

AUTONOMIA NO TRABALHO DA ENFERMEIRA INTENSIVISTA: ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

AUTONOMY IN THE WORK OF CRITICAL CARE NURSES: STUDY OF SOCIAL REPRESENTATIONS

AUTONOMÍA EN EL TRABAJO DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA: ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Iranete Almeida Sousa Silva¹
Enêde Andrade Cruz²
Elisa Auxiliadora da França³ Ribeiro⁴
Ednir Assis Souza

O trabalho das enfermeiras de unidade de tratamento intensivo (UTI) é complexo, devido à diversidade de tecnologias e atenção a pessoas em risco de vida, e exige a capacidade de decidir e agir com autonomia. Objetivou-se apreender e analisar as representações sociais de enfermeiras intensivistas sobre sua autonomia no trabalho na UTI. Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa realizado em dois hospitais de grande porte, na cidade de Salvador, Bahia, de maio a junho de 2006, com 24 enfermeiras. Os dados coletados nas entrevistas foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, à luz da teoria das representações sociais. Identificaram-se cinco categorias simbólicas: Manifestações, Fatores intervenientes, Valorização, Atributos associados e Aspectos psicossociais da autonomia. Concluiu-se que a autonomia, considerada um instrumento de trabalho da enfermeira em processo de consolidação, está condicionada ao conhecimento, discernimento, atitude, postura profissional, respeito e reconhecimento da equipe de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Autonomia da Enfermeira. UTI.

The objective of this study was to seize and analyze the social representations of critical care nurses about their autonomy in the intensive care unit. The work of the nurses at the intensive care unit is complex due to the diversity of technologies and attention to people at risk of life; furthermore, it requires the ability of making decisions and deal with autonomy. This is a descriptive exploratory study based on quantitative and qualitative approach implemented at two major hospitals in Salvador, Bahia. The data were collected with 24 nurses selected randomly from May to June in 2006. These findings were analyzed according to the content analysis, based on the social representation theory. In this study five symbolic categories were identified: Manifestations, Intervening factors, Valuation, Associated attributes and Psychosocial aspects of autonomy. It can be concluded that autonomy, which is considered a work instrument of the nurse in consolidation process, is conditioned to knowledge, judgment, attitude, professional behavior, respect, and acknowledgment of the health team.

KEYWORDS: Nursing. Autonomy. ICU.

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora das Faculdades Adventistas da Bahia (FADBA). Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES). iranetealmeida@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem (EE), Universidade Federal da Bahia (UFBA). enedeac@ig.com.br

³ Enfermeira do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES). elisaenfa@bol.com.br

⁴ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem (EE), Universidade Federal da Bahia (UFBA). ednirassis@hotmail.com

El trabajo de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es complejo, debido a la diversidad de tecnologías y a la atención a personas con riesgo de vida y, exige, la capacidad de decidir y actuar con autonomía. Se objetivó aprehender y analizar las representaciones sociales de las enfermeras intensivistas sobre su autonomía en el trabajo en la UCI. Estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado con 24 enfermeras, en dos hospitales de grande porte, en la ciudad de Salvador, Bahía, durante el período de mayo a junio de 2006. Los datos recolectados en las entrevistas fueron analizados a través de la técnica del análisis de contenido, a la luz de la teoría de las representaciones sociales. Se identificaron cinco categorías simbólicas: Manifestaciones, Factores de intervención, Valorización, Atributos asociados y Aspectos psicosociales de la autonomía. Se concluye que la autonomía, considerada un instrumento de trabajo de la enfermera en proceso de consolidación, está condicionada al conocimiento, discernimiento, actitud, postura profesional, respeto y reconocimiento del equipo de salud.

PALABRAS-CLAVE: Enfermería. Autonomía de la Enfermera. UCI.

INTRODUÇÃO

O trabalho da enfermeira em unidade de tratamento intensivo (UTI) é complexo, por sua natureza, devido à diversidade de tecnologias necessárias à assistência de pacientes críticos. Para atendê-los, há necessidade de decidir e agir com rapidez na coordenação de pessoas e de ações. Sendo assim, é indispensável a esta profissional que exerça plenamente a sua autonomia.

No contexto deste trabalho, autonomia é entendida como a capacidade de julgar e decidir frente às necessidades assistenciais e administrativas de enfermagem com liberdade técnico-científica, respaldo legal e ético de acordo com valores, prioridades e crenças próprias. Desse modo, autonomia não tem um fim em si mesma, mas constitui-se em um instrumento para o alcance de objetivos do trabalho interdisciplinar em UTI. Etimologicamente, é uma palavra de origem grega, composta de adjetivos pronominais autos, que significam “ele mesmo” e “por si mesmo”, e pelo substantivo *nomos*, com o significado de, “lei”, “norma” ou “uso”. No sentido geral, autonomia indica a capacidade humana de dar leis a si próprio ou a condição de uma coletividade, capaz de determinar a lei à qual se submete (NUNES, 2006). Entende-se autonomia ainda como a escolha concreta de um ato vital de tomada de decisões próprias, com liberdade, que pode ocorrer no desenvolvimento das atividades profissionais da enfermeira intensivista diante dos condicionantes internos e externos no contexto dessa unidade.

Ao longo da história da enfermagem, o tema “autonomia” tem sido discutido e analisado em diversas esferas de atuação da enfermeira, constituindo-se em objeto de inquietações e conflitos nos espaços em que elas atuam e que pode estar atrelado ao contexto histórico, social e cultural do surgimento da profissão. A história evidencia uma prática profissional nascida com os cuidados domésticos, à mercê do empirismo das mães, dos monges e dos escravos, todos esses detentores de um saber do senso comum destituído de quaisquer conhecimentos especializados, próprios da enfermagem (GOMES et al., 1997; SILVA, 1986). Embora esse trabalho fosse imprescindível, era considerado como tarefa doméstica, desprovida de cientificidade, portanto, fora da esfera das trocas econômicas.

As transformações sociais, econômicas e políticas mundiais traduziram-se em reformas no campo da saúde e, conseqüentemente, na enfermagem. Não obstante os grandes avanços tecnológicos e organizacionais incorporados, há pontos que merecem reflexão, no que se refere ao trabalho da enfermeira, tais como: valorização, reconhecimento, condições de trabalho e autonomia profissional (SILVA, 2007).

A construção teórica do tema “autonomia na profissão” tem sido discutida principalmente no âmbito da relação hegemônica enfermagem-medicina. Outrossim, há evidências de mudanças no cenário mundial por meio da prática interdisciplinar em saúde, que estimula o trabalho em equipe, ao tempo em que busca a consolidação

e manutenção das características próprias de cada disciplina, bem como a definição de espaços comuns de saberes e fazeres entre elas (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Em função da complexidade do trabalho da enfermeira e das várias disciplinas em saúde que envolvem o seu fazer diário, torna-se necessária a interação para o desenvolvimento de um trabalho cooperativo, no qual cada profissional possa exercer sua autonomia com respaldo legal, técnico-científico e ético. Conforme a gestão, organização e processos de trabalho estabelecidos nos locais em que essas profissionais realizam suas trocas, pode ocorrer a exploração do seu trabalho. Diante disto, as enfermeiras podem ser influenciadas por fatores contextuais, ambientais e relacionais, dos quais podem emergir as Representações Sociais (RS) sobre sua autonomia no desempenho de suas atividades na UTI.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve como principal mentor Moscovici (1978, p. 26), que a define como “[...] uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”. Representar uma coisa é, para esse autor:

[...] um estado, não é, com efeito, duplicá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo é reconstruí-lo, recolocá-lo, mudar-lhe o texto no qual a comunicação passa-se a ordenação entre conceito e percepção penetrando no sujeito, transformando a substância concreta e gerando a impressão de realidade e materialidade das abstrações, pois estas exprimem ordens ou normas prévias. (MOSCOVICI, 1976, p. 56, tradução nossa).⁵

Jodelet (2001) comenta que é na interação mediada pelos processos de comunicação que as RS emergem e se concretizam nas opiniões, atitudes e julgamentos individuais e coletivos, construindo uma visão consensual sobre a realidade de determinado objeto; Este objeto, no caso deste estudo, é a autonomia da enfermeira intensivista sobre o seu trabalho.

Com a continuidade dos estudos, o conceito vai se consolidando, tal como sustenta Jesuíno (2011, p. 54), segundo o qual “[...] as

representações seriam sociais, não porque o sujeito seja social – o que, aliás, sempre é diante de sua condição humana.” As RS, nesse estudo, são consideradas como quase tautológicas pela função que desempenham como organizadoras das condutas e da comunicação social.

Spink (2004) ressalta também que as RS emergem no espaço consensual, na interação. É nesse contexto que a enfermeira intensivista estabelece processos contínuos de trocas de conhecimentos, valores, crenças e atitudes interdisciplinares. Nessa integração, podem emergir RS possibilitadas pelo processo criativo e pela transformação do conhecimento científico em prático, que pode conduzir a novos comportamentos, com possíveis implicações para o exercício da autonomia.

Em decorrência dos desafios enfrentados pelas enfermeiras na consolidação do exercício de sua autonomia, considera-se como objeto deste estudo a autonomia da enfermeira no trabalho. O objetivo do estudo é apreender e analisar as RS construídas pelas enfermeiras intensivista, sobre sua autonomia no desenvolvimento das suas atividades em UTI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, com base nos aportes teóricos da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici (1978), para aprofundar o conhecimento do senso comum sobre a autonomia no trabalho das enfermeiras atuantes em UTIs de adultos. Essa teoria possibilitou adentrar no cotidiano do processo de construção das RS para avaliar a autonomia dessas profissionais, ressaltando aspectos subjetivos que envolvem valores, conhecimentos, crenças, habilidades, trocas, experiências, bem como as formas de ser de um grupo dentro de uma dimensão histórico-social e interdisciplinar.

O estudo foi realizado em UTIs de adultos de dois hospitais de grande porte da cidade do Salvador, Bahia, escolhidos por terem como finalidades a assistência, o ensino e a pesquisa;

⁵ “[...] un estado, no es, en efecto, duplicar, repetir o reproducir lo es reconstruir, sustituirá, se cambia el texto en el que la comunicación pasa a la coordinación entre concepto y percepción penetrar en el tema la transformación de la sustancia concreta y generar la impresión de realidad y materialidad de las abstracciones, debido a que estas órdenes expresas o normativas antes.”

prestar serviços aos usuários do SUS; possuir Serviço de Enfermagem estruturado e organizado com base em regimento próprio, onde a UTI geral constitui-se em um de seus setores; e ter enfermeiras atuantes nessas unidades, durante as vinte e quatro horas.

Após a aprovação do Comitê de Ética pelo Parecer n.º 52/2006, iniciou-se a coleta de dados com 24 enfermeiras, obedecendo aos seguintes critérios: ser atuante em UTI de adulto das organizações escolhidas; aceitar participar da pesquisa; trabalhar na UTI há pelo menos seis meses, tempo considerado necessário para a construção e consolidação das RS; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A escolha dos sujeitos foi aleatória, respeitando-se a fidelidade dos dados conforme a apreciação criteriosa de repetição dos resultados, tal como orienta Triviños (1987).

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído de perguntas que forneceram dados objetivos para a caracterização dos sujeitos e de uma questão norteadora relacionada à visão da enfermeira sobre sua autonomia no trabalho. Foram consideradas todas as recomendações da Resolução n.º 196/96 do MS (BRASIL, 1996), tais como, esclarecimento dos objetivos da pesquisa, importância da participação das informantes, assinatura do TCLE e anuência para a gravação das entrevistas.

As entrevistas foram transcritas com integridade e fidelidade. Para garantir a privacidade das depoentes, a cada uma foi atribuído um numeral cardinal em ordem crescente em seguida à expressão Enf. (Enf. 1, Enf. 2... Enf. 24). Após a transcrição das gravações, foram realizados recortes e codificação das unidades temáticas de conteúdo com separação dos núcleos de significados para categorização, respeitando-se as três etapas sugeridas por Bardin (2001) e Vala (2001): a primeira e a segunda etapas constituíram-se de pré-análise e exploração do material por meio da leitura flutuante e exaustiva do conteúdo das entrevistas, para constituição do *corpus*, com o total de 190 unidades de análise. Esse foi decomposto, codificado e, pela similaridade dos núcleos de significados, subcategorizado e distribuído

em cinco categorias da autonomia na UTI, assim nomeadas: manifestações da autonomia na UTI (MAUTI); fatores intervenientes à autonomia na UTI (FIAUTI); valorização da autonomia na UTI (VAUTI); atributos associados à autonomia na UTI (AAUTI); e aspectos psicossociais da autonomia na UTI (APUTI). Após essa etapa teve início a terceira e última, que envolveu os procedimentos analíticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 24 enfermeiras participantes deste estudo apresentavam idade entre 26 e 43 anos, com média de 32 anos e predominância do sexo feminino (91%). O tempo de trabalho em UTI variou de 2 a 14 anos, com média de 5 anos, e 100% exerciam a função assistencial em turnos de trabalho assim distribuídos: serviço noturno 10 (41,6%), serviço diurno 9 (37,5%) e misto 5 (20,8%).

Os resultados quantitativos das entrevistas foram descritos e analisados de forma geral com base na frequência absoluta e relativa das unidades de análise correspondentes às categorias simbólicas e suas respectivas subcategorias (Quadro 1).

Verifica-se que a categoria “Manifestações da autonomia” é a de maior destaque com 123 unidades de análise (64,73%) distribuídas em três subcategorias – condicional, gerencial e assistencial –, respectivamente, com 67%, 33% e 23%, das unidades de análise. Estas englobam o conjunto de elementos que descrevem a diversidade de tipos de manifestações de autonomia vivenciadas pelas informantes, com base em suas concepções. Dessa categoria, a subcategoria mais destacada, foi a relacionada às manifestações condicionais com 35,26%, seguida da gerencial com 17,33% e a assistencial com 12,10% das unidades temáticas de análise.

A construção do senso comum da autonomia da enfermeira em UTI foi realizada por meio dos conteúdos das vinte e quatro entrevistas, instrumento usado para a apreensão e conhecimento das RS. Esta construção está fundamentada nas RS que mostram as concepções dos sujeitos sobre sua autonomia no fazer cotidiano e, nesta, as

ideias dominantes do senso comum foram fundamentais, pois determinaram a identidade, as

condutas e o saber do grupo social (JODELET, 2001), conforme análise a seguir:

QUADRO 1 – Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da autonomia da enfermeira na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – Salvador, Bahia – 2006

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	UNIDADES DE ANÁLISES			
			Subtotal		Total	
			F	%	F	%
Categoria 1 (MAUTI) Manifestações da autonomia - MA	- Condicional	MAcon	67	35,26	123	64,73
	- Gerencial	MAger	33	17,33		
	- Assistencial	MAass	23	12,10		
Categoria 2 (FIAUTI) fatores intervenientes Autonomia	- Dificuldades	FIadi	09	4,75	23	12,11
	- Inexistência	FIain	08	4,21		
	- Facilidades	FIafa	06	3,15		
Categoria 3 (VAUTI) Valorização - VA	- Profissional	VAprp VAprn		10,2	20	10,52
	- Positiva		19			
	- Negativa		01			
Categoria 4 (AAUTI) Atributos associados à autonomia	- Conhecimento	APcon	08	4,21	17	8,95
	- Discernimento	APdis	05	2,60		
	- Postura	APpos	04	2,10		
Categoria 5 (APUTI) Aspectos psicossociais	- Sentimentos positivos	APsen+	04	2,10	07	3,69
	- Expectativas	APexp	03	1,57		
TOTAL					190	100%

1^a Categoria – manifestações de autonomia (MA)

A autonomia pode ser entendida como o ato de desenvolver a prática profissional, ao considerar valores, decisões próprias, vitais para a realização das atividades, conforme respaldo legal, e manifestação de autonomia, como a forma de deixar transparecer, revelar pensamento, ideia ou comportamento vinculado à capacidade de autogoverno que pode ser utilizada ou não (MERHY, 1997; SKÅR, 2010). Assim, destacam-se as subcategorias:

a) autonomia condicional – depreende-se que a enfermeira objetiva sua autonomia em ações condicionadas às relações interpessoais e respeito da equipe interdisciplinar na qual se inclui o profissional médico e o turno de trabalho, conforme evidenciado na fala da depoente Enf 1:

“[...] a enfermeira tem certa autonomia, pois depende da relação e do respeito que o profissional médico tem sobre o seu trabalho [...] tem autonomia à noite, querendo ou não, o médico tem que descansar [...] a enfermeira tem que assumir a unidade que fica sob sua responsabilidade [...] a enfermeira tem que segurar a UTI [...] o médico fica de sobreaviso [...] temos liberdade de ajustar drogas como insulina, noradrenalina, conforme o que vai ocorrendo [...] a enfermeira consegue tomar algumas atitudes tranquilamente.”

Essas declarações apresentam, de forma mais evidente, relação com o turno da noite. Possibilitam o entendimento de que a enfermeira mantém sua autonomia nas competências de enfermagem e compartilha ações da competência médica. Diante disso, considera-se que pode haver um equívoco quando as depoentes declaram,

por exemplo, que “[...] têm liberdade de ajustar drogas, na hora do descanso do médico” (Enf. 23). Tal liberdade tanto pode ser compreendida como reconhecimento da competência da enfermeira como transferência de responsabilidade oportuna, caracterizando a continuidade do processo histórico-social hegemônico;

b) autonomia gerencial – pode estar ancorada em determinantes históricos, nos quais a enfermeira desempenha funções de gerência da assistência de enfermagem, espaços, pessoas e materiais, simultaneamente (SILVA, 2007). Assim, são ressaltadas nas falas: “A enfermeira tem autonomia para modificar a assistência e priorizar as ações durante o trabalho.” (Enf. 2); “[...] avaliar e modificar o plano de cuidados,” (Enf. 3); “[...] tem total autonomia em relação aos procedimentos de enfermagem.” (Enf. 11); “[...] tem autonomia para liberação de visitas.” (Enf. 18). “[...] tem autonomia para liberação de leitos.” (Enf. 20).

Diante dessas declarações, percebe-se que as informantes exercem autonomia para a tomada de decisão no que se refere ao trabalho próprio da enfermagem. Segundo Ferreira, Mariluce Cândido e Marco Antonio Cândido (2010), ter autonomia é autodeterminar-se dentro da equipe interdisciplinar de saúde, no exercício legal de suas atribuições profissionais, de acordo com o sistema de saúde vigente e, dessa forma, avaliar o plano de cuidado, modificá-lo, liberar visitas; pode ser percebido como atitudes que consolidam a autonomia da enfermeira no contexto da UTI. Esses autores comentam ainda que o exercício da autonomia tem dependência entre a estrutura organizacional e o profissional. Isto pode guardar uma relação íntima com o contexto da UTI que, segundo Jesuíno (2000), compreende processos de interações tais como: ambiente, tarefas específicas, organização, culturas e generalidades. Assim, pode depender da profissional tomar posse do seu direito legal de tomar decisões, desde que haja respaldo legal e ético na sua prática. Na visão das depoentes, essa possibilidade não existe: “Não há reconhecimento nem autonomia para a assistência.” (Enf. 19); “[...] na parte assistencial não tem autonomia.”

(Enf. 20). Diante dessas afirmações, recorre-se a Marques e Lima (2008), que definem autonomia não como liberdade total, mas como a liberdade de agir dentro dos limites das competências de cada disciplina. Acrescenta-se que pode haver fatores pessoais interferindo na compreensão do papel profissional e na autonomia própria dessas depoentes;

c) autonomia assistencial – função da enfermeira em situações complexas entendida, neste estudo, como o ato de assistir presencialmente, dando amparo, proteção e auxílio. Nessa mesma linha, Leopardi (2006), ao utilizar o conceito aplicado à enfermagem, comenta que a assistência é a execução de atividades específicas relativas ao cuidado terapêutico e humanizado. Esse cuidado é entendido por Cruz e Varela (2002, p. 58) como

[...] um ato de interação, constituído de ações e atividades de enfermagem, dirigidas ao paciente e com ele partilhadas, envolvendo o diálogo, ajuda, troca, apoio, conforto e descoberta do outro, esclarecendo dúvidas através da capacidade de ouvir, cultivando a sensibilidade, valorizando, compreendendo e ajudando o paciente a melhorar sua condição de enfrentamento diante de situação de risco.

Essa mesma orientação é encontrada no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, o qual dispõe, no Cap. 1, Art. 1.º, que o enfermeiro deve “Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007, p. 1). Também a Resolução COFEn n.º 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) estabelece que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um ato da enfermeira e deve ser implementado em todo o território nacional. Esta subcategoria está ancorada na metodologia científica da assistência de enfermagem e é assim referida pelas depoentes: “A SAE proporciona autonomia à enfermeira, na implementação dos cuidados.” (Enf. 3); “[...] tem autonomia para prescrever os cuidados de enfermagem.” (Enf. 14); “[...] tem autonomia em relação aos procedimentos de enfermagem.” (Enf. 16); “[...] tenho autonomia técnica no que faço.” (Enf. 21). Essas declarações remetem ao texto

de Tannure e Pinheiro (2006, p. 18) que assim comentam sobre a autonomia da profissão: “[...] só será alcançada quando toda classe começar a empregar a metodologia científica, ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do processo de enfermagem.”

Entende-se que, desde a utilização do processo de enfermagem, concretizado em suas etapas, a assistência de enfermagem com fundamentação científica e autonomia ganhou estrutura para a tomada de decisão, previsão e avaliação.

Prosseguindo, segue a análise da segunda categoria.

2ª Categoria – Fatores intervenientes da autonomia

Fatores intervenientes são entendidos como condições que tornam a autonomia da enfermeira viável ou não no desenvolvimento de suas atividades. Desta categoria emergiram três subcategorias: dificuldades, inexistência e facilidades para a autonomia.

a) Dificuldades para autonomia – acredita-se que a subcategoria “dificuldade”, expressa com maior ênfase, está correlacionada ao somatório de adversidades para o exercício da autonomia no contexto da UTI, tais como falta de vagas, rotinas rígidas e interferências da equipe interdisciplinar de saúde e setores no seu trabalho, objetivadas nas falas das depoentes: “Às vezes temos problemas de vagas que são insuficientes.” (Enf. 7); “Rotinas rígidas, como os banhos, que precisam ser realizados independentemente do que esteja acontecendo.” (Enf. 9); “[...] interferências da equipe interdisciplinar de saúde e outros setores de apoio.” (Enf. 12). Estes depoimentos evidenciam a compreensão da complexidade do trabalho de enfermagem e a manutenção da interdisciplinaridade, não só para potencializar a recuperação do paciente como também para fortalecer sua autonomia nos atos específicos;

b) inexistência de autonomia – esta subcategoria, com pouca expressividade, está ancorada no entendimento individual e social de desvalor

que atravessa a história da profissão e parece manter-se ainda na atualidade. Inexistência significa ausência do que se supunha existir e algumas depoentes declararam que a “[...] autonomia da enfermeira não existe” (Enf. 19). Consideraram-se, portanto, como profissionais não reconhecidas, obedecendo às ordens determinadas por outrem e demonstram ser desprovidas de poderes para disciplinar sua equipe. Entretanto, deixam transparecer que deveriam usufruir de tal autonomia, embora não se apropriem da autoridade inerente à função de gerente da assistência de enfermagem, como destacam: “[...] nunca somos ouvidas [...] somos profissionais, sempre cumprindo determinações de terceiros.” (Enf. 9); “Não temos autonomia para disciplinar funcionário [...] e para decidir sobre a conduta dos técnicos e auxiliares de enfermagem.” (Enf. 19). Estas declarações podem ter ainda uma relação direta com o ideário de profissão autônoma, com pleno controle sobre o trabalho, desconsiderando restrições vinculadas às políticas públicas e empresariais. Assim, entende-se que tal inexistência não está relacionada ao trabalho autônomo das enfermeiras, mas sim ao modo de produção e às condições que lhes são ofertadas, o que não invalida a tomada de consciência por parte dessas profissionais para manter ou transformar uma dada realidade (MARQUES; LIMA, 2008);

c) facilidades de autonomia – as facilidades emergem dos discursos quando as depoentes enfatizam as condições favoráveis para a autonomia, objetivadas na possibilidade de avaliar e decidir em conjunto com o profissional médico, na aceitação do papel próprio da enfermeira tanto na SAE como no modo de gestão compartilhado vigente no setor, conforme declararam: “[...] tem facilidade para avaliar a situação do paciente e decidir [...] o que deve ser feito.” (Enf. 7); “Não há resistência da equipe em relação ao plano assistencial.” (Enf. 11); “[...] a coordenação de enfermagem dá autonomia técnica e administrativa.” (Enf. 21). Segundo Gomes e Oliveira (2010), a autonomia é conquistada ou mantida com base em características ou comportamentos profissionais das enfermeiras. Dessa

forma, entende-se que, nas RS das depoentes, a autonomia concretiza-se na habilidade de desenvolver seu trabalho em equipe, ao compartilhar decisões e responsabilidades, alicerçadas na aceitação do plano de cuidado pela equipe interdisciplinar da UTI, bem como pelo modo de gestão da coordenação de enfermagem do setor. Segue-se a análise da terceira categoria.

3ª Categoria – Valorização profissional da autonomia

Nesta categoria, são distribuídas as subcategorias valorização positiva e valorização negativa da autonomia. Valorização pode ser considerada como atitudes pessoais adotadas no ambiente social que merecem respeito, cujas ideias e metas determinam o significado de acontecimentos no desenvolvimento das atividades e influências interdisciplinares (ABBAGNANO, 2007).

a) valorização positiva da autonomia – ao pensar em valores, geralmente, faz-se de forma positiva, pois são ideais acalentados, que se gosta e busca-se atingir (SILVA, 2007). Além disso, quanto mais claros são esses valores maior poderá ser o comprometimento da enfermeira com a própria autonomia no trabalho. Na concepção das entrevistadas, a valorização positiva da autonomia é demonstrada no respeito profissional autopercibido, diante da legitimidade atribuída ao direcionamento da assistência e ao domínio do processo assistencial por parte da enfermeira intensivista, como confirmado nas falas: “Os médicos e a equipe levam em consideração o que a enfermeira fala.” (Enf. 5); “[...] os médicos geralmente concordam com o direcionamento feito pela enfermeira.” (Enf. 9); “[...] o coordenador médico sempre se reporta a enfermeira, que tem mais conhecimento sobre a evolução do paciente e do processo assistencial.” (Enf. 10). Associam ainda, à valorização positiva da autonomia, as características específicas da UTI, quando relatam: “[...] a UTI é um setor que dá para ter grande autonomia.” (Enf. 4). Esse entendimento pode ter uma relação estreita com o potencial de resolubilidade do trabalho presencial

contínuo da equipe interdisciplinar, conforme evidencia a fala: “[...] a enfermeira de UTI tem mais autonomia que a enfermeira de unidade aberta.” (Enf. 10);

b) valorização negativa da autonomia – com menor incidência, destaca-se a valorização negativa da autonomia da profissional enfermeira que, na concepção das entrevistadas, não é socialmente reconhecida: “[...] perdemos autonomia diante da classe médica, que é valorizada socialmente.” (Enf. 22). Entende-se que a concepção de valor negativo da depoente pode ser decorrente do que foi histórica e socialmente estabelecido quanto ao valor da profissão (ALMEIDA; ROCHA, 1997; LEOPARDI, 1999; MELO, 1986; SILVA, 1986), e que este valor social permanece estático. Neste sentido, desconsidera completamente o movimento crescente de mudança no mundo do trabalho. Essas transformações têm mostrado um crescente estímulo para o desenvolvimento técnico científico da enfermeira, para ocupar efetivamente seu espaço na equipe interdisciplinar de saúde, não só no planejamento e na organização de cuidado à saúde, mas também como agente de mudança social. Essa reflexão é reiterada por Marques e Lima (2008), ao comentarem que a autonomia da enfermeira tem caráter profissional e é representada como elemento que está sendo construído de forma associada às conquistas tecnológicas da profissão.

4ª Categoria – Atributos associados à autonomia

Atributos associados, neste estudo, são entendidos como virtudes que as profissionais devem possuir. Estes podem identificar o profissional ou o membro de um determinado grupo de forma positiva ou negativa indissociável. A subcategoria de maior relevância nesta categoria foi “atributo associado ao conhecimento”, que tem relação com a categoria “valorização negativa”, na qual já foi considerada a necessidade de estímulo ao desenvolvimento técnico científico, para que a enfermeira ocupe seus espaços de mudança que exigem o conhecimento como

atributo positivo. Percebe-se que essa profissional concorda que “tem que ter conhecimento” suficiente para agir com segurança diante das situações complexas na assistência aos pacientes graves. Nesta categoria, foram distribuídas as seguintes subcategorias: conhecimento, discernimento e postura.

a) Conhecimento associado à autonomia – conhecimento é o ato ou efeito de conhecer, de ter discernimento. É ainda o ato ou efeito de conhecer o realizado por meio da razão e da experiência. Segundo as depoentes, ter conhecimento é uma condição prioritária, obrigatória e fundamental para promover a segurança do paciente dadas as características peculiares da clientela atendida na UTI e, de forma geral, na responsabilidade diante da vida, assim expressas: “[...] a enfermeira tem que ter conhecimento para observar o paciente, tem que ter coerência e saber o que está fazendo [...] tem que ter, principalmente, conhecimento.” (Enf. 4); “[...] a enfermeira ganha autonomia com o conhecimento [...] tem que ter conhecimento para discutir sobre determinado assunto com o médico [...] para ter autonomia no seu trabalho tem que ter conhecimento.” (Enf. 15). Estas declarações coadunam-se com o exposto por Marques e Lima (2008), ao afirmarem que o saber é elemento importante para a sustentabilidade da autonomia profissional, nas relações de poder que se estabelecem dentro da equipe interdisciplinar. Santos e Tahara (2009) comentam ainda que o saber-fazer aumenta o reconhecimento e fortalece o sentimento de pertença dessas profissionais.

b) Postura associada à autonomia – nesta subcategoria, incluem-se aquelas relacionadas à vontade, habilidade, segurança e respeito, determinadas, respectivamente, por apenas uma unidade de análise cada, assim descritas: “[...] autonomia é ter vontade [...] é demonstrar habilidade.” (Enf. 4); “[...] é ter segurança.” (Enf. 11); “[...] se a enfermeira tem conhecimento, a equipe interdisciplinar vai respeitá-la.” (Enf. 15). Essas falas da autonomia, assim declaradas “[...] a postura profissional influencia na autonomia

da enfermeira” (Enf. 15), fazem entender que esta unidade de análise está ancorada nas atitudes pessoais e profissionais. Estas, segundo Lima (2000) e Moscovici (1978), estão associadas à força e à forma do aprendizado, bem como à frequência com que são utilizadas para orientar e dar sentido ao comportamento em consonância com o sistema de valores e crenças. Esses sistemas são reelaborados, partilhados e consolidam novas representações que justificam a consolidação da prática da autonomia pela profissional na equipe interdisciplinar. Nesse sentido, “postura” é entendida como o ponto de vista expresso nas atitudes pessoais e profissionais das depoentes, manifestas por respostas avaliativas de formas diversas. Desta forma, pode-se considerar que postura é um modo de pensar, de proceder e de posicionar-se diante de situações complexas, como ocorre no contexto da UTI.

c) Discernimento associado à autonomia – discernimento é o critério de avaliar e selecionar as melhores condutas pertinentes a uma determinada situação que estão diretamente associadas ao conhecimento e à postura. No contexto da UTI, o exercício da autonomia está vinculado à priorização e ao ato da consciência descritas nas falas: “[...] a enfermeira tem que ter muito discernimento [...] para saber priorizar o que é mais importante no momento [...] para organizar o trabalho na UTI, que é muito dinâmico.” (Enf. 2); “Tem que ter discernimento para ver o que é prioridade ou não.” (Enf. 21). Essas falas também implicam em conhecimento, análise de possibilidades e tomada de decisões sobre as ações de responsabilidade, assim como na dinâmica característica da UTI.

Dando continuidade, apresenta-se a seguir a análise da quinta categoria.

5ª Categoria – Aspectos psicossociais associados à autonomia

Aspectos psicossociais são entendidos como “[...] um conjunto de elementos de natureza social e subjetiva” (JESUÍNO, 2000, p. 293) que são

integrantes dos processos cognitivos, afetivos e avaliativos na operacionalização do trabalho.

Para as depoentes, os elementos afetivos estão ancorados no prazer, na satisfação e na dimensão do exercício da autonomia que esse setor proporciona, gerando entusiasmo no trabalho. Esta categoria foi distribuída em duas subcategorias: sentimento positivo e expectativa.

a) sentimento positivo da autonomia – sentimento, no sentido geral, é considerado emoção, como reação subjetiva do organismo a determinado acontecimento, sempre seguido de um estado afetivo agradável ou desagradável. Estes estão associados à possibilidade do exercício da autonomia na UTI, conforme declaração das depoentes: “[...] autonomia é uma coisa que gosto no trabalho na UTI.” (Enf. 2); “Uma das coisas que gosto na UTI é autonomia.” (Enf. 4); “[...] autonomia é uma coisa boa.” (Enf. 7); “[...] nesta UTI, o clima para autonomia é muito bom.” (Enf. 23). Essas declarações demonstram a necessidade de manutenção do estímulo à autonomia, para aumentar a realização e a satisfação profissionais;

b) expectativa associada à autonomia – expectativa pode ser entendida como a esperança de prováveis direitos, probabilidades ou promessas de que algo novo, geralmente agradável, possa acontecer no futuro, cuja prioridade de acontecimento está na dependência das características individuais e psicoemocionais ligadas ao tempo de sua ocorrência. Dessa forma, autonomia constitui-se em algo almejado e em processo de consolidação, assim descritos pelas depoentes: “[...] autonomia é algo que busco na profissão.” (Enf. 4); “[...] ainda há muita coisa sobre autonomia para se conquistar.” (Enf. 13). Autonomia é, portanto, uma condição motivadora que torna o profissional mais satisfeito e com maior entusiasmo para o rendimento em suas atividades, muito embora esse ainda seja um processo em construção (FERREIRA; CANDIDO, Mariluce; CANDIDO, Marco, 2010).

Diante dessas considerações, percebe-se que as RS da autonomia para as enfermeiras

intensivistas são produto e processo de uma atividade mental, por meio da qual o indivíduo e o grupo de pertença reconstruem a realidade com a qual se confrontam e para a qual atribuem um significado específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autonomia da enfermeira intensivista é uma condição complexa, aqui abordada em apenas cinco UTIs e em alguns aspectos que se constituíram fruto das entrevistas com vinte e quatro enfermeiras. Nessas unidades, o processo de avaliação dos pacientes em risco de vida é contínuo. Esse processo exige redefinições de condutas, nas quais a autonomia da enfermeira é de fundamental importância para o planejamento, organização e efetivação da assistência. Nesse processo e na interação na equipe interdisciplinar, as RS são construídas.

A importância atribuída à autonomia neste estudo evidencia a valorização dada ao trabalho por suas executoras, o que mostra certo afastamento do senso comum sobre o papel da enfermeira de maneira geral. Expressa também um crescimento da autoestima desse grupo social que caminha para a construção de um novo paradigma de reconhecimento interdisciplinar e social da autonomia do trabalho da enfermeira nessas unidades. Observa-se ainda, além da necessidade de valorização dessa atitude, uma crescente transformação para a consolidação da autonomia, haja vista os atributos necessários a essa concretização e aos aspectos psicossociais associados aos sentimentos positivos e às expectativas. Também há necessidade de redução das dificuldades e reafirmação da valorização positiva.

Conclui-se que a autonomia, considerada um instrumento de trabalho da enfermeira em processo de consolidação, está condicionada ao conhecimento, discernimento, atitude, postura profissional, respeito e reconhecimento da equipe de saúde.

Este estudo serviu de estímulo à busca de ocupação de espaços pela enfermeira, de modo que possibilite maior compreensão das dificuldades e sentimentos negativos enfrentados por essas profissionais no desenvolvimento da

autonomia para o planejamento, organização, implementação e avaliação da assistência ao paciente em UTI.

Sem pretensão de esgotar o tema, acredita-se que novos estudos são necessários para ampliar a compreensão do assunto. Nesse sentido, é necessário também que as enfermeiras reflitam sobre a necessidade de ampliar o conhecimento para o desenvolvimento da competência, para consolidar a autonomia e assegurar a qualidade da prática profissional interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicolas. *Dicionário de Filosofia*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALMEIDA, Maria Cecília P. de; ROCHA, Semiramis M.M. (Org.). *Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho*. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 196/96, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução n.º 311, de 8 de fevereiro de 2007*. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.
- _____. *Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília, 2009.
- CRUZ, Enêde A.; VARELA, Zulene Maria de V. Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. *Rev. eletr. enf.*, Goiânia, v. 4, n. 1, p. 51-58, 2002.
- FERREIRA, Adriano M.; CÂNDIDO, Mariluce C.F.; CÂNDIDO, Marco Antônio. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. *Rev. enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 656-60, out./dez. 2010.
- GOMES, Antônio Marcos T.; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Relato de pesquisa. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-53, 2005.
- _____. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais dos enfermeiros. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 608-615, jul./ago. 2010.
- GOMES, Elisabeth L.R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, Maria Cecília P. de; ROCHA, Semiramis M.M. (Org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.
- JESUÍNO, Jorge C. Estruturas e processos de grupo. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedictina (Coord.). *Psicologia social*. 4. ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. p. 293-331.
- _____. Um conceito reencontrado. In: ALMEIDA, Angela Maria de O.; SANTOS, Maria de Fátima de S.; TRINDADE, Zeidi (Org.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Tecnopolitik, 2011. p. 33-57.
- JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise. (Org.). *Representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 31-61.
- LEOPARDI, Maria Tereza. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: _____. (Org.). *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 9-22.
- _____. *Teoria e método em assistência de enfermagem*. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.
- LIMA, Luísa P. de. Atitudes: estrutura e mudança. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedictina. *Psicologia social*. 4. ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. p. 187-225.
- MARQUES, Giselda Q.; LIMA, Maria Alice D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 4-7, 2008.
- MELO, Cristina Maria M. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MOSCOVICI, Serge. *La psychanalyse son image et son publique*. 2. ed. Paris: Bibliothèque de psychanalyse PUF, 1976.

MOSCOVICI, Serge. *A representação social da psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NUNES, Lucilia. *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Trabalho apresentado no 2.º Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, PT, 2006. p. 1-12.

SANTOS, Cristiane Magali F.; TAHARA, Angela T.S. Organização do trabalho da enfermeira: uma dimensão vinculada ao sofrimento. *Rev. baiana enferm.*, Salvador, v. 22, 23, n. 1,2,3, p. 113-120, jan./dez. 2008-jan./dez. 2009.

SILVA, Iranete A.S. *Trabalho em unidade de tratamento intensivo: representações sociais de enfermeiros*. 2007. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SILVA, Graciete Borges da. *A enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SKĀR, Randi. The meaning of autonomy in nursing practice. *J. clin. nurs.*, Massachusetts, v. 19, n. 15-16, p. 2.226-2.234, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19538554>>. Acesso em: 15 out. 2012.

SPINK, Mary Jane P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, Mary Jane P. (Org.). *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 85-108.

TANURE, Meire C.; PINHEIRO, Ana Maria. *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VALA, Jorge. A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto S.; PINTO, José M. (Org.). *Metodologia das ciências sociais*. 11. ed. Porto, PT: Afrontamento, 2001. p. 101-128.

Submetido: 28/5/2012

Aceito: 24/10/2012