



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Representaciones sociales de enfermería desarrollada por profesionales de salud no enfermeros

Érick Igor dos Santos¹, Yasmin Rayanne Alves¹, Antonio Marcos Tosoli Gomes², Aline Cerqueira Santos Santana da Silva¹, Diego Bonfante Mota¹, Eliza Aguiar de Almeida¹

¹ Universidade Federal Fluminense

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMEN

Objetivo: analizar las representaciones sociales de enfermería para profesionales de salud no enfermeros.

Método: estudio descriptivo, exploratorio, de enfoque cualitativo y delineado por medio de la Teoría de Representaciones Sociales en su enfoque estructural. Participaron 53 profesionales de salud no enfermeros. La técnica de recolección de datos fue de evocaciones libres jerarquizadas, se utiliza el termino inductor "enfermería". Se utilizó para el análisis de datos el software EVOC 2005. **Resultados:** figuran en el núcleo central de la estructura de la representación social de la Enfermería de los términos: cuidado, equipo, responsabilidad y trabajo. **Discusión:** se identificó equilibrio entre dimensiones funcionales, normativa y de imágenes de la representación, que cuenta con la presencia de elementos cognitivos, evaluativos y de imágenes. Hay una actitud favorable de los participantes con respecto al objeto. **Conclusión:** es una representación que todavía se está elaborando, en el que los profesionales utilizan las formas concretas y visibles de expresar la profesión para reconstruir el objeto enfermería.

Descriptor: Enfermería; Enfermeras; Autonomía Profesional.

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha ganado varios espacios de actuación profesional en el ámbito de los servicios públicos y de las instituciones privadas. Se observa la inclusión cada vez mayor del enfermero en programas de salud y su participación siendo considerada fundamental en estrategias de atención a la salud de la población, permitiendo el desarrollo de acciones como la consulta de enfermería y de la implementación de reglas y rutinas en las unidades⁽¹⁾.

En el campo de la salud, la autonomía profesional es un ámbito de discusión metodológica y política que involucra, por el contrario, la tendencia del trabajo multi, inter y transdisciplinar, o sea, la defensa de la prestación de asistencia a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) casi exclusivamente en el equipo y fruto del trabajo colectivo⁽²⁾. Por otro lado, existe la urgencia impuesta en las profesiones de salud en el actual siglo a establecer y divulgar su identidad profesional, poniendo en evidencia sus especificidades, potenciales y límites de acción y de decisión, bajo pena de sufrir graves pérdidas para su eventual inercia⁽²⁾. Aquellos que no tienden a desaparecer en el conjunto total de campos del conocimiento que ya poseen tradición histórica o incluso aquellos que están surgiendo, pero cumplen con eficacia y rapidez a las necesidades sociales actuales⁽³⁾.

Se entiende por expresión de autonomía profesional del enfermero cuando el profesional, dotado de independencia moral e intelectual, tiene la capacidad para gobernar por sus propios medios y toma de decisiones tan libres como sea posible, establecer, en el suelo de los conocimientos técnicos y científicos, su práctica individual o colectiva⁽³⁻⁴⁾.

Se supone que, en el contexto de la convivencia hospitalaria, hay una asignación de

sentido acerca de la enfermería, enfermero y su autonomía profesional por profesionales de la salud, enfermeros y no enfermeros, así como para los pacientes que experimentan la asistencia de enfermería. Se defiende, por lo tanto, que la enfermería es un objeto de representación social junto a los demás, ya sea, para generar un cuerpo de conocimientos, afectividades, actitudes y prácticas relacionados con el enfermero, su identidad profesional, poder de decisión y libertad de acción, así también su autonomía profesional⁽⁴⁾.

De estas consideraciones se definió como una pregunta guía, cuáles son las representaciones sociales de enfermería para profesionales de la salud no enfermeros. Como objetivo, se buscó analizar las representaciones de enfermería bajo la perspectiva de los profesionales de salud no enfermeros.

Este estudio es relevante para reflexiones y discusiones sobre el tema. Podrá, además, contribuir a la comprensión sobre la visibilidad de la enfermería, especialmente del enfermero, su trabajo y sus resultados obtenidos a lo largo del tiempo⁽⁶⁻⁷⁾. El producto obtenido de estas discusiones puede configurarse como un ayudante en el desarrollo de las herramientas didácticas pedagógicas que facilitan el proceso de enseñanza en enfermería que traerá reflexiones sobre el trabajo individual o en equipo.

La investigación de la enfermería de nivel psicosocial es capaz de proporcionar los sustratos para aumentar su visibilidad y causar cambios en la práctica asistencial⁽⁸⁻⁹⁾.

MÉTODO

Este es un estudio descriptivo, exploratorio, de enfoque cualitativo y delineado por medio de la Teoría de Representaciones

Sociales en su enfoque estructural(8,10-11).

La investigación fue realizada en una institución hospitalaria pública municipal de media y alta complejidad ubicada en la Região de los Lagos del estado del Río de Janeiro. La institución tiene maternidad, clínica médica, clínica obstétrica, clínica quirúrgica, pediatría, unidad de terapia intensiva, centro quirúrgico y central de material estéril.

En el momento de recolección de datos, desarrollaban actividades en la institución 136 médicos, 15 fisioterapeutas, nueve nutricionistas, tres psicólogos, un audiólogo, un farmacéutico, siete asistentes sociales, un terapeuta ocupacional, un bioquímico y 47 enfermeros. Fueron incluidas todas las profesiones de salud (excepto enfermería) que contenían más de un profesional, ya que es necesario para un participante que halla la interacción social exigida para efectuar los cambios simbólicos, constituyéndose como una premisa de la elaboración de representaciones sociales⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Como criterios de inclusión:

- a) poseer el título de pregrado en cualquier área de la salud, por lo tanto, ser profesional de nivel superior;
- b) actuar como profesional del área de graduación por al menos seis meses en el escenario en la pregunta;
- c) ser mayor de 18 años, sin límite de edad.

Por otra parte los criterios de exclusión fueron:

- a) presencia de limitaciones cognitivas o de comunicación que dificultasen la recolección de datos;
- b) ser pasante, residente u otro que no tenga empleo en la institución;
- c) ser profesional de enfermería.

La exclusión de los enfermeros es debido a la naturaleza del propósito del estudio, ya que, en teoría, la producción de la discursividad de ellos acerca de su profesión y la prácti-

ca ocurre de manera única por el hecho de que son auténticos representantes de la profesión. Así que se decidió por abordar a los profesionales de salud no enfermeros disponibles en la institución y excluir a los enfermeros, una vez que los últimos disfrutaban de mayor intimidad con la profesión de enfermería y desarrollaron sus estudios a partir de las premisas teóricas de la profesión que contaminaría los datos obtenidos.

La muestra de conveniencia se definió teniendo en cuenta la totalidad de profesionales por el área, la aplicación de los criterios de inclusión y de exclusión, la disponibilidad para participar de la investigación y el número mínimo de participantes necesarios para la recuperación de representaciones en el enfoque estructural de la teoría⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Efectivamente participaron, a través de la encuesta sociodemográfica y de caracterización de los participantes del estudio y de la técnica de evocaciones libres, nueve fisioterapeutas, tres psicólogos, ocho nutricionistas, seis asistentes sociales y 27 médicos, haciendo un total de 53 participantes. Servicio social y psicología fueron consideradas profesiones vinculadas al área de salud y, por eso, incluidas las muestras de la investigación, desde que su práctica profesional en el contexto del escenario del estudio posee carácter tan cerca del enfermero como a los demás. El propósito de su presencia, como los otros profesionales de salud, es abordar las diferentes formas de vulnerabilidad de los pacientes y tratar de solucionarlas o minimizarlas. Actualmente, el servicio social y de psicología trabajan cotidianamente en colaboración con el equipo de enfermería (en general) y más específicamente con el enfermero que proporciona un espacio-tiempo de cambios simbólicos favorables a la elaboración de representaciones⁽⁸⁾.

En cumplimiento de las disposiciones de la resolución N° 466, del 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de salud/Ministerio de salud, señala el cuerpo directrices y normas de investigación con seres humanos, la investigación fue presentada al Comité de ética en investigación con seres humanos (CEPq) de la Universidade Federal Fluminense (UFF) y la Universidad del estado de Rio de Janeiro (UERJ) Puesto que este estudio se configura como un proyecto interinstitucional entre ambas universidades. Obtenida la aprobación prevista en el apartado de opinión 924.334 (UFF) y en el apartado 939.676 (UERJ).

Fueron cosechadas evocaciones libres jerarquizadas con el término inductor "enfermería". Estas evocaciones permitidas en poner de relieve a la estructura de las representaciones sociales elaboradas por los sujetos sobre el objeto⁽¹⁰⁻¹¹⁾. La recolección de datos ocurrió entre marzo y abril del año de 2015.

De la aplicación de la técnica de evocaciones libres, al principio le pidieron a cada participante (n=53) que evocase cinco palabras al término inductor "enfermería" y, luego eso jerarquizase los términos evocados, en orden de importancia para ellos.

El análisis del material recogido era un primer paso para estandarizar los términos evocados que expresaban el mismo significado para que el software empleado pudiera unirlos y calcularlos de la manera más confiable posible. Luego, se intentó capturar el sistema de clasificación utilizado por los sujetos, permitiendo la identificación del propio contenido de la representación; para en una tercera etapa, reordenar este contenido, evidenciando su estructura subyacente. Para ello, fue utilizado el software EVOC 2005 - *Ensemble des programmes permettant l'analyse des evocations*, que calcula e informa la frecuencia simple de ocurrencia de cada palabra evocada,

la media de ocurrencia de cada palabra por orden de evocación, y el promedio del orden medio ponderado del conjunto de los términos evocados (OME)⁽¹¹⁻¹²⁾.

La presentación de los datos se realizó mediante la técnica del cuadro de Cuatro Casas, que considera la frecuencia y el orden medio de las evocaciones producidas. El cuadro de Cuatro Casas es estructurado por medio de cuatro conjuntos de elementos. Aquellos situados en el cuadrante superior izquierdo corresponden a los posibles elementos nucleares de la representación, incluyendo elementos posiblemente más significativos desde la perspectiva de los sujetos del estudio. Los elementos ubicados en el cuadrante inferior izquierdo forman los elementos de la zona de contraste de la representación, que son elementos de baja frecuencia, pero los elementos que tienen bajo orden medio de evocación, es decir, son fácilmente evocados. En el cuadrante superior derecho están los elementos que poseen alta frecuencia, a pesar de ser menos fácilmente evocados. En el cuadrante inferior derecho están los elementos de segunda periferia, menos frecuentes y menos fácilmente evocados, lo que significa que son, probablemente, los elementos más periféricos y alejados de la base de la representación⁽¹¹⁻¹²⁾.

Según el enfoque estructural y la teoría del núcleo central de las representaciones sociales, las cuatro casas se dividen en dos distintos sistemas, una central y otra periférica. El sistema central está formado por el núcleo central; ya la periférica, por los otros tres cuadrantes. En Resumen, el sistema central asigna estabilidad, organización y sentido la representación identificada. Por otro lado, el sistema periférico es flexible, integra la nueva información sobre la estructura de la representación, protege el núcleo, esto no es necesariamente un consenso dentro del gru-

po y los elementos que participan están más orientados a las situaciones concretas.

Es en la premisa teórica del enfoque estructural de la teoría de las representaciones sociales que los términos que se encuentran en el mismo tiempo, los criterios de tener las frecuencias más altas, así como primero siendo evocado (fácilmente evocados) tendrían una mayor importancia en el pensamiento social de los participantes y serían los probables miembros del núcleo central de la representación⁽¹¹⁻¹²⁾.

RESULTADOS

Los participantes son en su mayoría mujeres (75,5%) de 25 a 34 años (41,5%), se profesa la religión católica (45,5%), con compañero (62,3%), con mayor grado de nivel de especialista (81,1%) con ingresos promedio entre \$R y R\$ 6000,00 11000.00 (34%), sin enfermería profesional en familia (62,3%) y divulgando ya habiendo trabajado profesionalmente con las enfermeras en los tres niveles de atención de salud (49.1%); el 69,8% de los participantes han informado que fueron atendidos por enfermeros y 56,5% tenían acceso a la información acerca de enfermería fuera del lugar de trabajo. Cuando se les preguntó si el enfermero poseía la autonomía profesional, el 60,4% respondió sí y el 39,6% dijeron que no.

Así, para el término "enfermería" fueron 265 palabras evocadas, entre las cuales 132 fueron diferentes. El sistema de frecuencia mínima era cuatro. La tasa promediada fue de nueve y el OME fue 3.0. La realización de los cálculos necesarios en software y cuatro casas (cuadro 1) se ha preparado desde los parámetros establecidos anteriormente.

El cuadro 1 presenta una posibilidad de estructura representacional para el objeto de

enfermería en la reconstrucción de diferentes profesionales de salud. El núcleo central probable de esta estructura representacional abarca los términos *atención, equipo, responsabilidad y trabajo*. Se puede decir que este núcleo central presenta un equilibrio entre sus dimensiones funcionales (atención y trabajo), normativa (responsabilidad) e imágenes (equipo).

En el probable núcleo es perceptible una favorable actitud de los sujetos con respecto al objeto. El término *atención*, apuntando a una dimensión cognitiva de la representación, indica cierto sincronismo entre enfermería y el cuidado, en una analogía que bebida de la historicidad de la profesión y la profesión, en distintos momentos, legítimo. Es el de alta frecuencia esta cuenta del término en el marco de cuatro casas, con el resultado de 27. El término *equipo* se refiere a una agrupación de la profesión a su característica para ser desarrollado conjuntamente, al menos en la dinámica del hospital de trabajo. Otra palabra que figura el probable núcleo central es *trabajo*, que señala el desarrollo psicosocial de un sentido propio para la enfermería, en que la ley de trabajo ha desempeñado un papel central en la zona de la probable base.

El elemento de la responsabilidad apunta a una dimensión característica normativa y valorativa de la representación, atribuir el adjetivo de responsables a quienes desarrollan la profesión de enfermería.

La llamada zona de contraste, o la cámara baja a la izquierda, tiene los términos *blanco, dedicación, inyección importante, paciente, profesión y respeto*. La dimensión funcional se desarrolla en este cuadrante en el léxico *paciente*, que es el objetivo de cuidado y el trabajo de la enfermera y su equipo de enfermería. La dimensión de las imágenes se refiere a los *blancos*, palabra de baja OME, por lo tanto el más fácilmente evocados entre los profesio-

Cuadro 1 – Estructura de la representación social de la enfermería para profesionales de salud no enfermeros. Rio das Ostras, 2015.

O.M.E.	• 3			≥ 3		
Frec. Med.	Termino evocado	Frec.	O.M.E.	Termino evocado	Frec.	O.M.E.
≥ 9	Atención	27	2,296			
	Trabajo	13	2,385			
	Responsabilidad	11	2,818			
	Equipo	9	2,111			
• 9	Paciente	7	2,571	Hospital	5	3,000
	Dedicación	6	2,167	Ayuda	4	3,250
	Profesión	5	2,600	Amor	4	3,250
	Respeto	5	2,800	Medicación	4	3,250
	Blanco	4	1,750			
	Importante	4	2,750			
	Inyección	4	2,000			

Fuente: *autoría propia*

nales de la salud en su representación sobre enfermería. Blanco se conecta con el color tradicional usado por profesionales, símbolo de su higiene física, objetos de la asepsia y el hospital en su pureza ante el sufrimiento y la muerte; al mismo tiempo, se conecta a la inyección, aunque constituye como una fuerza de trabajo y un procedimiento de acción período de enfermería, rescata como una de las imágenes más difundidas de las enfermeras en la sociedad, en revistas, novelas, películas y dibujos animados, materiales de publicidad de su propia profesión, hospitales y escuelas vocacionales. Finalmente, el léxico de *profesión* ofrece la imagen de una inserción social e institucional determinada, que es el aspecto profesional de la enfermería.

La dimensión normativa está presente en las palabras de *devoción* y *respeto*, de los elementos que expresan posición favorable, y que se refieren a la forma de la enfermería provenientes de instituciones de salud todos los días correctos y tiene sus raíces en la historia de la profesión y su interface con la religión cristiana y su ascendencia en el cuidado de la mujer de su familia y sus hijos. Al mismo tiempo, esta dimensión normativa se refiere a la actitud humana ante el sufrimiento, el proceso de enfermedad y muerte de otro ser humano, en el cual se recomienda a la empatía, que se centra en el respeto y la dedicación en el mantenimiento y cuidado de un bien mayor que puede tener vida.

El término *importante* se refiere a una dimensión positiva actitudinal de la profesión

por los participantes del estudio, cuyo posicionamiento favorable ha demostrado ya para ser evidente en el probable núcleo central.

La evocación *paciente* refuerza el sentido asignado a la enfermería para los participantes del estudio, es el propósito de la obra.

Los términos *profesión* e *inyección*, fuertemente imagéticos, destacan el carácter laboral de enfermería, que en el pasado ya ha sido ejercido por laicos y religiosos sin preparación académica. El término *inyección*, a su vez, refuerza la integración de la enfermería a un instrumento de su hacer, lo que indica su uso sobre procedimientos y prácticas, cómo aplicar las inyecciones, por ejemplo.

La primera periferia está vacía, lo que puede ser el resultado de un bajo número de sujetos y genera palabras baja dispersión y alta frecuencia.

La segunda periferia de estructura representacional abarca los términos *ayuda*, *amor*, *hospital* y *medicamentos*.

Ayuda y *amor* evidencian dimensión normativa y un carácter afectivo de la representación en enfermería. Puedes ver la permanencia de las ideas de abnegación y afectivas apoyar el siguiente en su convalecencia, históricamente se asentaron en los orígenes religiosos de la enfermería.

Los términos *hospital* y *medicamentos*, elementos imagéticos de mayor concreción de la segunda periferia, se refieren a uno de los *lócus* de trabajo de enfermería y uno de sus procedimientos más comunes, que es la administración de medicamentos.

DISCUSIÓN

Basado en pilares éticos y filosóficos de la profesión (basado en el amor y abnegación, por ejemplo), no es inusual, entre enferme-

ros, la realización de formas de atención no oficial, que busca superar las limitaciones impuestas por factores sociales, institucionales o económicas. Esta manera, si lo requiere la demanda del paciente, estos profesionales pueden realizar ellos mismos en la tarea de resolver los dilemas derivados de la ausencia u omisión de autoridades públicas, aunque la legislación en enfermería para ser precisos acerca de los contornos de las tareas de la enfermera. Así que, en última instancia resolver los problemas identificados o no, estas formas de atención son invisibles a los ojos de la sociedad y de los otros miembros del equipo de salud, la construcción de una imagen social de resolución.

Las bases históricas de la enfermería tienen el cuidado maternal o familiar como una forma de mantener la vida. Tienes un link, también, con temas religiosos que niegan el relación de cuerpo y espíritu, favoreciendo el espíritu y su consagración en detrimento del cuerpo, dominio físico y sensible a las vicisitudes de la planta^(7,10,12).

La profesión, en su historicidad, utilizaron conocimientos del sentido común para establecerse, pero esta característica se ha minimizado por la continua búsqueda de la mejora teórica y técnico-científicas, encarnada sobre todo por el desarrollo y aplicación de las teorías, que representan un rasgo importante de la zona sí mismo de la enfermería⁽¹⁾.

La aparición de las teorías dio un rostro a la profesión intelectual. Sin embargo, su aplicación o el desarrollo de nuevas teorías necesitan considerar el contexto de mercado y el perfil actual de los profesionales que componen la urgente necesidad de visibilidad y las contradicciones del proceso de trabajo en salud.

Los procedimientos de enfermería, antes considerados simples, como cambios de decú-

bito, higiene oral, higiene corporal, cuidados con heridas y administración de medicamentos, hoy son evaluados como fundamentales para el paciente, interfiriendo directamente en su recuperación. Si la atención es indebidamente realizada, aumentan el periodo de internación y el riesgo de adquirir infección hospitalaria y otras complicaciones, y se agregan a esas afecciones del perjuicio financiero y los daños al propio equipo de enfermería. , tales procedimientos vienen ganando visibilidad tanto para gestores de instituciones públicas y privadas, resaltando la importancia del enfermero en la atención al paciente⁽¹⁵⁾.

La atención no se limita a realizar las actividades técnicas, pero si implica al paciente como un todo, con sus historias, sentimientos y expectativas. Se debe rescatar la importancia de los aspectos emocionales, psicológicos y físicos y mejorar al paciente en todas sus dimensiones⁽¹⁴⁾. Cuidado de la salud también puede ser entendido como un acto singular para el bienestar de los seres involucrados⁽¹⁵⁾.

La práctica profesional de la enfermera se distingue de la de los otros miembros del personal de enfermería en términos de apoyo teórico-filosófico en el proceso de atención, docencia e investigación. Además, la legislación garantiza que el cuidado de enfermería es responsabilidad de la enfermera y debe ser ejecutado directamente por él o bajo su área de supervisión⁽¹⁶⁾.

Los estudios indican que el número insuficiente de profesionales de enfermería afecta negativamente a la atención prestada a los pacientes, proporcionando mayores posibilidades de ocurrencia de errores adversos, incluyendo errores en el proceso de la terapia de drogas⁽¹⁵⁾.

Las enfermeras, en el contexto de sus responsabilidades, presentan compromiso de saber y hacer en su vida diaria. La responsa-

bilidad está relacionada con el conocimiento adecuado de los profesionales a lo largo de la vida, de trabajo, o la forma de su desempeño profesional revisar analíticamente las transformaciones en el mundo de la ciencia, así como un producto del proceso de interacción y la comunicación⁽¹⁷⁾. En este sentido, es el personal de enfermería información actualizada sobre sus actividades, problemas con el individuo, familia y medio ambiente⁽¹⁸⁾.

La diversificación de áreas de especialidad en enfermería amplía las oportunidades de empleo, puede ser una de las principales motivaciones para hacer los cursos tener una alta demanda. A pesar de ello, instituciones de educación superior tienen que preocuparse de fomentar un enfoque más amplio del proceso salud-enfermedad-atención que prioriza la seguridad y la calidad de la atención en las actividades bajo la responsabilidad del enfermero.

Por lo tanto, algunos de los desafíos a la formación de nuevos enfermeros son enseñanza práctica reflexiva, la mejora de la Praxis, la inseparabilidad entre teoría y práctica de enfermería, la tarea de conducir a establecer permanentemente el diálogo, la ambigüedad entre tecnología y humanidad presente en la atención de enfermería de enfermería guía del eje de la profesión de enfermería , es decir, su esencia y, no menos importante, el camino político hacia la consolidación de la autonomía profesional⁽¹⁹⁾.

Teniendo en cuenta lo anterior, te enseñan cómo ser enfermera no debería ser inmune a las necesidades del mercado. A menudo el mercado de trabajo y la educación universitaria se difieren entre sí en las esperanzas que ponen sobre los hombros de enfermeras recién graduadas. Esto es porque si la Academia busca profesionales reflexivos y con fuerte capacidad de ejercer su ciudadanía,

no rara vez el interés del mercado de trabajo es en individuos con notable destreza manual, velocidad y precisión en la realización de las tareas asignadas ⁽²⁰⁾.

En la estructura de la representación se identificó la escasez de las dimensiones afectivas y práctica, que significa la representación, aunque ya ha definido los contornos, definitivamente aún no establecido y es probable que incluya nuevos elementos según el contexto en el que el sujeto. Es posible, por lo tanto, que en el caso de una representación no autónoma, porque se puede conectar a otros objetos de representación afín. En paralelo, es abundante la presencia de elementos que se refieren a la dimensión de las imágenes de la representación.

Se nota la posibilidad de que, preparando un posicionamiento propio en enfermería, temas recurran a formas concretas y visibles de la expresión de la profesión, tales como *inyección, medicación, blanco y hospital*, para reconstruir el objeto de enfermería a través de imágenes que tienen significado en el objeto de la representación. El resultado de la (re) construcción del objeto es el desarrollo de un nuevo conocimiento de la observación y los intercambios simbólicos.

CONCLUSIÓN

Se concluye haber una actitud positiva de los profesionales de salud con respecto a la enfermería. El probable núcleo central de su representacional social sobre el área presenta cierto equilibrio entre sus dimensiones normativas, funcionales e imagéticas. Es importante tener en cuenta que enfermería es un objeto de representación social del grupo, incluso si todavía está en desarrollo. Esto es debido a aspectos esenciales han sido identificadas

a una representación, es decir, la dimensión de las imágenes (o campo representacional), la presencia de conocimiento sobre el objeto (dimensión cognitiva) y el posicionamiento del grupo (actitudinal).

El trabajo en la salud ha adoptado múltiples arreglos en siglos recientes y centralidad de la compensación de la figura de un solo profesional para compartir conocimiento y rescate disposiciones entre todos los involucrados en la acción de reloj/cuidado/cumplir. Así que para que usted pueda lograr una mayor visibilidad entre los distintos miembros del equipo de salud y hacia la sociedad en General, es la responsabilidad de la profesión de enfermería para definir sus propias características, establecer lo que es nuclear y demostrar los resultados que logra.

El hecho de ser profesionales, sobre todo jóvenes, pudo haber sido una variable importante en el origen de contenido representacional. Esta característica de los participantes del estudio, ha añadido a la inmadurez establecida de representación, significa que los participantes del estudio aún saben poco acerca de su autonomía profesional, la enfermera y el oficio y están en búsqueda de comprenderla.

Este estudio, a pesar de su objetivo cumplido, hatiene limitaciones proporcionadas para su realización en sólo un contexto único, con bajo número de participantes y la presencia de cierto grado de normatividad social, es decir, que los datos se recolectaron en un contexto que podría haber influido. Esto apunta a la posibilidad de que otros instrumentos metodológicos, aplicados en nuevas investigaciones, pueden ser más acertados en el machacamiento del objeto propuesto.

Desde el conocimiento de las representaciones establecidas por los grupos sociales involucrados en la atención de enfermería, será posible replantear el modelo tecnológico

de trabalho (educação y trabajo) establecer nuevas bases para la educación superior en el proceso de cuidar en enfermería, de los requisitos negociados entre los participantes y las instituciones de salud, con el fin de obtener un mayor grado de visibilidad social positiva para el campo.

REFERENCIAS

- 1- Santos ÉI, Alves YR, Gomes AMT, Ramos RS, Silva ACSS, Santo CCE. Representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro para profissionais de saúde não enfermeiros. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(4):481-7.
- 2- Guevara B, Zambrano GA, Evies A. Worldview in self-care and care of the other. *Enferm Global*. 2011;10(21):1-7.
- 3- Honorato EJS. A interface entre saúde pública e cibercultura. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(2):481-5.
- 4- Santo CCE, Gomes AMT, Oliveira DC, Santos ÉI. Por um caminho de compreensão da construção da enfermagem: uma revisão integrativa da autonomia profissional. *R pesq cuid fundam online*. 2011; 2(Ed. Supl.):767-70.
- 5- Stein-Backes D, Stein-Backes M, Erdmann AL, Büscher A, Salazar-Maya A. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. *Aquichán*. 2015; 14(4):560-70.
- 6- Moreno IM, Siles J. Pensamiento crítico em enfermeira: de la racionalidade técnica à la práctica reflexiva. *Aquichán*. 2014; 14(4):594-604
- 7- Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FS. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *R enferm UFSM*. 2011; 1(1):88-96.
- 8- Martinez EA, Souza SR, Tocantins FR. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e em enfermagem. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(1):101-7.
- 9- Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Fernandes GFM, Mancia JR, Silveira JT. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(3):102-9.
- 10- Santos ÉI, Gomes AMT, Oliveira DC. Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2):408-16.
- 11- Lopes BC, Vargas MAO, Azeredo NSG, Behenck A. Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(1):16-21
- 12- Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 174-9.
- 13- Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):124-7.
- 14- Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a Legitimidade da autonomia da enfermagem no campos das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 abr - jun; 17 (2):369 – 374
- 15- Lyckhage ED, Pennbrant S. Work-integrated learning – a didactic tool to develop praxis in nurse education. *Advances in Nursing Science*. 2014; 37(1):61-9.
- 16- Bayer GLA. Enfermería y el respeto à la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido. *Av Enferm*. 2013; 31(1):126-32.
- 17- Zhu J, Rodgers S, Melia KM. The impact of safety and quality of health care on Chinese nursing career decision-making. *J Nurs Manage*. 2014; 22(4):423-32.
- 18- Kayser JW, Cossette S, Alderson M. Autonomy-supportive intervention: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2013; 70(6):1254-66.
- 19- Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nurs Outlook*. 2015; 63(3):269-77.
- 20- Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Bernardes MMR. Challenges and confrontations in care by nurses: a study of social representations. *Online braz j nurs [internet]*

2014 Jun [cited jul 31 2015]; 13 (2): 207-18.
Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4365>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido:20/08/2015
Revisado: 28/04/2016
Aprobado: 28/04/2016