

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA, AMBIGUIDADES E DESAFIOS

THE SOCIAL REPRESENTATION OF NURSING CONSULTATION: IMPORTANCE, AMBIGUITY AND CHALLENGES

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: IMPORTANCIA, AMBIGÜEDADES Y DESAFÍOS

Antônio Marcos Tosoli Gomes¹
Denize Cristina de Oliveira²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a representação social da consulta de enfermagem construída por enfermeiros da rede básica de saúde. O referencial teórico-metodológico foi a Teoria das Representações Sociais. Realizou-se entrevista em profundidade com 30 enfermeiros de um município do Rio de Janeiro. Os dados foram analisados pelo software Alceste. Os resultados demonstraram cinco significados para consulta: novo relacionamento enfermeiro-equipe, enfermeiro-clientela, atividade exclusiva, atividade própria ou mercantilização da assistência e a educação em saúde como base da consulta. Conclui-se que a consulta tornou-se uma importante tecnologia ao desenvolvimento profissional e ao enfrentamento dos desafios atuais dos enfermeiros no conjunto das práticas sanitárias.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública; Psicologia Social; Saúde Pública

ABSTRACT

This work has as objectives: to analyze the social representation of the nursing consultation built by public health nurses. The methodological reference was the Theory of Social Representations. Thirty nurses from the public health care system were chosen as subjects, and in depth interviews were held. The data was analyzed by ALCESTE software. The results showed five different meanings to consultations: the new relationships nurse-team, nurse-clientele, exclusive activity, consultation itself and health education as the basis of consultation. It was found that nursing consultation is an important piece of technology in professional development and helps to face up the current challenges in the set of professional work.

Key-words: Public Health Nursing; Social Psychology; Public Health

RESUMEN

El objeto del presente trabajo es describir y analizar la representación social de la consulta de enfermería elaborada por enfermeros de la red básica de salud. El referente teórico-metodológico fue la Teoría de las Representaciones Sociales. Se escogieron 30 enfermeros de la red básica con quienes se realizaron entrevistas con profundidad. Los datos fueron analizados con ayuda del software Alceste. Los resultados demostraron que la consulta está asociada a cinco significados: la nueva relación enfermero-equipe, enfermero-clientela, actividad exclusiva, como actividad propia o "comercialización" de la asistencia y la educación en salud como base de la consulta. Como conclusión, realizamos que la consulta se ha transformado en una tecnología importante para el desarrollo profesional y para enfrentar los desafíos actuales de la profesión.

Palabras clave: enfermería en salud pública; psicología social; salud pública

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Gama Filho.

² Professora Titular de Pesquisa do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Pública/USP.

Endereço para correspondência: Rua dos Artistas, 225/301, Tijuca – RJ/RJ. CEP: 20511-130. E-mail: mtosoli@ugf.br.

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros têm convivido com os dilemas da modernidade e da globalização, entre os quais pode-se citar a tenuidade cada vez maior das idiossincrasias e particularidades das profissões de saúde. Nesse sentido, percebe-se o trabalho multidisciplinar, importante para o cliente e necessário ao desempenho de um trabalho integral por parte da equipe de saúde, ao lado de sobreposições de funções e papéis que, normalmente, não apresentam nem melhoria da qualidade do atendimento à clientela, nem um ambiente de trabalho mais humano, solidário ou saudável.

A especialização constante das profissões, ao lado do excesso de trabalho e escassos recursos humanos, entre outros fatores, possibilitou o surgimento de novas profissões, novas especializações, bem como diferentes atribuições e novos comportamentos dos profissionais ante as necessidades sociais estabelecidas, as demandas da clientela e as exigências das instituições e/ou governos⁽¹⁻²⁾.

A enfermagem, nesse contexto, sente-se desafiada a responder aos novos imperativos mercadológicos, institucionais e sociais, acrescentando à sua prática tradicional, tanto a execução de atividades realizadas de forma independente, quanto a especialização como forma de demonstração de sua evolução técnico-científica e de sua necessidade técnico-social ante as necessidades concretas dos usuários.

Este aspecto, contudo, torna-se nevrálgico para a enfermagem, devido à necessidade de construção de uma evolução científica e tecnológica do campo de conhecimento de enfermagem, que se pautar na humanização do cuidado e no exercício de um saber/fazer solidário, pautado na empatia, em um comportamento integral em seus aspectos profissional e humano, capaz de proporcionar tanto o conforto físico e espiritual, quanto a segurança de que o processo de evolução do adoecer-sarar está sendo assistido com toda a competência tecnológica e todo o conhecimento científico⁽³⁻⁴⁾.

Ao mesmo tempo, o saber/fazer da enfermagem e, mais especificamente, do(a) enfermeiro(a), tem que ser analisado a partir do núcleo essencial da profissão, qual seja, o cuidar. Isso significa dizer que o cuidar é a lente através da qual deve-se olhar a prática profissional, atribuir escala de valores aos saberes/fazer específicos e estabelecer relações com a clientela e com as demais profissões da equipe de saúde. Em função disso se estabelecem, então, as atividades operacionais e instrumentais da prática profissional, conferindo especificidade à ação profissional e, ao mesmo tempo, possibilitando o trabalho multidisciplinar⁽⁵⁾.

Assim, a saúde coletiva e a programação em saúde têm se apresentado como espaços importantes para a atuação independente do enfermeiro, especialmente através da consulta de enfermagem. Cabe ressaltar, ainda, que estes espaços convivem com a dialética constante entre o trabalho individual e independente que se corporifica nas consultas dos distintos profissionais e o trabalho multidisciplinar, pela concretização dos pressupostos da programação em saúde⁽⁶⁾.

Existem, no entanto, formas diferenciadas de abordagem à consulta de enfermagem. Alguns autores⁽⁷⁾, por exemplo, consideram a consulta de enfermagem como uma das atividades exclusivas dos(as) enfermeiros(as), ao passo que outros⁽⁸⁾ se referem à consulta como uma atividade de baixa cobertura, baixa eficácia e impacto questionável. Esse fato parece ser decorrente da realização da consulta a partir dos mesmos princípios tecnológicos da consulta médica, ou seja, um atendimento individual destituído do olhar epidemiológico⁽⁸⁾.

Entende-se como consulta de enfermagem “a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces”^(9:51).

Outros autores⁽¹⁰⁾, por sua vez, destacam a consulta de enfermagem como uma estratégia de resgate dos componentes da prática assistencial do(a) enfermeiro(a) em unidades de saúde e ambulatorios, visando a avaliação do estado de saúde do indivíduo durante o ciclo vital.

Por isso, definiu-se como objeto deste estudo a consulta de enfermagem realizada no contexto da programação em saúde na rede básica de saúde, com o objetivo de analisar a representação social da consulta de enfermagem construída por enfermeiros da rede básica de saúde.

METODOLOGIA

Definiu-se como referencial teórico-metodológico deste trabalho a Teoria das Representações Sociais, desenvolvida no contexto da Psicologia Social⁽¹¹⁻¹⁴⁾. As representações sociais estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social⁽¹⁴⁾. As representações possuem como materiais fundamentais de estudo, as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade⁽¹⁵⁾.

Cabe destacar, também, que as representações sociais podem ser consideradas como “ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real”^(11:50) ou como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”^(12:22).

Tornam-se importantes, não apenas as considerações teóricas acerca das representações sociais, mas sua importância na concepção do real e na forma como influencia a relação do sujeito com as suas experiências reais. Em função disso, determinados autores⁽¹⁶⁾ elaboram o conceito de representação social, como sendo o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com que se confronta e à qual ele atribui um significado específico.

Como sujeitos, foram incluídos no estudo 30 enfermeiros, inseridos na rede básica de saúde de um município do interior do Estado do Rio de Janeiro, que desenvolvem a consulta de enfermagem dentro da programação em saúde implantada no sistema local de saúde. Os

critérios de inclusão estabelecidos foram: lotação profissional nos quadros de saúde pública do município e desempenho de atenção direta à população através da consulta de enfermagem no contexto da programação em saúde.

Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade, que durou, em média, 60 minutos, considerando que os métodos interrogativos, como a entrevista, objetivam recolher uma expressão (icônica ou verbal) dos indivíduos sobre o objeto de representação⁽¹⁶⁾. A entrevista foi realizada com o auxílio de um roteiro estruturado a partir de entrevistas exploratórias, anteriormente realizadas com profissionais distintos dos envolvidos no desenvolvimento do estudo.

A análise de dados foi realizada com o *software* Alceste 4.5 através da análise lexical, que recorre a co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais⁽¹⁷⁾.

Este *software* foi criado na França, em 1979, por Max Reinert para ser utilizado no sistema operacional *windows*. Ele apresenta uma organização possível dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classe, as relações existentes entre as mesmas, as divisões realizadas no material analisado até a formação das classes, as formas radicais e palavras associadas com seus respectivos valores de qui-quadrado, além do contexto semântico de cada classe⁽¹⁸⁾.

O teste de qui-quadrado reveste-se de importância no Alceste à medida que demonstra o grau de associação da palavra à classe. Esse tipo de teste é um dos mais antigos da estatística e um dos mais usados em pesquisa

social, possibilitando testar a significância da associação entre duas variáveis quantitativas⁽¹⁹⁾. Para esse tipo de teste o p valeu $< 0,05$.

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

O texto completo é, então, reformatado e dividido em segmentos de algumas linhas respeitando, se possível, os cortes propostos pela pontuação. Esses segmentos são denominados Unidades de Contextos Elementares (UCE) e correspondem ao material discursivo ou escrito relevante para a formação das classes.

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

RESULTADOS

O resultado da análise tri-croisé pode ser observado na figura 1. Observa-se a divisão do material discursivo analisado em duas classes lexicais. A primeira – classe 1 – contém as unidades de contexto com a expressão consulta de enfermagem e a segunda – classe 2 – não contém a expressão, ou seja, comporta todo o conjunto restante do texto analisado.

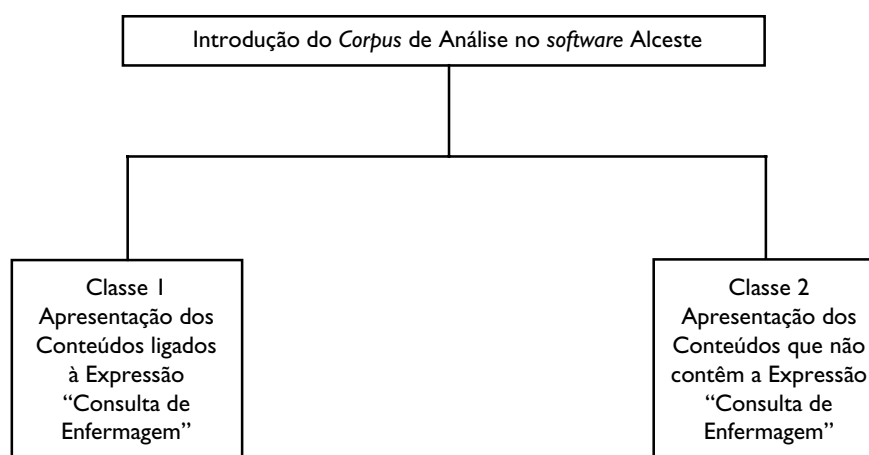


Figura 1 – Dendograma de Divisão do Material da Análise Tri-croisé

A classe 1, referente à consulta de enfermagem representa 6.02% do total do texto analisado, o que significa ser constituída por 189 unidades de contexto elementar (UCE). As palavras estatisticamente mais associadas à classe são: consulta de enfermagem (qui-quadrado = 141.00), consulta médica (qui-quadrado = 64.60), exclusivo (qui-quadrado = 60.93), consulta (qui-quadrado = 56.06) e educação em saúde (qui-quadrado = 47.29). As variáveis associadas à classe foram o sexo feminino e o

tempo de trabalho na rede básica de assistência à saúde acima de dez anos. Foi constituída fundamentalmente pelos sujeitos 1, 6, 9, 10, 14, 15, 17, 19, 25 e 29.

Essa classe pode, ainda, ser mais bem especificada através das UCE expostas na discussão dos dados. A análise das UCE características da classe aponta para a presença de duas dimensões das representações sociais dos sujeitos, quais sejam, o conhecimento e a prática. No que tange à dimensão da prática, destacam-se os seguintes

significados atribuídos à consulta pelos profissionais:⁽¹⁾ a consulta, como nova forma de relacionamento da enfermagem com a equipe de saúde;⁽²⁾ a consulta, como nova forma de relacionamento da enfermagem com a clientela;⁽³⁾ a consulta como atividade exclusiva do enfermeiro; e⁽⁴⁾ a consulta com um aspecto dúbio, entre o papel próprio do enfermeiro e a medicalização da consulta de enfermagem.

Com relação à dimensão da representação do conhecimento, percebe-se, transversalmente às falas dos sujeitos, a educação em saúde como base da consulta de enfermagem. Nesse sentido, os indivíduos tendem a desenvolver o conceito de consulta de enfermagem associado ao processo de educação em saúde.

DISCUSSÃO

Para os sujeitos, a consulta de enfermagem caracteriza uma nova relação enfermeiro-equipe de saúde na medida em que ela se torna atividade exclusiva do(a) enfermeiro(a). Portanto, essa atividade é considerada como organizadora do modelo de assistência prestada, ao menos na rede básica de serviços de saúde. Nesse sentido, a consulta de enfermagem, para os entrevistados, representa uma forma mais igualitária de distribuição de *status* e de poder, na divisão técnica e social do trabalho na área da saúde, como pode ser percebido na fala transcrita a seguir:

“Porque até então [implantação da consulta de enfermagem], eles [os médicos] eram onipotentes”.
(SUJ. 29)

O poder não se estabelece apenas na rigidez do instituído ou do historicamente legitimado, mas apresenta-se de forma sutil na capilaridade das relações diárias⁽¹⁹⁾. Nesse caso, o espaço privilegiado – o consultório – e uma tecnologia adequada – a consulta – estabelecem uma relação de poder do enfermeiro com a equipe de saúde de forma igualitária, uma vez que as decisões terapêuticas do enfermeiro são estabelecidas no interior da independência e da solidão de um espaço/momento que é a consulta de enfermagem, tecnologia esta que também é utilizada por todos os demais integrantes de nível superior da equipe de saúde.

Da mesma forma, a relação com a clientela é redimensionada à medida que esta se defronta com um espaço/momento de encontro com o(a) enfermeiro(a), profissional este que possui o conhecimento ou o poder necessário à satisfação das necessidades e demandas da clientela. A UCE a seguir traduz essa idéia:

“Com essa história do atendimento do enfermeiro, da atenção que o enfermeiro dava na consulta de enfermagem, que é mais orientação, educação em saúde, a população chegou em uma época que não queria mais nem ser consultada por outro profissional”.
(SUJ. 19)

A consulta de enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, por reunir, em si, diversas outras atividades que eram realizadas separadamente, inclusive o processo de enfermagem⁽²¹⁾. Desse modo, o enfermeiro na consulta procura compre-

ender o usuário para além das dimensões fisiológicas ou patológicas, levando em consideração sua subjetividade, seu meio socioeconômico e cultural, a família e a equipe multidisciplinar. Outro autor⁽²²⁾, concordando com o exposto, refere que a enfermagem apresenta duas dimensões do cuidar que não são excludentes, mas complementares no exercício diário da profissão, quais sejam, a dimensão afetiva/expressiva e a dimensão técnica/instrumental. Assim, a capacidade afetiva, emocional e empática encontra também uma forma de expressão nos cuidados necessários no cotidiano das instituições de saúde e que são importantes à promoção da saúde, à prevenção das doenças ou, ainda, ao restabelecimento da saúde dos indivíduos.

Torna-se importante, então, a abordagem crítica na utilização de uma tecnologia, como a consulta de enfermagem, de forma que a assistência do profissional à clientela ultrapasse a centralização da ação profissional na queixa anatomofisiológica, no distúrbio patológico ou no modelo biomédico de atendimento⁽²¹⁾. Com essa compreensão, devem-se evitar comparações da consulta com a ação de outros profissionais ou o estabelecimento de padrões comparativos quanto à eficácia das ações dos diferentes profissionais. Ao mesmo tempo, a consideração da visão holística ou integral do indivíduo por parte dos(as) enfermeiros(as) deve ser vista como própria da profissão e que a epidemiologia é um saber importante para a ação do enfermeiro e perfeitamente adequado à consulta de enfermagem.

Esses aspectos tornam-se importantes na discussão da próxima categoria de análise, qual seja, a consulta de enfermagem representada de forma dúbio, comportando um saber/fazer próprio da enfermagem, bem como a medicalização da assistência de enfermagem. Os sujeitos apresentam essa tensão nas seguintes falas:

“Dentro da consulta de enfermagem, o que considero mais importante é a educação em saúde. Dentro da consulta de enfermagem, o enfermeiro educa o cliente para conseguir um padrão de saúde”. (SUJ. 17)

“Mas o grupo dentro da consulta de enfermagem, onde nem sempre a intervenção é medicamentosa, mas sim em nível de educação em saúde, a prática é mais fácil e igualitária”. (SUJ. 17)

“Ver a qualidade da consulta de enfermagem. O enfermeiro se vinculou tanto à prescrição de programa, que não se faz uma prescrição de enfermagem.”
(SUJ. 15)

Historicamente, a consulta é uma tecnologia de trabalho da equipe médica sendo confundida com o seu próprio processo de trabalho. Esse modelo de consulta se refere, especificamente, ao atendimento individualizado das necessidades do cliente e sua pronta resolução, não tendo impacto na epidemiologia local nem na capacidade de organizar a assistência à saúde a partir de uma abordagem epidemiológica⁽²³⁾.

Assim, a representação de consulta de enfermagem como medicalização da assistência de enfermagem por parte de alguns sujeitos, indica uma apropriação inadequada de ações delegadas definindo-as como próprias,

ou seja, uma inversão de valores e uma sobreposição, ao essencial, daquilo que é instrumental à prática profissional.

A prescrição medicamentosa é uma característica da ação médica e sua realização na prática do enfermeiro se torna possível se definida como ação delegada. Portanto, o uso de medicamentos na assistência de enfermagem não a descaracteriza, desde que se tenha clareza de considerá-lo como ação delegada e instrumental à prática profissional, e não constituinte da essência da profissão ou sinônimo de espaço autônomo de atuação⁽⁵⁾.

Na construção do que é próprio do enfermeiro de forma a consubstanciar uma prática específica expressa pela consulta de enfermagem, diversos aspectos devem ser incluídos além daqueles ligados aos profissionais. Isso inclui os sentimentos humanos, a solidariedade, a empatia, a competência política e ética, a postura crítica, reflexiva e transformadora e o exercício da cidadania e da autonomia^(5; 23).

Dessa maneira, destaca-se que a realização de condutas específicas executadas na consulta de enfermagem baseia-se, fundamentalmente, no relacionamento empático e solidário profissional-clientela, especialmente concretizado na educação em saúde, por uma pedagogia problematizadora e dialógica⁽²⁵⁻²⁶⁾. Essa direcionalidade de atuação manifesta-se como fio condutor das ações de enfermagem, ao pesar e medir as crianças, na coleta dos dados relacionados às ações preventivas, na orientação às mães e aos clientes e até mesmo no uso do arsenal farmacêutico, esse agora dimensionado a seu aspecto instrumental em relação à assistência de enfermagem entre outras atividades.

A outra classe analítica refere-se à educação em saúde, como base da consulta de enfermagem. As UCE abaixo demonstram a importância da educação no cotidiano profissional da enfermagem.

“Dentro da consulta, o que considero mais importante é a educação em saúde”. (SUJ. 17)

“Dentro da consulta de enfermagem e que é exclusivo do enfermeiro, o enfermeiro faz exame físico, prescrições e pedidos de exames, quando é necessário, orientação, educação em saúde, já que isso não é comum o médico fazer e é exclusivo do enfermeiro”. (SUJ. 29)

Alguns sujeitos caracterizam a consulta de enfermagem a partir da relação pedagógica e dialógica enfermeiro-cliente, centrando-se, conseqüentemente, na educação em saúde, na compreensão dos indivíduos para além dos conceitos biomédicos, na família e na comunidade como bases para a ação profissional. Nesse sentido, a educação em saúde se apresenta como um dos aspectos centrais da atuação do enfermeiro dentro da consulta de enfermagem, tornando-se necessário um aprofundamento nas implicações que essa prática tem para o exercício profissional.

Dessa forma, os entrevistados destacam a educação em saúde não somente como um repasse de informações acerca de conceitos e aspectos de saúde, doença ou qualidade de vida. Na fala dos(as) enfermeiros(as)

entrevistados(as), a educação em saúde adquire uma conotação de relação pedagógica com a população assistida, no sentido de torná-la autônoma através do processo ensino-aprendizagem. Contudo, os dados revelam a existência de um poder explícito oriundo do saber profissional que determina e discrimina o que é apropriado ou adequado para o cliente e sua família.

O enfermeiro apresenta-se como um profissional educador na área de promoção da saúde e prevenção das doenças, desenvolvendo, como característica própria, uma relação dialógica até mesmo nos mínimos detalhes da inter-relação pessoal⁽²²⁻²⁶⁾.

Contudo, questiona-se em que medida o imaginário profissional de empatia, afetividade e cumplicidade se concretiza nos estresses da prática profissional, nos conflitos profissionais-clientela e nas dificuldades tanto relacionais quanto institucionais da profissão, uma vez que os(as) enfermeiros(as) também possuem sentimentos e motivações humanas, bem como se insere em quadros mais complexos de poder, subordinação e limitação hierárquica⁽⁵⁾.

Cabe destacar que a afetividade no processo de educação não é incompatível com a competência técnico-científica ou o rigor necessário ao processo de construção do outro⁽²⁶⁾. Desta maneira, o(a), enfermeiro(a) ao exercer a educação em saúde e considerá-la como um fator constituinte de seu núcleo essencial, necessita perceber as relações existentes entre os sentimentos humanos que tornam eficazes o processo dialógico (amor, empatia, cumplicidade, compreensão e generosidade, entre outros) com o conhecimento científico apropriado, o rigor de um posicionamento profissional e a compreensão do direito e da autonomia do usuário em decidir sobre sua vida, sem que isso gere um processo de culpabilização no profissional por escolhas que não sejam adequadas com o parâmetro científico estabelecido.

A educação em saúde necessita ser um diálogo e não um monólogo tecnocrático⁽²⁸⁾. Esse último se concretiza como um processo em que o poder é exercido abertamente através da obscuridade da linguagem científica para o senso comum, a postura profissional distante, especialmente se os profissionais pertencem a classes sociais diferentes, e a normalidade institucional como determinantes da necessidade da clientela. No processo de educação em saúde torna-se necessário informar e conhecer, falar e ouvir e, principalmente, expor-se mutuamente.

Alguns aspectos acerca de um processo educativo dialógico, que possui referência na educação em saúde caracterizada pelos entrevistados, devem ser ressaltados. Ou seja, o processo ensino-aprendizagem é uma experiência total, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética e ética, em que beleza e seriedade andam de mãos dadas⁽²⁶⁾. Ao mesmo tempo, a educação em saúde, como processo ensino-aprendizagem crítico e construtivo, necessita centrar-se não somente no repasse de conteúdos programáticos, oferecendo informações para que a população possa construir seu aprendizado. Outro aspecto importante é considerar o respeito ao outro, no caso desprovido dos conhecimentos científicos necessários à

sua sobrevivência ou sua qualidade de vida, e à sua autonomia de decisão sobre seu corpo e sua vida, um imperativo ético e não um favor realizado através de um comportamento profissional generoso.

Neste sentido, a educação em saúde constitui-se em uma forma de poder que pode contribuir para elevar o nível de saúde da população e fornecer à enfermagem uma identidade específica junto à população. A educação em saúde é um dos itens de atividade que possibilita projeção social à profissão e necessita ser utilizada não somente de forma pontual acerca de um fármaco, mas como complemento à ação de outros profissionais ou como atividade realizada nas salas de esperas dos centros e postos de saúde. Mas sim, ser dimensionada como um dos axiomas que constituem a identidade profissional do enfermeiro na sua relação com a equipe de saúde, com a clientela e com as instituições⁽²⁹⁾.

A educação em saúde possibilita a demonstração concreta de que o enfermeiro compreende o ser humano além dos parâmetros e dimensões biológicas, estabelecendo uma relação dialógica de educação, que inclui os aspectos social, cultural, espiritual, levando em consideração as especificidades do ser humano durante todo o processo ensino-aprendizagem, de forma a subsidiar mudanças de comportamentos e eficácia na prática pedagógica.

Em alguns momentos, contudo, as estratégias educacionais dos profissionais de saúde podem se tornar, na prática, como ações prescritoras de condutas e comportamentos, sem considerar aspectos importantes da realidade dos indivíduos para a eficácia do processo pedagógico na educação em saúde⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, percebe-se que os enfermeiros possuem uma forma de conhecimento construída em comum e compartilhada no cotidiano profissional acerca da consulta de enfermagem. Percebe-se também que esse conhecimento possui um objetivo prático, contribuindo para a construção de uma realidade específica de um determinado conjunto social. Correlaciona-se, então, o conceito de representações sociais⁽¹²⁾ já trabalhado neste artigo e as representações dos profissionais desdobradas em duas de suas dimensões, quais sejam, a dimensão da prática e a dimensão do conhecimento.

Diversos autores⁽³⁰⁻³²⁾ destacam a relação existente entre representações sociais e práticas e as influências mútuas existentes entre ambas. Assim, as representações “estão manifestamente ligadas às comunicações, à pragmática e, portanto, à ação”^(30,39). Nesse contexto, as práticas exercidas pelos profissionais (prescrição de medicação, educação em saúde, solicitação de exames laboratoriais, atendimento direto à clientela, entre outras) influenciam na representação que possuem da consulta, ao mesmo tempo em que a forma como a consulta impregna o imaginário desses profissionais (tecnologia/espço médicos, momento dialógico com a clientela, poder institucional e relacional, além de outros aspectos) delimita e conforma ações e práticas específicas.

Nas representações dos sujeitos, a consulta de enfermagem é permeada e perpassada pelo processo educativo, sendo este o elemento aglutinador e comum na fala de todos os profissionais. Dessa maneira, percebe-se que o conceito e o conhecimento que possuem acerca dessa tecnologia de trabalho estão baseados no processo de educação em saúde. Percebe-se, também, a influência da formação acadêmica nesse aspecto representacional, uma vez que esse fato é repetidamente colocado pelos docentes e pela academia⁽⁹⁾. Como consideram alguns autores⁽¹²⁻¹³⁾, as representações sociais são conteúdos mentais estruturados (consulta de enfermagem, processo educativo, relação enfermeiro-cliente, prática profissional e outros), o que abarca as dimensões cognitiva, avaliativa, afetiva e simbólica, consubstanciadas, dentre outras coisas, em conhecimentos e conceitos (a educação em saúde como base da consulta de enfermagem e sua consideração, ou pelo menos aproximação, como sinônimo ou conceito de consulta).

Ainda, cabe destacar que, na atualidade, a consulta de enfermagem se apresenta e representa um espaço e uma tecnologia constituída e imbuída dos desafios enfrentados pela profissão. Também sofre influência das relações de poder que permeiam a equipe de saúde e das políticas e programas governamentais da área, bem como das exigências atuais com relação ao aumento de qualidade na prestação dos serviços de saúde à população.

Ao mesmo tempo, a consulta de enfermagem possibilita uma atuação independente do enfermeiro junto à clientela, explicitando seu saber/fazer específico e a demanda técnico-social pelo seu exercício profissional. Contudo, a consulta inserida no contexto da programação em saúde, favorece o trabalho multidisciplinar, de forma que o trabalho independente se estabeleça em uma tensão equilibrada e sóbria com o trabalho em conjunto, propiciando autonomia às diferentes profissões e uma abordagem ampla do cliente.

O processo de conquista da autonomia profissional em enfermagem não se encerra na execução e na concretização da consulta, mas importa considerar que essa tecnologia colabora com a evolução da profissão, contribuindo para um contato mais íntimo e independente com a clientela e com uma socialização maior, entre a equipe de saúde, das decisões terapêuticas acerca dos clientes em comum.

Alguns desafios ainda são enfrentados, como o preconceito de outros profissionais, a insuficiência numérica de enfermeiros, enfermeiros não preparados pelas universidades para a execução da consulta e as instituições que ainda não reconhecem os benefícios e vantagens dessa modalidade de atendimento. Contudo, os desafios serão superados pela demonstração, por parte dos enfermeiros, da importância de seu papel específico na equipe de saúde e da necessidade social de seu saber/fazer próprio.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pelo fornecimento de bolsa para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marquis MB, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.
2. Melo C. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1986.
3. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
4. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
5. Gomes AMT. A autonomia profissional da enfermagem em saúde pública: um estudo de representações sociais [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
6. Mendes-Gonçalves RB et al. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1993. p.37-63.
7. Silva EM et al. Prática das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública [on-line]. 2001 Jan-Mar. Citado em: 31/08/2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400033&lng=pt&nrm=iso <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
8. Araújo MJS. A consulta de enfermagem no contexto da prática de enfermagem. Brasília: ABEn; 1991.
9. Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre: RM & L; 1996.
10. Adami NP et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. Acta Paul Enf 1989 mar. 2; 1: 9-13.
11. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
12. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
13. Wagner W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares em representação social. 2ª ed. Goiânia: AB Editora; 2000. p.3-26.
14. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
15. Oliveira DC. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.
16. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares em representação social. Goiânia: AB Editora; 2000. p.27-38.
17. Catão MFFM. Excluídos sociais em espaços de reclusão: as representações sociais na construção do projeto de vida [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2001.
18. Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des dones textuelles et une application: Aurelia de G. de Nerval. Bull Méthodol Sociolog 1990; 26: 24-54.
19. Barbetta PA Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Ed. UFSC; 2001.
20. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
21. Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro TE, Westphalen MEA, organizadoras. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editores; 2001. p.41-76.
22. Silva AL. Cuidado como momento de encontro e troca. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 nov, 2-7; Salvador. Salvador: COREN, 1999.
23. Almeida MCP et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.61-112.
24. Loureiro M, Vaz MRC. Refletindo sobre o "ensinar e aprender" para a autonomia e a transformação da realidade. Texto e Contexto 2000 Ago/Dez 9; 3: 230-48.
25. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1981.
26. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes e fazeres à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
27. Lopes MJM. Quando a voz e a palavra são os atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneira de cuidar, maneira de ensinar - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Arte Médica; 1995.
28. Rodrigues LAJ et al. Interações com os usuários na unidade básica de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.263-80
29. Rodrigues MSP. Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária/UFPel; 1999.
30. Rouquette M-L. Representações e práticas Sociais: alguns elementos teóricos. In: Moreira ASP, Oliveira DC organizadoras. Estudos interdisciplinares em representação social. Goiânia: AB Editora; 2000. p.112-23.
31. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira ASP, Jesuino JC organizadores. Representações sociais – teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB; 2003. p.55-87.
32. Marques SC. Representações sociais da AIDS entre servidores de um hospital universitário: um indicador para implantação de programas de treinamento [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2002.

Recebido em: 16/02/2005

Aprovado em: 08/06/2005