relação pedagogicamente problematizadora com a clientela. As classes 2 e 5 apresentam dificuldades à execução do trabalho do enfermeiro dentro dos programas, bem como a auto e hetero imagem deste profissional, segundo as concepções dos entrevistados. As dificuldades citadas ao trabalho do enfermeiro, baseiam-se na confusão de papéis, ancorados na prática concreta, às ações prescritivas e delegas, transformando-as em ações características da profissão, que possuem suas conseqüências na auto e hetero imagem profissional.

As seguintes variáveis foram importantes na constituição da classe 3: tempo de formado compreendido entre 3 a 6 anos, idade entre 25-30 anos, tempo de trabalho na Saúde Pública compreendido entre 1-5 anos e pelos indivíduos: 07, 13, 19, 25, 26 e 27.

As classes 2 e 5 tratam da vivência profissional e suas relações sociais, só que a 2 se refere especificamente à ação profissional (com suas especificidades e dificuldades) e às tecnologias subsidiadoras de um fazer autônomo e próprio (conhecimento científico e teorias de enfermagem) ao passo que a classe 5 trata especificamente da imagem profissional do enfermeiro (tanto em relação à equipe de saúde, à sociedade em geral e à auto-imagem).

Na formação da classe 2 foram importantes as seguintes variáveis: tempo de formado compreendido entre 6 e 9 anos, idade compreendida entre 35-40 anos, os sujeitos não possuem pós-graduação, sexo masculino, experiência entre 5-10 anos de trabalho na Saúde Pública e as UCE foram retiradas das entrevistas 02, 04, 08, 15, 22 e 28.

As variáveis importantes na constituição da classe 5 foram: sujeitos com experiência de trabalho na Saúde Pública compreendida entre 5 e 10 anos, idade compreendida entre 30-35 anos, sexo masculino e pelos seguintes sujeitos 03, 12, 15, 16, 28 e 30.

Uma leitura transversal dos dados empíricos possibilitou a sua compreensão a partir de três dimensões das representações sociais a partir das quais foram discutidas as categorias de análise, quais sejam: o conhecimento, traduzido em diversos conceitos de autonomia profissional presentes nos discursos dos indivíduos; as atitudes e os posicionamentos que se expressam em julgamentos destes entrevistados com relação à autonomia; e as práticas autônomas relacionadas pelos entrevistados.

3.1 Os conceitos e Conhecimentos Veiculados de Autonomia profissional

Descreve-se aqui as categorias conceituais construídas a partir das entrevistas para autonomia profissional que se concretizam nos conteúdos de: a) autonomia como saber próprio da enfermagem; b) autonomia expressa na abordagem ao ser humano; c) autonomia como bom desempenho técnico e manual; d) a identidade profissional e a constituição do papel próprio.

O saber próprio da enfermagem é caracterizado imagetivamente pelos sujeitos como mosaico, na medida em que vários saberes são considerados como constituintes da enfermagem. Ao mesmo tempo, a compreensão de autonomia profissional a partir da constituição de um saber específico da profissão possui dois significados: a delimitação da essencialidade da profissão e a constituição de um espaço próprio de poder⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Por outro lado, o exercício do poder se desloca do próprio para o hetero, à medida que os profissionais consideram como

autonomia ou espaço autônomo, saberes e fazeres de outras categorias profissionais, como a prescrição medicamentosa e a solicitação de exames de apoio diagnóstico. Por fim, com relação ao saber, ressalta-se a formulação atual de um corpo de conhecimentos próprio à enfermagem, consubstanciado nas Teorias de Enfermagem.

Com relação à autonomia expressa na abordagem ao ser humano, os sujeitos consideram como próprio da profissão e gênese de autonomia profissional, a abordagem holística e integral⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ que os profissionais efetivam na interioridade das relações profissional-clientela. Contudo, os profissionais se referem à visão holística muito mais como a compreensão da influência dos fatores sociais, econômicos, culturais, espirituais e políticos no processo saúde-doença do que segundo os princípios das tradições da cultura oriental⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

No que tange à autonomia como bom desempenho manual ou técnico, a valorização pelo fazer demonstra a tentativa de explicitação da superação da prática empírica por um fazer cientificamente embasado, socialmente valorizado e mercadologicamente necessário⁽²⁰⁾. Contudo, cabe destacar a discordância existente entre a essência e a forma como o trabalho do enfermeiro é realizado e os aspectos atuais de valorização mercadológica⁽²¹⁾.

A autonomia relacionada à identidade profissional encontra respaldo no que se considera como sendo genealogia dos saberes, ou seja, o "empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torna-os capazes de oposição e luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico"⁽¹⁵⁾. Para o senso comum, a identidade profissional do enfermeiro não está clara e alguns autores^(22,23) chegam até mesmo a explicitar a não-especificação da identidade do enfermeiro.

A identidade é uma construção que se dá através da seleção de um sistema axiológico que tem a propriedade de definir determinado grupo perante a realidade subjetiva⁽²⁴⁾. Assim, a enfermagem tem dificuldades próprias à explicitação desse axioma, o que se constitui também em dificuldades ao estabelecimento de um espaço próprio de exercício de poder que seja instância geradora da forma como a profissão se relaciona com a sociedade, com a equipe de saúde e com as instituições públicas ou privadas.

Desta forma, a autonomia profissional é construída, dentre outros aspectos, a partir da definição e construção de uma identidade que explicita as características próprias e inerentes à profissão e, ao mesmo tempo, possibilite uma troca com a equipe e com a sociedade de forma única e singular. Neste sentido, a construção da identidade abarca a abrangência da filosofia que orienta e direciona o trabalho do profissional e cresce na interrelação de classe como construção coletiva⁽²⁴⁾.

Contudo, a construção do papel próprio e da identidade do enfermeiro não é um processo simples, mas apresenta-se como algo complexo, multifacetado e multicausal, necessitando de uma análise aprofundada acerca da constituição da enfermagem, seus desafios sociais e atuais, a tendência de mercado, a formação profissional e todas as demais variáveis que incidem no processo dessa construção.

3.2 As atitudes frente à autonomia

As representações sociais estão imersas nas comunicações cotidianas, circulam nos discursos, nas idéias e nas imagens, materializando-se nas condutas⁽²⁵⁾. Desta maneira, os sujeitos demonstraram existir três atitudes frente à autonomia, quais sejam, as que são favoráveis, as que são desfavoráveis e as que são mistas, ou seja, possuindo aspectos favoráveis e desfavoráveis conjuntamente.

Desta forma, pode-se apontar como atitudes favoráveis por parte dos sujeitos frente à autonomia, a constituição de um saber próprio à profissão que a caracterize como diferente, singular e pertinente no contexto social, e que, ao mesmo tempo, seja compatível com a sua essência; a visão holística como característica da abordagem da enfermagem ao ser humano; a consulta de enfermagem e, dentro desta, a prática de educação em saúde; e a construção da identidade

profissional que explicita, dentre outras coisas, o papel próprio da profissão.

Por outro lado, as atitudes apontadas como desfavoráveis são: a legislação como limitadora da prática profissional e, conseqüentemente, da autonomia; a formação adquirida na universidade vista como não formadora do profissional para uma prática autônoma; e a ausência da especificidade do papel próprio como geradora de limitações ao exercício de uma prática autônoma.

Como atitudes que se constituem, simultaneamente, tanto positiva quanto negativamente com relação à autonomia, os sujeitos referem-se à autonomia profissional como sinônimo de rotina programática e a medicalização da assistência de enfermagem e sua interpretação como autonomia.

3.3 Práticas autônomas objetivadas

As representações sociais possuem estreitas ligações com as práticas, ou seja, elas são uma condição das práticas e, por sua vez, as práticas são agentes de transformação das representações⁽²⁶⁾. Ou seja, os sujeitos agem a partir de como representam o mundo e essa ação no mundo tem influência na continuidade da representação.

Dos dados empíricos, destacam-se duas manifestações de práticas autônomas: o espaço de trabalho da programação em saúde e a consulta de enfermagem.

3.3.1 O espaço de trabalho da programação em saúde

A programação em saúde é um modelo tecnológico de trabalho que faz parte das estratégias que a saúde coletiva utiliza para atingir seus objetivos. Alguns autores⁽²⁷⁾, trabalhando teoricamente a idéia de programação, referem 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. Isso se deve também ao fato da ação programática em saúde não ser uma 'coisa', mas um modelo.

Torna-se interessante e pertinente explicitar que o enfermeiro, por seu perfil e formação, tem uma contribuição singular a oferecer dentro do trabalho organizado de forma programática. Pela sua compreensão do ser humano além dos aspectos biológicos, pelo seu entendimento da influência dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde e da doença, pela sua capacidade de prática amalgamadora, coordenando e gerenciando o processo de trabalho da equipe de saúde dentro da unidade, por seu comportamento generoso com a clientela, demonstrando preocupação com o acesso da mesma aos serviços de saúde e pela disponibilidade de uma relação didático-pedagógica-dialogal com a comunidade, pode se constituir em elemento fundamental à uma prática multiprofissional e transdisciplinar, no contexto das ações da programação em saúde.

3.3.2 A consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem e, dentro desta, a educação em saúde foi uma das práticas autônomas relatadas, ou seja, esta tecnologia profissional concretiza a idéia de espaço autônomo – o consultório – e tecnologia independente – a consulta. O momento da consulta 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 em questão. E ainda, a consulta de enfermagem se apresenta como uma tecnologia de resultados mensuráveis em dois aspectos, quais sejam, primeiro a sua quantificação em nível central e sua posterior cobrança financeira ao Sistema Único de Saúde ou à instituição empregadora e, segundo, pela avaliação seriada da clientela, onde é mensurada a melhora ou não de seu estado de saúde.

A consulta de enfermagem se apresenta como um momento e um espaço privilegiado à reflexão acerca da constituição de um saber/fazer

específico, como anteriormente discutidos. Neste sentido, os entrevistados demonstram uma ambiguidade em suas representações da consulta de enfermagem. Por um lado, similar à consulta médica, pelo enfoque dado à fisiopatologia do cliente e a medicalização da assistência de enfermagem e, por outro, caracterizando-a a partir de uma relação pedagógica e dialogal enfermeiro-cliente, centrando-se na educação em saúde⁽²⁸⁾, na compreensão do indivíduo para além conceitos biomédicos⁽¹⁶⁾ e na família e comunidade como bases para a ação profissional⁽²⁹⁾.

Os profissionais ainda destacam a consulta de enfermagem como nova forma de relacionamento entre os enfermeiros e a equipe de saúde e os enfermeiros e a população, pois ela se apresenta como uma instância decisória e de poder. Este fato se torna ainda mais relevante ao considerar a forma sutil em que o poder é exercido nos diversos grupos, todos portadores de poderes próprios, especialmente quando este é concretizado em um território e em tecnologias mais palpáveis de exercício do mesmo⁽¹⁵⁾.

4. CONCLUSÃO

Autonomia profissional em enfermagem não é um fenômeno simples e fácil de ser analisado. A prática profissional ainda se apresenta com inúmeras ambiguidades e tensões, configurando um fazer constituído de dificuldades próprias, o que torna o cotidiano dos profissionais estressante e perpassado por desestímulos e indefinições. Ao mesmo tempo, autonomia profissional ganha concretude nos entrevistados

quando consideram-na existente em suas práticas, ou seja, sendo já uma realidade em seus cotidianos, ou ainda, quando a estabelecem como um processo, o que indica a sua não vivência como real, mas como construção a partir dos posicionamentos, estratégias e objetivos estabelecidos pelo grupo.

A consideração dialética da autonomia, existência/não-existência, possibilita a apresentação da profissão de várias formas. Desta maneira, a consideração da autonomia como realidade na vivência da profissão, mesmo esta sendo entendida como em processo de construção, tende a conformar um saber/fazer com características mais próximas à essencialidade da profissão. Isto se torna especialmente possível se a consideração da autonomia for ligada ao que é específico da profissão, àquilo que a torna diferente, apesar de complementar, das outras profissões no desenvolvimento do trabalho dentro da equipe de saúde.

Contudo, se autonomia for considerada como um saber/fazer ampliado devido à apropriação de conteúdos e conhecimentos (saber), bem como de práticas (fazer) de outras áreas profissionais, por mais importantes e eficazes que sejam esses saberes/fazer, torna-se um foco frágil de autonomia devido à sua não construção pela essencialidade da profissão.

Portanto, autonomia profissional tende a ser configurada a partir da construção da identidade profissional do enfermeiro, apresentando tensões com os aspectos sociais, políticos, mercadológicos, culturais e intelectuais nos quais o profissional se insere.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1998.
2. Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneira de cuidar, maneira de ensinar - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 63-78.
3. Lunardi VL. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneira de cuidar, maneira de ensinar - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995; p. 79-108.
4. Collière MF. Promover a vida. Lisboa (PT): Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
5. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores; 1978.
6. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): EDUERJ; 1998.
7. Oliveira DC. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.
8. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): EDUERJ; 2001. p. 17-44
9. Abric JC, organizador. Prácticas sociales y representaciones. Ciudad de México (MX): Ediciones Coyoacán; 2001.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 1977.
11. Catão MFFM. Excluídos sociais em espaços de reclusão: as representações sociais na construção do projeto de vida [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2001.
12. Thiengo MA. O HIV/AIDS nas representações sociais de adolescentes: implicações para a assistência de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
13. Gomes AMT. A autonomia profissional da enfermagem em saúde pública: um estudo de representações sociais [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
14. Leopardi MT. Entre a moral e a técnica. Florianópolis (SC): Ed. UFSC; 1994.
15. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Graal; 1988.
16. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo (SP): Ed. Cultrix; 1982.
17. Capra F. O tao da física. São Paulo (SP): Ed. Cultrix; 1990.
18. Boff L. O despertar da água. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 1998.
19. Boff L. Saber cuidar. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 1999.
20. Rocha JSY. Prefácio. In: Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo (SP): Ed. Cortez; 1989. p. 9-15.
21. Figueiredo NMA. A mais bela das artes... o pensar e o fazer da enfermagem [tese de cátedra]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro; 1997.
22. Villa EA, Cadete MMM. A cultura institucional como determinante da prática educacional do enfermeiro. Texto e Contexto Enferm 2000 ago-dez; 9(3):115-132.
23. Guilton B, Porto IS, Figueiredo NMA. A passagem pelos espelhos. Niterói (RJ): Ed. Intertexto; 2002.
24. Rodrigues MSP. Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os. Pelotas (RS): Editora e Gráfica Universitária/UFPel; 1999.
25. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira ASP, organizadora. Representações sociais - teoria e prática. João Pessoa (PB): Ed. Universitária/Autor Associado; 2001. p. 55-87.
26. Rouquette ML. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: Moreira ASP, Oliveira DC organizadoras. Estudos interdisciplinares de representações sociais. Goiânia (GO): Ed. AB; 2000. p. 39-46.
27. Mendes-Gonçalves RB, Schraiber LB, Nemes, MIB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo (SP): Ed. Hucitec; 1993. p. 37-63.

28. Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre (RS): RM & L; 1996.
29. Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia

para o cuidado. In: Carraro TE, Westphalen MEA, organizadoras. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB Editores; 2001. p. 41-76.

Data do recebimento: 23/09/2004

Data da aprovação: 23/05/2005

AGRADECIMENTO

A CAPES, pelo apoio e financiamento da pesquisa através da bolsa de mestrado.

Anexo 1. Classificação Hierárquica Descendente (Dendograma).

