

CUIDADO RELACIONAL NO CONTEXTO DA COVID-19: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AUTONOMIA PROFISSIONAL PARA ENFERMEIROS

RELATIONAL CARE IN THE CONTEXT OF COVID-19: SOCIAL REPRESENTATIONS OF PROFESSIONAL AUTONOMY FOR NURSES

*Antonio Marcos Tosoli Gomes*¹
*Karen Paula Damasceno dos Santos Souza*²
*Ellen Márcia Peres*³
*Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza*⁴
*Helena Ferraz Gomes*⁵
*Eloá Carneiro Carvalho*⁶
*Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires*⁷
*Magno Conceição das Mercês*⁸
*Pablo Luiz Santos Couto*⁹

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar as representações sociais da autonomia profissional para enfermeiros, diante da conjuntura pandêmica da COVID-19. Estudo de cunho descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, fundamentado teórico e metodologicamente nas abordagens processual e estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS). Participaram 75 enfermeiros, provenientes das regiões norte, metropolitana, centro-sul, médio paraíba e baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro, entre os meses de junho e setembro de 2020. O levantamento de dados ocorreu pelo *Google Forms* através de um questionário sociodemográfico, um instrumento de coleta de evocações livres ao termo indutor “autonomia profissional do enfermeiro frente à COVID-19” e à uma pergunta aberta concernente ao enfermeiro no contexto da COVID. A análise dos dados foi realizada pelo software Iramuteq, sendo realizadas as análises prototípica, de similitude e método de Reinert. Destaca-se a centralidade da palavra conhecimento, com maior frequência e, portanto, com caráter consensual mais ressaltado, tendo 20 participantes evocado essa palavra que compõem o núcleo central do quadro de quatro casas. A análise de similitude reforça a centralidade desta palavra, que se apresenta entre dois eixos léxicos distintos: insegurança e biossegurança. Com relação aos conteúdos processuais, a reconstrução sociocognitiva da autonomia para os enfermeiros é elaborada a partir do conhecimento, o qual se configura na tensão entre o saber e o fazer, contudo, o saber é determinante para uma atuação autônoma. Considera-se que as representações sociais da autonomia profissional para enfermeiros expressa a complexidade deste momento pandêmico, acentuando o valor do conhecimento na relação teoria-prática.

Palavras-chave: Cuidado de enfermagem; Autonomia profissional; Infecção por coronavírus; Representações sociais.

ABSTRACT

This study aims to analyze the social representations of professional autonomy for nurses, given the pandemic situation of COVID-19. Descriptive and exploratory study, of a qualitative nature, theoretically and methodologically based on the procedural and structural approaches of Social Representations Theory (SRT). 75 nurses participated, from the northern, metropolitan, central-south, middle Paraíba and coastal regions of the state of Rio de Janeiro, between the months of June and September 2020. Data collection was carried out by Google Forms through a sociodemographic questionnaire, an instrument for collecting free evocations of the inductive term “professional autonomy of nurses in face of COVID-19” and an open question concerning nurses in the context of COVID. Data analysis was performed using the Iramuteq software, with prototypical, similarity and Reinert method analyzes. The centrality of the word knowledge is highlighted, with greater frequency and, therefore, with a more consensual character, with 20 participants evoking this word that make up the central nucleus of the table of four houses. The similarity analysis reinforces the centrality of this word, which is presented between two different lexical axes: insecurity and biosafety. With regard to procedural content, the socio-cognitive reconstruction of autonomy for nurses is elaborated from knowledge, which is configured in the tension between knowledge and doing, however, knowledge is decisive for autonomous performance. It is considered that the social representations of professional autonomy for nurses express the complexity of this pandemic moment, emphasizing the value of knowledge in the theory-practice relationship.

Keywords: Nursing care; Professional autonomy; Coronavirus infection; Social representations

¹ Professor titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil.

E-mail: mtosoli@gmail.com

² Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil. E-mail: paulakaren8@gmail.com

³ Professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil. E-mail: ellenperes@globo.com

⁴ Professora titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil.

E-mail: norval_souza@yahoo.com.br

⁵ Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil. E-mail: helenafg1@yahoo.com.br

⁶ Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil.

E-mail: eloagrossi@uol.com.br

⁷ Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico da área de enfermagem clínica. E-mail: bruna.barreto07@gmail.com

⁸ Professor Assistente do Departamento de Ciências da Vida e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus I, Brasil. E-mail: mmerces@uneb.br

⁹ Professor substituto do departamento de Educação, CAMPUS XII da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Bahia, Brasil. E-mail: pabloluizsc@hotmail.com

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Autonomia, conforme sua etimologia, é uma palavra que advém da junção de duas outras de origem gregas, *autós* (próprio) e *nomos* (normas, regras). Desta forma, pode ser conceituada como a capacidade para controlar, lidar com as situações cotidianas e tomar decisões segundo as próprias concepções de vida (Who, 2002). No contexto da prática profissional do enfermeiro, a autonomia é um fenômeno capaz de conferir qualidade e exigir responsabilidade, sobretudo, quando se vê na contingência de ter que equilibrar as demandas da assistência e da gestão e na interface entre o paradigma biomédico, hegemônico em seu campo de atuação, e as ciências humanas e sociais que caracterizam a prática de enfermagem, ao mesmo tempo em que realidade exige um pensar e um agir estratégico (Santos *et al.*, 2017; Gomes, 2011).

A autonomia, ao menos em parte, é constituída de saberes, habilidades, atitudes e práticas que se desenvolvem na prática laboral e é decorrente das ações no ambiente de trabalho (Mota *et al.*, 2018). O processo de trabalho em enfermagem se configura por normas e rotinas singulares de cada unidade laboral, sendo realizado pelo trabalho individual (pelo auxiliar, técnico ou enfermeiro) ou em equipe, a depender da complexidade da situação. Percebe-se, então, que o exercício desta profissão empreende questões internas e externas a esta equipe, haja vista as pressões e conflitos no âmbito profissional (Milosky *et al.*, 2020).

Diante de um contexto pandêmico sindêmico, toda a experiência teórica, acadêmica e laboral constitui um desafio inovador para o cuidado em enfermagem e em saúde. Neste sentido, destaca-se a importância de se estudar a autonomia profissional como um objeto representacional para um grupo social específico (os próprios enfermeiros) no contexto de uma pandemia, a da COVID-19, ainda em curso, o que significa o enfrentamento de uma situação desconhecida e com alto índice de contaminações

e mortes diárias no Brasil, bem como a possibilidade de colapso do sistema de saúde.

A temática autonomia profissional do enfermeiro, na esfera nacional e internacional, requer um processo de conhecimento que suscita à ação. No entanto, a realidade aponta que os profissionais possuem baixos níveis de autonomia, segundo alguns estudos (Sarkoohijabalbarez; Godousi; Davaridolatabadi, 2017). Este *score* baixo, segundo os mesmos autores, possui correlação direta positiva entre sofrimento moral e autonomia profissional de 120 enfermeiros, em uma unidade pediátrica de cuidados intensivos.

Ao mesmo tempo, enfermeiros privados da possibilidade de escolha de suas ações profissionais, podem estar sujeitos à depressão e a um aumento de tensão laboral, conforme demonstrado em um estudo transversal com 17.437 enfermeiras do Canadá (Enns; Currie; Wang, 2015). A despeito disso, um estudo correlacionou o auxílio de preceptores enfermeiros aos recém-formados como aspecto positivo para a elaboração da autonomia deste novo profissional (Watkins; Hart; Mareno, 2016).

Assim, é possível depreender que a autonomia do enfermeiro está intrinsecamente vinculada ao conhecimento adquirido desde sua graduação até o momento onde se encontra inserido no trabalho. Sem ressalvas, o aspecto dinâmico que esses profissionais detêm decorre do desenvolvimento de habilidades e competências que abrangem os campos clínico-assistenciais e gerenciais ancorados na ciência, legitimando um saber-fazer próprio e autêntico. O lidar com vidas e risco de morte pode gerar sentimentos negativos, como medo e insegurança aos profissionais menos experientes, somado a isso, o aspecto relacional da profissão e a própria condição humana de empatia geram desgastes psíquicos e afetivos de considerável monta.

Para além de um trabalho independente, a ideia de autonomia aponta para uma ciência do cuidado amparada numa prática crítica de atuação do enfermeiro. Embora essas premissas sejam amparadas pela Lei do exercício profissional N° 7.498 de 25 de junho de 1986 e pelo artigo 1° da resolução COFEN 564/2017, a maior parte dos resultados de artigos, nacionais e internacionais, demonstram a baixa ou inexistente percepção dos enfermeiros com relação à autonomia em seu ambiente de trabalho. Soma-se a isso, a autonomia econômica, a qual também denota um obstáculo para a elaboração de um cuidado dinâmico e atento às dimensões humanas e às formas de cuidado relacional e ecológica (Petry *et al.*, 2019).

Em vista deste panorama, considerou-se importante a realização deste estudo a fim de abordar a autonomia profissional do enfermeiro como objeto representacional no contexto da pandemia COVID-19. O fato de ser uma profissão amplamente divulgada na mídia, às vezes relacionada a temáticas negativas que fortalecem o senso comum em relação à profissão como prática subordinada ao saber médico, contribuiu para a elaboração desta pesquisa. Além disso, este estudo também possibilita o reconhecimento do trabalho destes profissionais que mantêm um vínculo direto com os pacientes, contribuindo para a produção de conhecimento sobre esta temática.

Por representação social, este trabalho é fundamentado na proposição teórica concebida por

Moscovici (2012) no âmbito da psicologia social. Esta abordagem possui importância por sua capacidade de identificar a reconstrução sociocognitiva de um fenômeno, identificar a relação que estabelece com as práticas e aprofundar o modo como um grupo social possui o domínio de seu cotidiano a partir da construção de um senso comum em diálogo com o saber científico, acadêmico e, neste caso, também técnico-profissional.

Oliveira (2011) aprofunda a questão de se estudar as representações sociais a partir dos profissionais de saúde. Esta autora considera que o saber prático construído por tais profissionais “é de tipo híbrido, apoiado, ao mesmo tempo, nas representações comuns por eles constituídas ao longo de sua história de vida e [...] em um conhecimento reificado fragmentado, em conteúdos que podem ser utilizados na resolução de problemas cotidianos, de tipo menos rígido do que o conhecimento reificado e com maior capacidade de adaptação às exigências do cotidiano profissional” (p. 614).

Quando se considera o contexto da pandemia, este aspecto se torna ainda mais importante em função do caráter de não domínio da situação, da construção de teorias explicativas que deem conta da realidade inesperada e da necessidade de adoção de práticas específicas. A fim de resolver complexidades sociais e simbólicas como estas e o modo como elas se relacionam com práticas e atitudes, Jodelet (2001, p. 22) propõe um conceito de representações como sendo “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”.

Para os grupos, as representações sociais possuem basicamente quatro funções: a de saber, que consiste em compreender e explicar a realidade; a identitária, constituindo a identidade própria do indivíduo/grupo, ao mesmo tempo em que protege suas especificidades; de orientação, ao guiar os comportamentos específicos e suas práticas; e de justificação, fornecendo o *background* para as tomadas de posição e para os comportamentos (Abric, 2000). Assim, o fazer e o pensar estão intimamente ligados, influenciando-se mutuamente e tornando possível a construção de representações, ao mesmo tempo em que esta representação influencia a prática social. Para que um grupo construa uma representação se faz necessário que o objeto tenha importância social e coletiva.

A justificativa deste estudo está alicerçada no cuidado de enfermagem realizado por enfermeiros ao atenderem às pessoas atingidas pela COVID-19, em meio à possibilidade de transmissibilidade de um vírus sobre o qual não se tinha, em seu início, estudos concretos sobre formas de tratamentos e cura. Além disso, as dimensões estruturais, políticas e gerenciais dos hospitais enfatizam a problemática da atuação do enfermeiro em face do enfrentamento da pandemia e da sindemia.

A enfermagem atual ainda possui muitos obstáculos a serem trabalhados, em caráter mundial. Por ser uma profissão hierarquizada, constitui uma diversidade de culturas, saberes e práticas profissionais, que ampliam o diálogo entre o cuidado biomédico e as práticas autônomas do enfermeiro. Ainda que se apresente como um desafio a ser enfrentado, a autonomia, em tempos austeros como o momento pandêmico atual, configura um aspecto imprescindível para a atuação do trabalho do

enfermeiro (Geremia *et al.*, 2020).

Esse estudo mostra-se relevante por contribuir para as discussões acerca da temática de autonomia profissional da enfermagem. Contribui para a compreender como os enfermeiros representam o objeto autonomia profissional e, além disso, concede subsídios teóricos que abarcam a atuação do enfermeiro, no contexto atual e na linha de frente do cuidado às pessoas com COVID-19. Demonstra, assim, que durante todo o processo de trabalho em enfermagem, a autonomia se faz presente através das escolhas planejadas para melhor atender o indivíduo ou o grupo cuidado.

Diante do exposto, definiu-se como questão norteadora, quais são as representações sociais da autonomia profissional no contexto da COVID-19 para enfermeiros? Como objetivo pretende-se analisar as representações sociais da autonomia profissional para enfermeiros no contexto da pandemia pelo Novo Coronavírus.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, com embasamento teórico-metodológico nas abordagens processual e estrutural das Representações Sociais (TRS). Segundo Sá (2002, p. 33), “a representação é uma construção e uma expressão do sujeito, que pode ser considerado do ponto de vista epistêmico (focalizam os processos cognitivos) ou psicodinâmico (sobre os mecanismos intrapsíquicos, motivacionais, etc), mas também social e coletivo”.

A abordagem processual, mais próxima à proposição original de Moscovici (2012), foi levada ao seu desenvolvimento por Denise Jodelet, como considera Banch (2005). Segundo esta mesma autora, a palavra processo na designação desta abordagem se refere ao fato de que ela se centra mais no processo constituinte do que no fenômeno necessariamente constituído, com ênfase na construção de formas de pensamentos acerca dos objetos e não somente em sua dimensão cognitiva.

Implica também na consideração das questões culturais, sociais e comunitárias que estão na base da construção deste pensamento social. Segundo Jodelet (2001), as representações sociais possuem as suas condições de produção e circulação, os seus processos e estados e os seus estatutos epistemológicos, onde, no âmbito das condições, destacam-se a importância da cultura (modelos, valores e invariantes), da linguagem e da comunicação (interpessoal, institucional e midiática) e da sociedade (partilha, vínculo social, contextos ideológicos e histórico, posição e função sociais, pertença grupal e a importâncias das instituições).

Com relação aos seus processos e estados, a autora, na esteira do próprio Moscovici (2012), descreve a relação entre o sujeito e o objeto, que é de construção, expressão, simbolização e interpretação do primeiro acerca do último. Isto implica em um sujeito epistêmico, psicológico, social e coletivo que constrói uma forma de saber e um compromisso psicossocial com o objeto através de sua representação. Esta forma de saber inclui suportes, conteúdos, estruturas, processos e lógicas, enquanto sua dimensão

prática engloba a experiência e a ação.

A abordagem estrutural, por sua vez, se centra na organização própria da representação e nas relações internas que conferem, a ela, determinadas particularidades. O processo de significação se desdobra, nesta perspectiva, nos conteúdos e na hierarquização dos elementos, bem como nas interações que estes possuem no seio desta hierarquia. Abric (1994) avança nesta proposição e refere que a organização de uma representação apresenta uma modalidade particular e, assim, não somente os elementos da representação são hierarquizados, mas “toda representação está organizada ao redor de um núcleo central, constituído por um ou vários elementos que dão sua significação à representação” (p. 18).

As premissas da abordagem estrutural apontam que as representações sociais são estruturadas e constituídas através de um duplo sistema: “um central estável” que gera significação e determina a organização interna da representação; e “um periférico mais flexível”, cujas funções concretizam, regulam e modulam a representação (ABRIC, 1994; 2013, p. 14). Assim, uma representação social é um conjunto hierarquizado e organizado das informações, julgamentos e atitudes sempre acerca de um objeto produzido por um grupo social (ABRIC, 2013).

O estudo foi realizado com enfermeiros das regiões norte, metropolitana, centro-sul, médio paraíba e baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro. A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística do tipo bola de neve. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2020. Como critérios de inclusão foram considerados: ser enfermeiro, estar em atuação direta à clientela durante o momento da pandemia da COVID-19 e maior de 18 anos de idade. Já aqueles que não conseguiram evocar palavras segundo o termo indutor apresentado foram excluídos do estudo.

Os dados foram coletados através do aplicativo *Google Forms*. Este consiste numa ferramenta online e gratuita que pode ser personalizada de acordo com a proposta de pesquisa e usada para coleta e armazenamento de informações provenientes de questionários e formulários, feitos no próprio aplicativo (GOOGLE, 2020). Este instrumento é de fácil usabilidade, tendo uma interface intuitiva e dinâmica, tanto para os pesquisadores, ao criarem seus instrumentos de coleta de dados, quanto para os participantes. Desta forma, permite um melhor aproveitamento do tempo em pesquisa.

O convite para a participação foi realizado por um *software* de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Após o aceite, foi disponibilizado o *link* do formulário de pesquisa, o qual continha em anexo o termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, foi solicitado aos participantes que divulgassem a pesquisa para outros enfermeiros, dessa forma, totalizando 75 profissionais enfermeiros.

O levantamento de dados no *Google Forms* se deu por meio de um questionário sociodemográfico, um instrumento de coleta de evocações livres ao termo indutor “autonomia profissional do enfermeiro frente à COVID-19” e a resposta escrita à seguinte pergunta aberta: “Para você, qual é a autonomia e o papel próprio da(o) enfermeira(o) na pandemia?”. No que tange às variáveis sociodemográficas, foram

coletadas aquelas relativas ao sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e ambiente de trabalho. Com relação à coleta de evocação, foi solicitado ao pesquisado escrever as 3 palavras que primeiro viessem à cabeça, quando pensassem neste termo indutor. Desta maneira, é possível obter o conteúdo semântico das representações sociais de forma rápida e objetiva (OLIVEIRA et al., 2005)

A análise sociodemográfica foi realizada através da análise de frequências do Iramuteq. Os dados concernentes às evocações livres foram processados por meio das análises prototípica e de similitude, através do mesmo *software*, versão 0.7 alpha2. Inicialmente, os dados foram colocados em corpora distintos, sendo as evocações em um arquivo de texto, já os outros dados em uma planilha no *software* Openoffice.org.

O Iramuteq possibilita ao pesquisador fazer análise estatísticas sobre corpora textuais e também sobre tabelas, por ser um *software* ancorado no ambiente R com linguagem Python (CAMARGO; JUSTO, 2013). A partir dessas propriedades, possui uma diversidade de análises a serem exploradas em seu interior, sendo ele gratuito e frequentemente utilizado em pesquisas da área da saúde, principalmente enfermagem e psicologia (SOUSA, et al., 2018).

O software, com relação à análise prototípica, gerou o que se chama de quadro de quatro casas, em que os termos evocados são distribuídos em dois eixos, sendo o horizontal a frequência e o vertical a média das ordens médias evocadas, também chamada de *rang*. O *rang* indica a posição que uma determinada palavra ocupou na citação do sujeito, podendo variar da primeira à terceira, ganhando importância o cálculo do *rang* médio que é a média das ordens médias de evocação de uma palavra para o conjunto dos participantes.

Na casa superior, à esquerda, encontram-se as palavras que possuem maior frequência e menor *rang* (evocadas mais prontamente) caracterizando-se por ser, com maior possibilidade, o possível núcleo central da representação. À esquerda, mas na parte de baixo, localiza-se a zona de contraste que é reconhecida por se contrapor aos elementos centrais e, por isto, explicitar subgrupos representacionais, quando pertinente.

À direita, na casa superior, estão as palavras que compõem a primeira periferia, com alta frequência, mas também *rang* alto, o que indica que foram evocadas nas últimas posições pelos enfermeiros. Na casa inferior, identificam-se os termos da segunda periferia, que apresentam baixa frequência e alto *rang*, sendo vistos como aqueles itens menos importantes da estrutura representacional. Chama-se a atenção, neste momento, de que o sistema periférico das representações está relacionado à prática, à vida cotidiana e ao contexto mais imediato em que os participantes estão inseridos (ABRIC, 1994).

Com relação à análise de similitude, o resultado é o que se chama de árvore máxima, uma expressão gráfica das relações e da força de atração através do índice de similitude que duas palavras possuem entre si. Ressalta-se que a árvore máxima não comporta a formação de ciclos e nem a possibilidade de dois caminhos para um mesmo termo. Dentre as opções de cálculos disponíveis no

software, optou-se pelo de Jaccard, uma vez que ele indica a proporção de espécies compartilhadas entre duas amostras em relação ao total de espécies, como aponta Dives (2020).

As respostas à pergunta aberta foram tratadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), seguindo as três etapas propostas por esta autora, quais sejam, pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados englobando a inferência e a interpretação. Dentre os diferentes tipos de análise, optou-se pela temática e, a partir daí, separou-se o menor pedaço de escrita que contenha algum conteúdo relativo ao objeto de estudo, denominando-o de Unidade de Registro. Após, estas diferentes unidades foram agrupadas nas Unidades de Significação e o agrupamento destas últimas geraram as categorias e os seus conteúdos homogêneos e aprofundados.

Esta pesquisa foi aprovada em sua dimensão ética pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ), recebendo o CAAE número 31169120.1.0000.5282. Todos os pré-requisitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram adotados no desenvolvimento desta pesquisa, com destaque para a necessidade de concordância do termo de consentimento livre e esclarecido, o respeito à autonomia do participante e a garantia do seu anonimato.

3 APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Com relação à caracterização dos sujeitos, observa-se que 84% são mulheres, o que é coerente com o perfil da enfermagem no que tange ao gênero. Sobre a idade, com uma média e mediana de 43 anos para o conjunto, idade mínima apontada de 25 e máxima de 66, chama a atenção o pessoal mais experiente, com idade igual ou superior a 49 anos. Com relação ao tempo de experiência na enfermagem, ressalta-se a média e mediana de 18 anos, com tempo mínimo de um ano e máximo de 44.

Do total dos participantes, 36% trabalham exclusivamente no ambiente hospitalar, enquanto outros 33% conjugam o trabalho neste ambiente, mas também estão incluídos em outros cenários, como a rede básica, o atendimento pré-hospitalar e *home-care*. Do restante, 10% desenvolve seu trabalho exclusivamente na rede básica de saúde, 8% em atividades docentes e 12% em resgates pré-hospitalares, *home-care* e procedimentos especializados.

O quadro de quatro casas gerado pelo *software*, configurando o que se conhece como análise prototípica, será exposto a seguir, sendo conformado por três palavras candidatas ao núcleo central, duas na zona de contraste, três na primeira periferia e cinco na segunda periferia, em um total de treze léxicos que o compuseram em sua totalidade. Ao mesmo tempo, a análise foi composta por duzentas e vinte e duas palavras, sendo cento e uma diferentes, o que indica determinado grau de heterogeneidade na produção discursiva dos participantes.

Na organização dos dados, destacam-se a frequência mínima adotada, que foi quatro, a média que delimitou o eixo vertical do quadro, que foi oito, e a média das ordens médias que configurou o eixo

horizontal, no valor de 1,99, sendo o mínimo um e o máximo três. A palavra com maior frequência e, portanto, com caráter consensual mais ressaltado foi conhecimento, com vinte participantes que a evocaram (aproximadamente 27%), e a com menor *rang*, cuidado, de 1,4, sendo, deste modo, a que foi mais prontamente evocada entre as que compuseram a análise. Expõe-se, a seguir, o quadro elaborado pelo *software*.

| O.M.E. | <1,99 | | | >=1,99 | | |
|------------|---------------|-------|--------|------------------|-------|--------|
| Freq. Med. | Termo evocado | Freq. | O.M.E. | Termo evocado | Freq. | O.M.E. |
| ≥ 8 | Conhecimento | 20 | 1,8 | Biossegurança | 11 | 2,0 |
| | Medo | 8 | 1,6 | Responsabilidade | 9 | 2,3 |
| | Capacidade | 8 | 1,8 | Insegurança | 8 | 2,4 |
| < 8 | Assistência | 6 | 1,8 | Segurança | 6 | 2,2 |
| | Cuidado | 5 | 1,4 | Inexistente | 6 | 2,2 |
| | | | | Habilidade | 5 | 2,4 |
| | | | | Resolutividade | 4 | 2,5 |
| | | | | Luta | 4 | 2,0 |

Pode-se observar que a reconstrução sociocognitiva da autonomia profissional do enfermeiro em face à pandemia da COVID-19 se organiza ao redor de um binômio, qual seja, conhecimento e biossegurança, que possuem as frequências mais elevadas da análise, comportando-se, portanto, com características mais consensuais. Mesmo a biossegurança que é encontrada na primeira periferia tende a apresentar comportamentos centrais, como aponta Sá (2002).

Destaca-se, ainda, que o léxico biossegurança não está no quadrante relativo ao núcleo central em função de 0,01 de diferença no *rang*, o que significa que, do ponto de vista qualitativo, ao menos nesta análise, ele possui este comportamento no contexto da estrutura representacional. Pode-se considerar, então, que conhecimento, medo, capacidade e biossegurança são os elementos que possuem maiores possibilidades de serem considerados centrais e, assim, de organizar a própria representação, conferindo, a ela, sentido, justificativa, coerência e estabilidade.

No que se chama de zona de contraste, ou seja, na parte em que se considera que seja possível identificar um subgrupo representacional, ressalta-se a presença de outro binômio, agora relacionado à prática de enfermagem, qual seja, assistência-cuidado. Se, por um lado, o possível núcleo central apresenta uma dimensão do conhecimento, outra afetivo-emocional (medo) e, por fim, o processo de preparo profissional para a atuação (capacitação e biossegurança), por outro, estas construções simbólicas e cognitivas se concretizam no cotidiano de enfrentamento da pandemia no processo assistencial e de cuidado.

Chama atenção a presença destes dois léxicos usados pelos profissionais e não padronizados no processo de análise por se compreender que comportam diferenças semânticas e teóricas consideráveis. Em ambos os léxicos, no entanto, há uma construção sociocognitiva relacionada à execução prática do

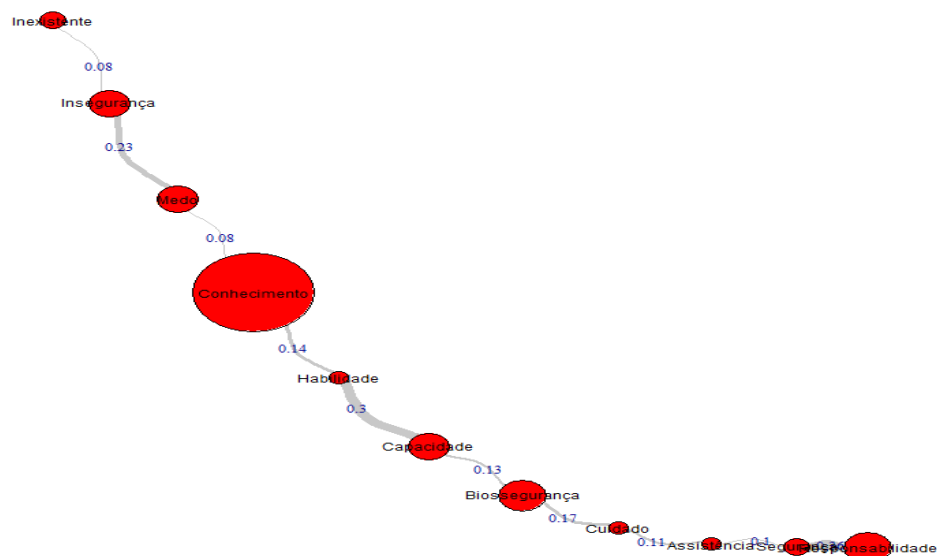
fazer da enfermagem no contexto de uma das situações sanitárias mundiais mais graves dos últimos cem anos.

Na primeira periferia, pode-se observar o desdobramento dos elementos considerados centrais, o conhecimento e a capacidade, como bases de uma atitude profissional diante dos pacientes e do momento específico em que se vive na atualidade, que é a responsabilidade profissional e pessoal. Ao mesmo tempo, observa-se que medo se desdobra na ideia de insegurança diante da situação pandêmica. Uma atitude profissional e uma sensação diante do novo organizam a compreensão da autonomia em sua faceta mais cotidiana e imediata nas vidas dos participantes percebidas, segundo a teoria, na periferia da estrutura da representação.

Na segunda periferia, por sua vez, destacam-se a presença de léxicos, como segurança, inexistente, habilidade, resolutividade e luta, refletindo diferentes dimensões das vivências cotidianas e das práticas adotadas pelos profissionais. Dentre elas, deve-se pontuar a tensão entre segurança (primeira periferia) e insegurança (segunda periferia), explicitando a realidade complexa, multifacetada e até mesmo ambígua dos profissionais.

O conhecimento e a capacitação, ambos os léxicos presentes no possível núcleo central, e a biossegurança, na primeira periferia, se relacionam e se desdobram em habilidade e resolutividade na segunda periferia. Chamam a atenção, ainda, dois léxicos não abordados: o primeiro relacionado à concepção de inexistência da autonomia profissional, enquanto o segundo à luta como forma de sua consolidação e exposição no enfrentamento da pandemia.

A seguir, para se compreender as relações estabelecidas entre as palavras presentes no *corpus* e que compuseram o quadro, apresenta-se a seguir a análise de similitude realizada pelo Iramuteq a partir do cálculo de *Jaccard*.



Esta análise chama a atenção por sua apresentação linear e pelo caráter central que possui a palavra conhecimento na representação social da autonomia profissional do enfermeiro para os próprios enfermeiros no contexto de enfrentamento da pandemia da COVID-19. Pode-se observar que há dois conjuntos de léxicos com sentidos distintos: o primeiro é o que reúne inexistente, insegurança e medo, ligado a conhecimento por este último, e o segundo responsabilidade, segurança, assistência, cuidado, biossegurança, capacidade e habilidade, também ligado a conhecimento pelo último.

Pode-se considerar que, para os participantes, é o conhecimento o elemento provavelmente inegociável na estruturação da representação social da autonomia. Sua ausência ou sua desvalorização consubstancia uma dimensão de fragilidade e vulnerabilidade da autonomia destes profissionais, refletida no medo, na insegurança e, por fim, na explicitação de sua inexistência.

Por outro lado, sua presença e utilização apresentam-se ligadas à habilidade que se desdobra em elementos positivos da autonomia profissional, como aqueles já citados nos parágrafos anteriores. Neste conjunto, chamam a atenção alguns aspectos importantes, quais sejam, a ligação entre segurança e responsabilidade (0.36), a ligação mais forte da análise de similitude, biossegurança e cuidado (0.17), a quarta mais forte e conhecimento e habilidade (0.13), a sexta mais forte.

Ao mesmo tempo, a terceira ligação mais forte localiza-se no bloco composto pelos elementos negativos ligados à autonomia, medo-insegurança, com um índice de 0.23. Deve-se considerar importante o fato de segurança e responsabilidade se ligarem de maneira forte, ao passo que medo e insegurança também. Esta ambiguidade profissional da segurança e insegurança parece se relacionar a uma dimensão atitudinal (responsabilidade) e afetiva (medo) das representações, o que significa apontar que o significado do se sentir seguro na prática profissional alimenta a responsabilidade, enquanto o oposto gera medo diante do cotidiano assistencial da pandemia.

Outro ponto a ser destacado é o modo como a biossegurança liga a si, simultaneamente, capacidade e cuidado, ambas com alto índice de ligação. Considerando que se trata de autonomia no contexto da COVID-19, compreende-se a importância desta questão diante da necessidade de proteção de si mesmo, enquanto profissional, dos demais colegas de trabalho, das pessoas com as quais desenvolvem relações pessoais e dos próprios pacientes. Por fim, como a segunda relação mais forte da análise, ressalta-se habilidade e capacidade, relacionando a autonomia a um saber fazer prático (habilidade) e simbólico (capacidade).

Ao se analisar os textos escritos pelos profissionais, pode-se destacar que foram geradas as seguintes categorias: Definições de autonomia, autonomia profissional como gestão e liderança, os diferentes tipos de conhecimento como bases para a autonomia profissional e a autonomia construída no cotidiano do processo assistencial e de cuidado. Para a apresentação destes resultados, optou-se pela exposição de falas que pudessem representar o conjunto das categorias expostas, de modo a otimizar o espaço disponível.

Com relação às definições de autonomia e a sua concretização na gestão e na liderança da equipe,

bem como sua vivência no seio da equipe multiprofissional, destacam-se a discursividade dos participantes a seguir:

A autonomia é o atendimento qualificado e o papel é a assistência (Part. 41)
 Cuidar do outro como a si mesmo, zelo e respeito ao próximo, disseminar conhecimento e ter autonomia e decisão nos processos (Part. 42)
 Como grande gestor da equipe multiprofissional, tem tido uma maior autonomia. Tem o papel de prestar assistência a pacientes de baixa, média e alta complexidade e promover saúde através de ações gerenciais para ajudar nos controles epidemiológicos da referida pandemia (Part. 54)

A autonomia profissional no contexto da pandemia é definida como a possibilidade do atendimento qualificado, do cuidado ao outro, das atitudes de respeito e zelo, da disseminação do conhecimento, da liberdade de decisão frente aos processos e das ações gerenciais no controle epidemiológico da pandemia. Como na abordagem estrutural, o conhecimento ganha importância na reconstrução sociocognitiva da autonomia para os enfermeiros, já pontuado, mas aprofundado neste momento:

Autonomia pelo conhecimento técnico-científico com o papel próprio de gerenciar o cuidado humano de maneira responsável (Part. 15)
 Com o conhecimento técnico, ter liberdade de prestar assistência à clientela (Part. 63)

Pode-se observar que a autonomia possui base importante na ideia do conhecimento técnico e científico que sustenta dois processos básicos ligados ao papel próprio do enfermeiro, a gerência do cuidado humano e a implementação da assistência direta aos pacientes. Ao mesmo tempo, em meio às disputas narrativas acerca da pandemia e do papel da ciência nela, os enfermeiros destacam o papel de Florence Nightingale, apresentando um cuidado multifacetado entre a ciência, no que ela ilumina deste novo fenômeno, e a realização de um cuidado livre de danos nas questões em que o conhecimento técnico-científico ainda não ofereceu respostas:

As diversas habilidades dos enfermeiros são testadas nesse momento e algumas revividas pelo que Florence passou na guerra. Nesse contexto pandêmico, de muitas incertezas e angústias, o multicuidado precisa ser redobrado, sendo este o cuidado de si, dos outros e principalmente, do paciente. A autonomia então, se elabora a partir da busca pelo ratificado na ciência e promoção do cuidado que cause menos danos ao paciente, se possível. Atenção e percepção aos leves sinais que o cliente expressa e capacidade de resolução dos mesmos. E o papel próprio do enfermeiro seria o cuidado empático (Part. 70)

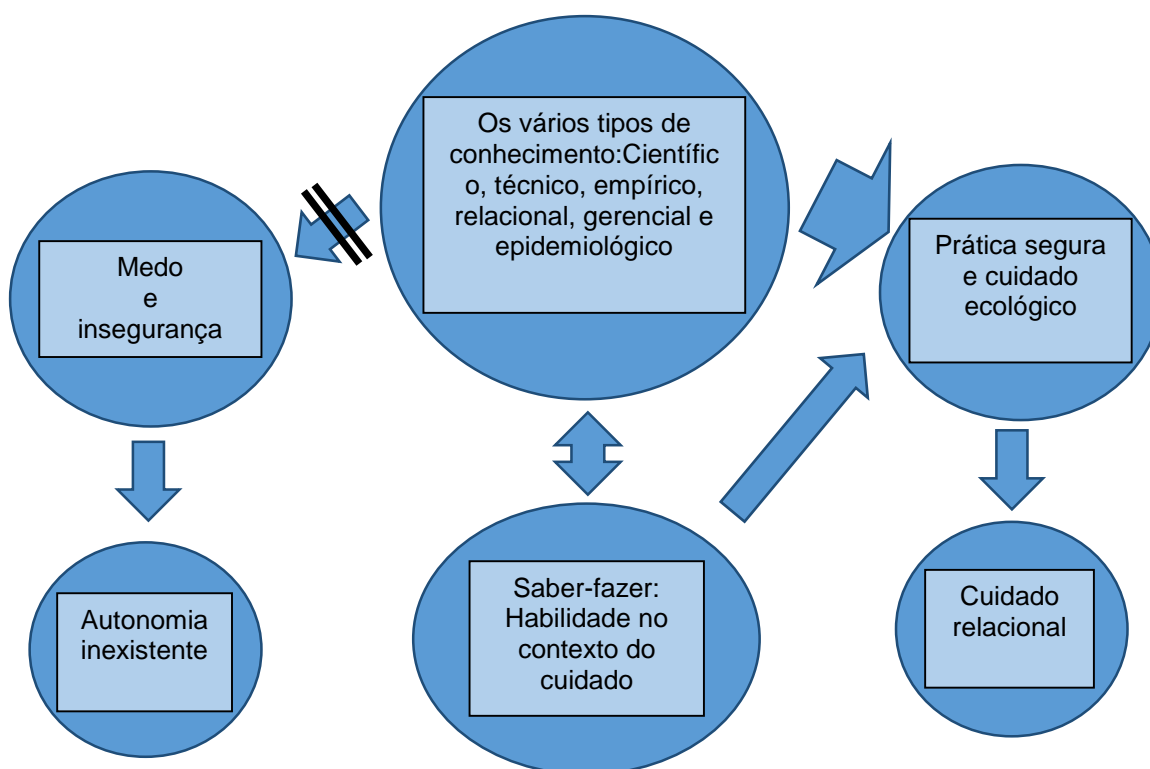
A representação da autonomia no contexto pandêmico, então, retoma a imagem da “enfermagem da guerra”, que enfrenta o inusitado e consegue “combater” o desconhecido de maneira competente e inovadora. Neste cenário de incerteza, ganha importância a imagem de um multicuidado que engloba os próprios enfermeiros, os demais com quem se convive, mesmo sem especificação de quem se trata, e do paciente, o que significa a concepção inclusiva e até mesmo ecológica do cuidado, já que procura englobar os diferentes pontos que fazem parte de sua constituição.

O conhecimento científico e a prática profissional com observação empírica são também as bases

para a construção da autonomia profissional, com avaliação clínica das necessidades dos pacientes e a atuação para o seu atendimento. Ao mesmo tempo, ressalta-se que, para os participantes, um dos papéis próprios destacados foi o chamado cuidado empático, ou seja, aquele que se baseando no conhecimento científico e atendendo às necessidades apresentadas no desenrolar assistencial, se caracteriza por ser relacional.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em face dos resultados expostos anteriormente, propõe-se um modelo teórico explicativo para os dados empíricos, como se segue:



O modelo apresenta a centralidade do conhecimento em suas diferentes modalidades na representação social da autonomia profissional para enfermeiros no contexto da pandemia. Em correlação com o conhecimento mais teórico, há um destaque, ainda que menor, do conhecimento prático, o *know-how*, a habilidade prática e manual desenvolvida e aperfeiçoada pelos profissionais, tanto em sua formação acadêmica, quanto em sua prática cotidiana. Estes dois conhecimentos possuem retroalimentação entre si, deva-se destacar, embora o segundo, como já apontado, possua uma importância menor na conformação da representação.

Diferentes autores (Santos et al., 2017; Gomes e Oliveira, 2004) apontam para a complexa questão da autonomia profissional em enfermagem, em especial em sua relação entre as dimensões do saber e do fazer na construção social da profissão e de sua importância no sistema de saúde e na qualidade de vida da população. Gomes e Oliveira (2004) vão ainda mais longe ao afirmar que há paradoxos na enfermagem enquanto campo de saber e enquanto área aplicada, uma vez que os profissionais são

formados para pensar a enfermagem e o cuidado, enquanto o mercado de trabalho deseja agentes rápidos, competentes, habilidosos e resolutivos.

A representação social da autonomia profissional, então, se configura na tensão entre o saber e o fazer, mas é o saber que determina, para os participantes, o ter ou não ter uma imagem e uma atuação autônoma. Esta é uma interpretação interessante: é o saber profissional, científico e técnico, que permite o exercício autônomo, enquanto o fazer consolida esta autonomia na cotidianidade institucional, mas este não chega a consolidar um símbolo de prática autônoma, *de per se*. É o conhecimento que embasa a prática e é, simultaneamente, a condição autônoma e não o fazer, por melhor que este seja, que configura a representação social da autonomia profissional da enfermagem para estes enfermeiros.

Dizendo de outro modo, uma vez que este aspecto é importante nos resultados deste estudo: é o saber que embasa a prática que se apresenta como a construção representacional da autonomia profissional. Como consequência, a prática autônoma é aquela que corresponde e que reflete o saber da profissão nas diferentes facetas expostas anteriormente.

Por isto, o fluxo do modelo está interrompido em seu lado esquerdo e não há, simultaneamente, relação explícita com o saber fazer, o que culmina na representação de uma autonomia inexistente, perpassando pelo medo e pela insegurança dos profissionais no enfrentamento da pandemia e na implementação do cuidado. Um estudo desenvolvido com acadêmicos de enfermagem (Mota et al., 2018) aponta para a centralidade do conhecimento na organização da representação da autonomia, sendo esta questão transversal a diferentes categorias aprofundadas no referido estudo, ao mesmo tempo em que também ressalta o papel da formação universitária na consolidação ou na fragilização da autonomia e de sua implementação na prática profissional.

O encontro entre os distintos conhecimentos e o saber-fazer, ou seja, a habilidade e a destreza, conformam uma prática segura, alicerçada na biossegurança em face da alta transmissibilidade do vírus e ecológica na medida em que engloba o cuidado de si, dos demais profissionais, das pessoas com as quais se convive e dos pacientes. Pode-se considerar que este binômio segurança-ecologia no cuidado engloba a necessidade de manutenção adequada do ambiente, a adoção de medidas de proteção, o uso de equipamentos adequados, o treinamento e a supervisão dos diferentes grupos profissionais, o descarte adequado dos materiais consumidos e o cuidado necessários aos corpos no *post-mortem*, como bem aponta o Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2020).

Esta complexidade da prática segura e ecológica foi aprofundada por alguns autores em particular, sendo que serão apresentadas duas pesquisas que abarcam a questão. A primeira, refere-se à proposição do “cuidado do nós”, a partir de Baggio e Erdmann (2016; 2010) e se relaciona à responsabilidade coletiva de cada um dos atores sociais envolvidos no cuidado, gerando interdependência, interrelação e dinâmica entre todos, o que significa que instituição, profissionais, pacientes e familiares cuidam um do outro no estabelecimento de um cuidado de qualidade, seguro e com perspectiva de proteção social e comunitária.

As autoras apontam, ainda, que esta proposição teórica do cuidado está atenta aos movimentos das pessoas, dos ambientes e dos fenômenos enfrentados nas unidades de saúde, alterando e, ao mesmo tempo, sendo alteradas no contexto das redes de relações existentes. Ressalta-se que um dos aspectos da representação social da autonomia é o exercício de uma prática segura que pode ser implementada de maneira privilegiada no conjunto desta rede de cuidado em que o “nós” é estabelecido como uma exigência ética e técnica, superando a tradicional ideia de dedicação que expõe os profissionais a perigos evitáveis e a mantém como uma atitude necessária e boa de cuidado diante do sofrimento da doença e da possibilidade de morte.

O segundo estudo (Gomes, 2011) aponta para um eco-cuidado de enfermagem, em especial no contexto da assistência a pessoas que estão ou que vivem com doenças infecto-parasitárias, contagiosas ou multirresistentes. Este eco-cuidado compreende o uso racional e adequado de agentes físicos e químicos e a compreensão da interação entre estes, os agentes biológicos, os diferentes profissionais que compõem o quadro da unidade de saúde, o paciente e seus familiares e os insumos utilizados.

Engloba a proposição de que uma unidade de saúde é um ambiente complexo em permanente troca com o meio externo, inclusive com a constatação de bactérias multirresistentes na comunidade, antes exclusivas do meio hospitalar. Isto se dá como fruto de tecnologias de ponta, aumento da perspectiva de vida da população, da oferta de unidades de alta complexidade e do aumento do número de reinternações constantes para determinados grupos sociais. Chagas (2011), por exemplo, aponta a presença de alguns destes agentes no esgoto de unidades hospitalares, o que requer medidas para o seu enfrentamento.

A presença do conhecimento, as habilidades manuais, a implementação do cuidado do nós, a consciência do eco-cuidado e as práticas seguras são partes da reconstrução sócio-cognitiva da autonomia profissional que possui, no cuidado relacional, sua objetivação. Todas estas questões são elementos que compõem a autonomia profissional, mas, para este grupo, o cuidado relacional se apresenta como uma representação organizada e sistematizada da autonomia do enfermeiro, incluindo os elementos previamente citados.

Este fato ganha ainda mais importância no contexto da pandemia, já que o isolamento social que a sociedade está submetida e a solidão a que os pacientes são obrigados a enfrentar quando se internam para a COVID-19 são questões urgentes para se lidar com vistas a gerar conforto e qualidade de vida no processo de adoecimento e no enfrentamento da morte, se for o caso.

O cuidado relacional representado como a autonomia profissional por enfermeiros frente à COVID-19 traz a complexidade já apontada por outros autores, como Waldow (2015), em que, por um lado, se valoriza e se deseja a ciência que o embasa e, por outro, se reconhece que esta mesma ciência não dá conta completamente de sua complexidade e de sua essência. À ciência, é necessário casar a presença, a sensibilidade, a empatia, a intuição e a dedicação, em suma, seu caráter também existencial e de encontro. Esta autora considera, então, que este caráter relacional é constituído de atitudes,

comportamentos e ações profissionais na concretização do cuidado do, para e com as pessoas cuidadas.

Pode-se considerar que esta representação possui duas facetas importantes que devem ser apontadas neste momento. Primeiro que sua origem deve estar enraizada na história da própria profissão e sua relação com os cuidados da vida e aqueles desenvolvidos no seio religioso, dentre outros que poderiam ser considerados, como bem aponta Collière (2003). O segundo que a prática profissional diante do sofrimento, da limitação, da degeneração orgânica e do processo de morte de outro ser humano requer, como imperativo ético, não somente a competência técnica e o saber científico, mas o espaço de construção de sentido que permite integrar o absurdo da existência em uma rede de significados que diminuem o sofrimento e permitem enfrentá-lo com dignidade e mais serenidade (Gomes, 2011).

Waldow (2015) continua a aprofundar a ideia do cuidado relacional apontando que, neste caso, o profissional e o paciente são os atores sociais envolvidos em sua implementação e que um processo de completude se dá exatamente no outro, em sua ação ou em sua atitude. Ela define relação, no contexto deste cuidado, como o reconhecimento da possibilidade do encontro entre duas pessoas que requer, como consequência, uma resposta afetiva. O cuidado relacional engloba, necessariamente, a tensão entre o fazer pelo outro, quando não há outra opção, o fazer com o outro, estabelecendo um diálogo sobre as necessidades e como supri-las da melhor forma, e, por fim, permitir que o outro faça por si tudo o que for possível, conformando um cuidado de si.

O cuidado de si, que está na base da autonomia da pessoa, se desenvolve no seio do cuidado relacional e, por isto, não se transforma o ser cuidado em objeto. Nesta perspectiva, pelo fato de ser fruto de uma relação humana no contexto de uma instituição e de um ato profissional deve ser atravessado por uma responsabilidade coletiva que cuide do próprio profissional e dos demais, retornando-se à ideia já exposta do cuidado “do nós”, o que completa o cuidado relacional dando-lhe mão dupla e co-responsabilidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as representações sociais da autonomia profissional para enfermeiros no enfrentamento da pandemia da COVID-19 se configuram como um fenômeno complexo que engloba a relação entre teoria e prática, com peso maior no polo do conhecimento em suas diferentes dimensões e manifestações. Esta questão da relação entre teoria e prática é um aspecto importante das representações que a coloca como um recurso pertinente na discussão da autonomia profissional no contexto da enfermagem, de modo que se aprofunde sua reconstrução sociocognitiva e a coerência desta com a adoção de determinadas práticas e o desenvolvimento de habilidades específicas no contexto institucional de cuidado direto aos pacientes.

A abordagem estrutural das representações aponta a possibilidade de centralidade para elementos como conhecimento, medo, capacidade e biossegurança na análise prototípica, enquanto a de similitude

reforça, de maneira principal, a centralidade da palavra conhecimento. Pode-se observar, ainda, nesta última técnica, a presença de um conjunto de elementos negativos (medo, insegurança e inexistente) ligado a conhecimento, e outro positivo também conectado a este léxico, englobando, dentre outras palavras, habilidade, capacidade, biossegurança, segurança, cuidado e responsabilidade.

Por sua vez, a abordagem processual apresentou as definições de autonomia, a dimensão atitudinal, o aspecto relacional e a dimensão prática e de habilidade do cuidado de enfermagem como transversais às categorias denominadas no corpo do artigo. Desta maneira, pode-se compreender melhor os sentidos atribuídos pelos participantes às palavras evocadas e os seus contextos discursivos, aprofundando os aspectos cognitivos, simbólicos, práticos e sociais das representações estudadas.

As representações sociais estudadas se configuram em um aspecto consensual entre os sujeitos relacionado ao conhecimento e ao cuidado relacional, sendo este uma objetivação deste fenômeno representacional. A autonomia da enfermagem centra-se na figura do cuidado, considerada como a essência da própria profissão. Mas trata-se de um cuidado específico, ainda que abrangente, aquele ligado à relação humana e à construção de uma intersubjetividade, englobando a dimensão técnica, ética, deontológica e científica, mas não se exaurindo nelas.

A autonomia profissional, para os participantes, se caracteriza como uma construção complexa, em que se tem uma base imprescindível, o conhecimento em suas diferentes apresentações, ao mesmo tempo em que o saber fazer na prática cotidiana e no atendimento às necessidades dos pacientes se faz presente, mas em menor importância. Há um componente importante e, aparentemente, ligado ao momento pandêmico, que é a segurança, a biossegurança e a ecologia conformando um modo próprio de cuidar.

REFERÊNCIAS

Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et representations*. Paris: Presses Universitaires de France.

Abric, JCA. (2000). Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In Moreira, ASP. (Org.);

Oliveira, DC (Org.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social* (pp.27-38). 2.ed. Goiânia: AB Editora.

Abric, JCA. (2013). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. In Abric, JCA (dir.). *Exclusion sociale, insertion et prevention* (pp. 13-20). Toulouse: Éditions Érès.

Baggio, MA; Erdmann, AL. (2010). Multiple Relationships of Nursing Care: the Emergence of Care "of

the us”. *Rev Latino-Am Enferm.*, 18(5),895-902.

Baggio, MA; Erdman, AL. (2016). Acontecendo o cuidado ‘do nós’ nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar. *Texto Contexto Enferm*, 25(1),e0160014.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. *Resolução 466*, de 12 de dezembro de 2012.

Brasil. (2020). Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. Brasília. Obtido em <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

Camargo, BV; Justo, AM. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.*, 21(2),513-518. Obtido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=isso. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

Chagas, TPG. (2011). *Deteção de bactérias multirresistentes aos antimicrobianos em esgoto hospitalar no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Medicina Tropical, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Colliére, F. (2003). *Cuidar: a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Enns, V.; Currie, S. & Wang, J. (2015). Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing Outlook*, 63(3),269–277.

Geremia, DS; et al. (2020). 200 Years of Florence and the challenges of nursing practices management in the COVID-19 pandemic. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28:e3358. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4576.3358>.

Gomes, AMT; Oliveira, DC. (2005). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2),145-53.

GOMES, AMT. (2011). *A vulnerabilidade como elemento organizador do cuidado de enfermagem no contexto do HIV/Aids: conceitos, processos e representações sociais*. 2011. 414 f. Tese (Concurso para

Professor Titular) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Google. (2020). Google Forms: About. Obtido em <https://www.google.com/forms/about/>

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Milosky, JP; et al. (2020). Representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro no centro cirúrgico. *Rev Cuid.*; 11(1),e849. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.849>

Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.

Mota, DB; et al. (2018). Representações sociais da autonomia do enfermeiro para acadêmicos de enfermagem. *Rev Cuid.*, 9(2):2215-32. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.528>

Oliveira, DC; et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In Moreira, ASP; et al. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 573-603). João Pessoa: UFPB.

Oliveira, D. C. (2011). A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In Almeida, A. M. O.; Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (org). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 585-624). Brasília: Tchnopolitik.

Petry, S; et al. (2019). Autonomia da enfermagem e sua trajetória na construção de uma profissão. *Hist. enferm. Rev. eletrônica* [Internet], 10(1),66-75.

Rodrigues, WC. (2020). Similaridade de Jaccard. DivEs - Diversidade de Espécies v.4.13 (AntSoft Systems On Demand) - Guia do Usuário. Obtido em <http://dives.ebras.bio.br>

Sá, CP. (2002). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Santos, EI; et al. (2017). Autonomia profissional e enfermagem: representações de profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, 38(1),e59033. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.59033>.

Sarkoohijabalbarez, Z., Ghodousi, A., & Davaridolatabadi, E. (2017). The relationship between

professional autonomy and moral distress among nurses working in children's units and pediatric intensive care wards. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2),117–121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.007>

Sousa, YSO; et al. (2020). O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), e3283.

Waldow, VR. (2015) Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm. Imagen Desarr.*, 17(1),13-25. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>

Watkins, C.; Hart, P. L. & Mareno, N. (2016). The effect of preceptor role effectiveness on newly licensed registered nurses' perceived psychological empowerment and professional autonomy. *Nurse Education in Practice*, 17, 36–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.02.003>

Who. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Madrid. Obtido em <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>