

# Autonomia profissional como centralidade em Boas Práticas de Enfermagem

*Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing*  
*Autonomía Profesional como centralidad en Buenas Prácticas de Enfermería*

**Maria Angélica de Almeida Peres<sup>1</sup>**

ORCID:0000-0002-6430-3540

**Lygia Paim<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6203-8704

**Marcos Antonio Gomes Brandão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8368-8343

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

## Como citar este artigo:

Peres MAA, Paim L, Brandão MAG. Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180373. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>

## Autor Correspondente:

Maria Angélica de Almeida Peres  
E-mail: [angelica.ufrj@uol.com.br](mailto:angelica.ufrj@uol.com.br)



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Maria Saraiva

**Submissão:** 29-05-2018    **Aprovação:** 29-07-2018

## RESUMO

**Objetivos:** refletir sobre a autonomia profissional, do usuário e da família como centralidade em Boas Práticas de Enfermagem no Brasil. **Métodos:** estudo teórico-reflexivo. **Resultados:** a partir de um olhar retrospectivo à criação e evolução da autonomia na Enfermagem em seus saberes e práticas assistenciais, expõe o uso da autonomia no cuidado de enfermagem e o fomento à participação do usuário e sua família como o centro de Boas Práticas de Enfermagem. **Considerações finais:** o texto sugere o compromisso institucional dos serviços de saúde com a educação formal pós-graduada dos enfermeiros e a prospecção de mais autonomia e mais qualidade para a expressão de Boas Práticas de Enfermagem.

**Descritores:** Enfermagem; Autonomia Profissional; Prática Profissional; Cuidados de Enfermagem; História da Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objectives:** to reflect on professional, user and family autonomy as a centrality in Best Practices in nursing in Brazil. **Methods:** this is a theoretical-reflective study. **Results:** from a retrospective look at the creation and evolution of nursing autonomy in its knowledge and care practices, it exposes the use of autonomy in nursing care and foster the participation of the user and his family as the center of Best Practices in nursing. **Final considerations:** the text suggests the institutional commitment of health services to the formal postgraduate education of nurses and the prospect of more autonomy and quality for the expression of Best Practices in nursing.

**Descriptors:** Nursing; Professional Autonomy; Professional Practice; Nursing Care; History of Nursing.

## RESUMEN

**Objetivos:** reflexionar sobre la autonomía profesional, del usuario y de la familia como centralidad en Buenas Prácticas de Enfermería en Brasil. **Métodos:** estudio teórico-reflexivo. **Resultados:** a partir de una mirada retrospectiva a la creación y evolución de la autonomía en la enfermería en sus saberes y prácticas asistenciales, expone el uso de la autonomía en el cuidado de enfermería y el fomento a la participación del usuario y su familia como el centro de Buenas Prácticas de Enfermería. **Consideraciones finales:** el texto sugiere el compromiso institucional de los servicios de salud con la educación formal postgraduada de los enfermeros y la prospección de más autonomía y más calidad para la expresión de Buenas Prácticas de Enfermería.

**Descritores:** Enfermería; Autonomía Profesional; Práctica Profesional; Cuidados de Enfermería; Historia de la Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O interesse entre profissionais de enfermagem para refletir sobre boas práticas profissionais requer atitude contínua na busca por maior qualidade em padrões assistenciais que dependem de vários elementos que agem no campo da Saúde como facilitadores ou dificultadores desses padrões. Diante do compromisso profissional de manter os princípios bioéticos no cuidado aos usuários de serviços de saúde, a Boa Prática Profissional de Enfermagem se define a cada contexto a que se refere.

A fim de refletir sobre a autonomia profissional e autonomia do usuário e família como centralidade em Boas Práticas de Enfermagem no Brasil, uma concepção se dá ao revisitar na literatura de enfermagem o uso do conceito de autonomia.

De um modo simplificado, a ideia de autonomia tem relação com o respeitar o interesse de cada pessoa em viver sua vida de acordo com sua concepção do que é bom, tendo relevância na literatura biomédica e de enfermagem, em função dos próprios propósitos profissionais. Trata-se, portanto, da habilidade de uma pessoa que envolve o autogoverno, a autodeterminação e o atendimento de suas próprias regras<sup>(1)</sup>. Ainda que seja um conceito fácil de entender, sua aplicação prática traz complicadores multidimensionais, dos quais o presente artigo inicia por refletir na perspectiva da historicidade da autonomia profissional da Enfermagem.

## OBJETIVO

Refletir sobre a autonomia profissional, do usuário e da família como centralidade em Boas Práticas de Enfermagem no Brasil.

## RESULTADOS

### Primórdios da autonomia profissional e desenvolvimento do cuidado de enfermagem

Nesse passeio histórico, seria impossível não se defrontar com a obra de criação profissional de Florence Nightingale, no século XIX. A partir daí, refletimos que a autonomia foi um conceito e prática amplamente enfática quanto ao intuito revolucionário de construir a profissão de enfermagem.

Tornar esta profissão o mais plena possível na formação pensada por Nightingale, quanto aos estudos e às práticas concretas sempre voltadas ao desenvolvimento de ações de cuidado de enfermagem às pessoas, focadas em suas situações de atenção à saúde, tiveram seu ensaio com a situação dos soldados na Guerra da Crimeia. Assim, Nightingale dedicou-se àquelas ações voltadas à sistematização observacional e qualificação social da profissão de enfermagem, cuja finalidade, historicamente, veio a se constituir segundo os fundamentos científicos para um saber cuidar de pessoas em situações de desequilíbrio de saúde<sup>(2)</sup>.

Considerando o quadro histórico vigente à época, vivia-se o tempo do alvorecer da Renascença, ou seja, tempos primordiais das Artes e das Ciências neste despontar da Enfermagem. As anotações de Nightingale, aquelas que compuseram seu ilustre relatório, estão distinguidas em seus textos literários, com abordagem de características artísticas e científicas, dando lugar (ousamos dizer) a nuance da escrita "renascentista" à sua obra, além da atitude

precursora nightingaleana de ter vivido contrastes em cenários de sofrimento de soldados, sob sua organização, para o cuidado de enfermagem profissional<sup>(3)</sup>.

Ademais, tenha-se em conta a intrepidez de uma mulher de família distintivamente nobre, especializada em Letras, Ciências Epidemiológicas e Artes, escolher tornar-se a construtora de uma profissão "arte-ciência" no meandro de um tempo de características ainda escravistas da mulher. Contudo, é necessário reconhecer uma luta rigorosamente centrada no pioneirismo da mulher nightingaleana, assim revelado, até mesmo na intencionalidade de busca por determinada autonomia profissional da Enfermagem.

Esta reflexão cabe aqui pela temporalidade da Enfermagem como profissão, criada em pleno alvorecer da Renascença, na Europa, o que conflitava até mesmo pela desconsideração à dignidade das mulheres, até então praticantes domésticas do exercício do cuidar de doentes. O marco da autonomia profissional situou a Enfermagem nightingaleana nos princípios éticos do cuidado, de modo indissociável às boas práticas exercidas por profissionais. Uma profissão nascida com a marca do pioneirismo desenhado por Nightingale, em arte e ciência, significa que, certamente, esta se assentava no conceito de autonomia profissional, tal como eram propostos atos deliberadamente movidos pelo intelectual conceito de cuidar de vidas - "a mais bela das Belas Artes"<sup>(3)</sup>.

Com Nightingale, a nascente Enfermagem surge, proporcionando para a sua fundadora, e posteriormente para outras mulheres, uma possibilidade de exercício de autonomia individual, permitindo que, sob certos aspectos, fossem capazes de dirigir a si mesmas em seus interesses de colaborar com uma ocupação na qual tomariam decisões baseadas na razão e com alguma liberdade de fatores externos. Obviamente que as forças sociais limitavam e ainda limitam a capacidade da autonomia individual. No campo da Enfermagem, os limites eram impostos nas relações com outras profissões, com instituições e com os próprios pacientes.

Como já é conhecido, o legado profissional da Enfermagem nightingaleana foi trazido ao Brasil, vindo a convite do Governo, por intermédio do médico sanitário, pesquisador e professor Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o que, neste caso, refere a Enfermagem pensada como uma ciência<sup>(4-5)</sup>.

Em intercâmbios nos Estados Unidos e com o apoio da Fundação Rockefeller, enfermeiras norte-americanas vieram em missão dirigida por Ethel Parsons, implantando no Brasil a Enfermagem já na condição de profissão com autonomia. Tais enfermeiras se destinaram a criar a desejada formação da Enfermagem brasileira para funcionar inicialmente a nível nacional no DNSP, aos moldes do modelo de seu país. Assim, foi referenciado o curso de enfermagem a ser implantado no Brasil, ainda nos anos 1920, época das doenças tropicais, e estando a pobreza com alta incidência no Rio de Janeiro, capital do País<sup>(5-6)</sup>.

Na atualidade, depois de evoluções advindas do decurso de 95 anos de existência, a Escola de Enfermagem que, desde 1937, foi integrada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, com o nome de Escola de Enfermagem Anna Nery, abre-se em possibilidade de leitura de que essa autonomia profissional já se instalava como forte influência ao que se pode chamar de um preâmbulo às "Boas Práticas de Enfermagem". Essa afirmação se fundamenta também na legislação que, de 1931 a 1949, difundiu

o padrão “ananéri” como qualidade desejável às demais escolas de enfermagem, como referência às boas práticas de formação, portanto, de atuação profissional.

### **Mais qualificação no ensino de enfermagem e autonomia ampliada**

Teoricamente, a difusão de um padrão de ensino significou que todas as escolas de enfermagem equiparadas guardariam certa similaridade quanto à autonomia profissional, pensada desde a criação da profissão de enfermagem na Inglaterra e desenvolvida por mais de meio século nos Estados Unidos. Pode ser dito ainda que o conjunto brasileiro das escolas de enfermagem, até 1949, defendia as boas práticas de cuidado com base nessa autonomia.

Neste caso, a padronização curricular influenciou a Enfermagem na continuidade da exibição das boas práticas de cuidado na assistência à saúde, impactando na situação epidemiológica de saúde no Brasil, e construiu um novo olhar da sociedade para a enfermeira em sua profissão. Entretanto, os padrões requeridos são dinâmicos e se estruturam quantitativa e qualitativamente no tempo e espaço do ensino de enfermagem, derivado de condições evolutivas, também diversas. A noção de currículo mínimo de enfermagem veio marcar outra condição de diversidade qualitativa no que diz respeito à intencionalidade de um nível elevado de conhecimento, com aproximação teórica do que se requer como boas práticas de cuidado de enfermagem<sup>(5)</sup>.

As teorias de enfermagem, desenvolvidas a partir da década de 1950, nos Estados Unidos, foram lidas e discutidas no Brasil, na segunda metade dos anos 1960, possibilitando uma atitude mais livre para ações de enfermagem, por darem garantia de referência científica sustentável para as suas práticas de intervenção. Uma nova concepção sobre a prática do cuidado levou à transição do fazer para o “pensar o fazer”, permitindo o surgimento de ações de estímulo à participação das pessoas no seu cuidado embasado em teorias e o acesso de enfermeiros às pós-graduações, inicialmente em cursos *lato sensu*, enquanto estava sendo organizada a oferta do nível *stricto sensu*, no país<sup>(7)</sup>. Uma sensível resposta desses cursos foi o aumento das publicações científicas de artigos e livros no Brasil, como esperado.

Um dos benefícios mais visíveis às profissões de nível superior no Brasil foi a oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, a partir da década de 1970 (mestrado) e 1980 (doutorado), o que vem sendo intensamente utilizado pela Enfermagem, ainda que ocupando lugar principalmente reservado às instituições de ensino<sup>(7)</sup>.

Embora os estudos e pesquisas de enfermagem com produção tecnológica avançassem exponencialmente com os resultados de cursos de pós-graduação, nem sempre os serviços de saúde puderam absorver para o seu uso, o conhecimento deles derivado. Também, a infraestrutura da maioria dos serviços de saúde teve dificuldade para sustentar o impacto trazido com a mudança qualificada do novo trabalhador de enfermagem procedente desses cursos, o que não permitia o avanço da autonomia profissional em correspondência aos novos saberes adquiridos.

Assim, se estabeleceram dois fatores de vulnerabilidade à autonomia profissional. O primeiro é a desolação de um retorno ao cenário de cuidado sem práticas operacionais correspondentes, pelo não incentivo à implementação de novas práticas

teorizadas; outro, o desestímulo de não haver planos de carreira correspondentes aos avanços acadêmicos obtidos pelo trabalhador. O que se pode observar, em geral, nas situações vigentes, é que o trabalhador de enfermagem se depara com insuficiências estruturais e funcionais do serviço de saúde, e os processos e produtos de sua aprendizagem pós-graduada ficam a requerer adequações à natureza da realidade, neste retorno.

Nesse sentido, as boas práticas que adviriam dessa formação pós-graduada ficam contidas, embora o aperfeiçoamento continuado por atualizações de toda a equipe de enfermagem fosse uma condição imprescindível, uma vez que será preciso tomar decisões quanto ao padrão assistencial competente e, portanto, correspondente às melhores práticas de cuidado de enfermagem.

### **Vazios de pesquisas de enfermagem focadas no contexto da prática assistencial**

Embora a produção científica crescesse com o início dos cursos pós-graduados e já estivessem organizados os Grupos de Pesquisa de Enfermagem, ainda era incipiente a produção de pesquisas decorrentes dos mesmos, até porque nesse estágio, as primeiras pesquisas brasileiras produzidas estavam restritas a pesquisas isoladas e vinculadas à investigação científica, em sua maioria, na qualidade de tese para a obtenção de título de Doutor, segundo Provas de Livre-Docência<sup>(7)</sup>. Eram nesses estudos e publicações que se constituíam, do ponto de vista acadêmico, as Boas Práticas de Enfermagem.

São diferentes os fatores que interferem na centralidade das boas práticas de cuidado de enfermagem nos serviços de saúde, além do vazio da pesquisa de enfermagem nos ambientes de prática assistencial. Dentre esses fatores, ressalta-se o compromisso institucional de receber o profissional que saiu para estudos e dar-lhe condição de implantar inovações para promover a qualidade do cuidado. O lugar burocrático que, muitas vezes, é reservado ao profissional pós-graduado que retorna ao serviço de saúde, o afasta cada vez mais da intimidade profissional necessária com os usuários e suas famílias - aproximação essa que o motivaria a enriquecer o conhecimento da Enfermagem e a teorização obtida no curso feito, capaz de revitalizar o pensar e o saber cuidar, vinculados às suas atividades de estudos e pesquisas.

A expectativa de quem sai para um curso de pós-graduação é, no mínimo, o retorno ao serviço com a disposição de fazer acontecer algo inovador, transformador da prática cotidiana, por acrescentar qualidade ao serviço prestado. Tal qualidade depende da autonomia profissional para garantir a autonomia do usuário e sua família como o ponto de centralidade da prática assistencial.

A autonomia profissional para graduados ou pós-graduados tem um papel relevante, devendo ser uma questão central para o desenvolvimento de boas práticas de cuidado de enfermagem. Evidências têm demonstrado que a autonomia no local de trabalho é preditor da retenção no trabalho e da satisfação de enfermeiras, que está significativamente associada à permanência de recém-formadas em seu campo de atuação. Estudo realizado no Canadá com 17.437 profissionais de enfermagem demonstrou as chances aumentadas do desenvolvimento de depressão e de ausências ao trabalho quando a autonomia profissional era verificada como reduzida<sup>(8)</sup>.

O reconhecimento do papel preponderante da autonomia profissional para os provedores do cuidado não pode subtrair o destaque a ser dado à autonomia dos sujeitos do cuidado<sup>(9)</sup>. Se a meta da autonomia profissional, pensada nos tempos de início da construção da Enfermagem e preservada até nossos dias, foi fundamental à evolução dos modos de cuidar, hoje ela nos garante que, ao seu lado, emerge o requerimento da autonomia do usuário e sua família, sem o que se distingue uma incompletude do cuidado integral.

Ao contrário da participação e autonomia do usuário, por muito tempo, mesmo com o uso de planos de cuidados de enfermagem já implantados por enfermeiros, para serem cumpridos por toda a equipe, a participação da própria pessoa cuidada ou seus familiares era limitada. A convicção que prevalecia era de uma nítida separação entre a decisão e a formulação do plano de cuidado e a aplicação do mesmo como oportunidade e liberdade para o próprio usuário decidir e agir sobre seu cuidado com suas famílias. Havia uma limitada margem de participação, tornando o usuário passivo diante do cuidado ofertado.

A ideia de autonomia individual do usuário e de suas famílias tem sido conectada por, muitas vezes, ao consentimento esclarecido para a realização de algumas práticas de cuidado que trazem mais riscos. Tais consentimentos funcionam como defesas para os profissionais e alguma expressão do desejo autônomo do sujeito do cuidado. Entretanto, esta perspectiva é limitadora da perspectiva mais abrangente da autonomia<sup>(11)</sup>.

O cuidado de enfermagem, ao ter como perfil um caráter de boa prática, não prescinde de ter como centralidade a autonomia nas relações com a pessoa assistida. Tal posicionamento, por parte do enfermeiro, requer um envolvimento cognitivo e social em compromisso com ações vinculadas ao valor do relacionamento a partir da subjetividade.

A Enfermagem, por muito tempo, ainda que de posse de sua autonomia profissional, se manteve em atitude de generosidade no relacionamento com o usuário e a família, contudo, em relação ao usuário, aprendeu a se manter empoderada tecnicamente. Essa objetividade no cuidado, enquanto elemento de seu real empoderamento, se traduzia em resposta da passividade tanto do usuário quanto das famílias<sup>(9)</sup>. Hoje, se espera que a centralidade da Enfermagem se firme na produção de mais autonomia para ter como aliados ao próprio cuidado de enfermagem esses membros da equipe - usuários e suas famílias. A lógica desse relacionamento requer uma aproximação, cada vez maior, entre profissionais de enfermagem e usuários de serviços de saúde e, a seu turno, certo detalhamento dos problemas de enfermagem de cada usuário, em sua singularidade humana, permitindo reconhecer que também o ambiente de organização e conforto contribui com a condição físico-funcional, produzindo um nível de bem-estar na assistência à saúde, expressando conotação participativa na qualidade de influência gerada dessa ambiência como instrumento terapêutico. A enfermeira se movimenta com a equipe de enfermagem, bem como com os usuários e suas famílias, na consideração do conhecimento dessa arquitetura previsível na orquestração do seu trabalho profissional. É, de fato, condição imprescindível para o exercício de uma Boa Prática de Enfermagem, a antecipada condução de uma ambiência, vista, necessariamente, como parte instrumental do sentido

terapêutico do cuidar de pessoas. Os cuidados assim delineados e participativamente executados pela equipe de enfermagem precisam estar coordenados também para integrar o conjunto dos cuidados terapêuticos disponibilizados aos usuários e suas famílias, dando significativa resposta saudável aos trabalhadores e usuários do serviço de saúde.

Há que se destacar que são múltiplos os fatores desafiantes à construção de Boas Práticas de Enfermagem e, por isso mesmo, essas práticas não prescindem de concepções teóricas que as orientem e as expliquem. Sob a ótica presente, os autores desta reflexão concebem a existência de uma Boa Prática de Enfermagem e se essa prática está voltada para a autonomia individual (do usuário e a sua família).

A hierarquia organizacional de instituições de saúde é, potencialmente, limitadora da autonomia, de privacidade, acesso a visitas e regimes alimentares<sup>(1)</sup>. Tais fatores são difíceis ou até impossíveis de se contornar plenamente, porém, podem ser trabalhados, no interesse da construção de um cuidado mais integral de um plano mais singularizado, corresponsável e acolhedor.

A convivência profissional que somente o enfermeiro tem, por ser da sua profissionalidade o "estar junto", pode ser o poder que lhe cabe, por sua exclusividade no espaço social do serviço de saúde, justamente pelo compartilhamento inevitável, no contínuo das 24 horas ininterruptas<sup>(10)</sup>. Este "estar junto" convivencial gera uma determinada intimidade e confiança profissional, por conta do relacionamento ininterrupto "enfermeiro-usuário", a tal ponto que se torna transparente, cristalina, a forma de entendimento dialógico, a similaridade na linguagem gestual e verbal, na compreensão e antecipação de questões, na afinidade para relacionar um problema de enfermagem com as expressões sensíveis atribuídas ao modo de sentir do usuário e sua família. Por tudo isso, há uma conexão interpretativa que se consubstancia em fortalecimento do conjunto terapêutico que está em andamento na equipe de saúde<sup>(9)</sup>. As expressões do próprio cuidar estabelecem conexões profissionais de enfermagem com os usuários e famílias que, só muito extraordinariamente, poderiam contrariar a busca pela posição terapêutica de um plano assistencial de cuidados.

Até por essa razão, a chave do conhecimento da Enfermagem está em nós, caso nos descobríssemos em nosso nítido poder de empoderar os usuários, em nosso lidar com a subjetividade e intersubjetividades. Assim, saltaremos da espera de respostas passivas dos usuários para uma Enfermagem desempenhada sem a sujeição dessas pessoas e suas famílias.

A passividade dos usuários e suas famílias tem sido alimentada pela tradição paternalista das relações terapêuticas na Saúde. O paternalismo envolve a escolha feita pelos profissionais de saúde sobre tratamentos que eles mesmos consideram ser o melhor interesse do usuário<sup>(1)</sup>. Um olhar mais cuidadoso sobre o próprio conceito de "necessidades humanas" é fundamentalmente construído do lado de fora ao interesse do usuário. Na perspectiva paternalista, as necessidades são identificadas a partir dos padrões profissionais de decisão sobre o que é necessário, e então são atendidas no interesse daquilo que o profissional julga como o melhor para o sujeito do cuidado.

Outrora ratificada pelos modos convencionalmente aceitos do cuidar da Enfermagem, a visão paternalista já não se mostra com capacidade de atender aos anseios reais de um sistema

que considera a necessidade de construção de boas práticas de cuidado. Na atualidade, o estímulo à autonomia de quem cuida e de quem é cuidado tem ocorrido como demonstração da evolução do conhecimento da saúde, da ampliação do uso do conhecimento integrado das ciências sociais e da própria dinâmica tecnológica dos cuidados de enfermagem.

Ao tratar-se da autonomia profissional de enfermeiros na construção participativa de usuários do serviço de saúde, as próprias tecnologias de enfermagem, desde que leves ou leves-duras, requerem participação da pessoa a ser cuidada e algumas delas até se estendem em participação de familiares, acompanhantes ou não. Essa transformação participativa promove a pessoa cuidada, extrapola o limite técnico de execução do cuidado em si; e seu núcleo se transporta ao âmbito ético-político de concretos direitos participativos estimulados pelo enfermeiro que fomenta, necessariamente, o protagonismo dos mesmos.

A reflexão nos faz ver que, uma Boa Prática de Enfermagem é desencadeada pelo empoderamento do usuário e sua família, circunstanciados pela situação personalizada, sem o que não haverá a mudança ética-social, tão conclamada em Saúde-Enfermagem.

Há que se refletir, quanto às várias maneiras como a autonomia pode adquirir centralidade em Boas Práticas de Enfermagem. Provavelmente, a ideia liberal e individual da autonomia não é suficiente nem apropriada para superar as limitações do contexto do cuidado de saúde<sup>(9)</sup>, o que nos encaminha para um entendimento da autonomia relacional como mais próxima das mencionadas boas práticas.

A autonomia relacional refere-se a um termo derivado de argumentos feministas e utilizado para descrever relações e contextos sociais de valores, relacionamentos e estruturas de poder que dão informações sobre a tomada de decisão autônoma de uma pessoa. A perspectiva da autonomia relacional instrumentaliza os profissionais e usuários a enxergarem quais atores e contextos sociais são influenciadores de uma tomada de decisão, inclusive percebendo o papel central que as relações humanas assumem ao influenciar as tomadas de decisão, moldando a autonomia das pessoas<sup>(1)</sup>. No âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), a autonomia de natureza relacional parece estar contida

em políticas e iniciativas que buscam construir uma consciência autônoma relacional, social e cidadã, dentre elas: a Política Nacional de Humanização, os Projetos Terapêuticos Singulares e a Clínica Ampliada.

No contexto do cuidado, o conceito de autonomia relacional apoia as habilidades dos indivíduos para fazer e participar das escolhas sobre o cuidado de saúde, socializando e integrando as pessoas ao ambiente onde o cuidado se desenrola<sup>(1)</sup>.

Qualquer que seja o cenário da prática assistencial e sua sistematização, do ponto de vista das classificações dos serviços de saúde, o cuidado de enfermagem planejado aos usuários não deve prescindir da busca pela autonomia relacional destes. Ao se tomar a autonomia relacional como a característica fundamental de todo e qualquer cuidado de enfermagem – mormente entre os usuários e suas famílias, a autonomia relacional, neste caso, compreende o cerne das Boas Práticas de Enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se há uma possibilidade de resumir neste artigo, o que pode ser um contributo de valor inesgotável, este se configura no interesse declarado para abrir caminhos de reflexão sobre o que é e o que não vem a ser, um ajuste das Boas Práticas de Enfermagem. Para tanto, somos instados a refazer uma questão que nos acompanhou desde o início deste estudo reflexivo. Como superar o predomínio da racionalidade de nosso tempo, para chegar às Boas Práticas de Enfermagem? Esse questionamento abre um clarão no texto a respeito da autonomia de pessoas de quem cuidamos profissionalmente. A intencionalidade de buscar modos de superação das racionalidades, por si só, já se traduz em ética no cuidado de enfermagem. Reflitamos também: de que modo temos, em Enfermagem lidada com a ambiência, uma vez que ela, certamente, funciona como instrumento terapêutico dos cuidados de enfermagem?

O emergir de valores de riqueza imaterial e não apenas o firmar em mornas razões tecnicamente explicáveis, é a transformação que, necessariamente, a autonomia, em seu caráter relacional, regerá a escolha de uma das melhores condições à construção de boas práticas de cuidado como centralidade em Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014;21(5):576–82. doi: 10.1177/0969733013511362Wallace
2. DJ, Kahn, JM. Florence Nightingale and the Conundrum of Counting ICU Beds. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 21];43(11):2517–18. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-201511000-00036>
3. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. Cortez; 1989.
4. Carvalho V. About the professional identity in Nursing: punctual reconsiderations in philosophical vision. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(spe):24–32. doi: 10.1590/S0034-71672013000700003
5. Peres MAA, Almeida Filho AJ, Paim L. Nursing historicity in the spaces of power in Brazil. *Hist Enferm Rev Eletr* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 21];5(1):83–94. Available from: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo7.pdf>
6. Ribeiro AG, Rosa TCS, Blass LMS. A formação de enfermeiros no contexto da reorganização do sistema de saúde. *Rev Cad Estud Soc Pol*. 2016 [cited 2018 Mar 21];1(1):126–62. Available from: <http://www.periodicos-ppgspuvv.com.br/ojs/index.php/cesp/article/view/21/11>
7. Mendes ALTM, Aperibense PGG, Almeida Filho AJ, Peres MAA. Nursing master's program at Anna Nery School 1972-1975: singularities of graduating and challenges in its implementation. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):11–17. doi: 10.5935/1414-8145.20150002

8. Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factor to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nurs Outlook* [Internet]. 2015[cited 2018 May 27];63(3):269-77. Available from: <http://151.236.52.15:8080/xmlui/bitstream/handle/123456/3877/v55n2a16.pdf?sequence=1>
  9. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Wilman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs*. 2014;70:2208-21. doi: 10.1111/jan.12412
  10. Loyola CM. The inclusion of the subjects as a way to psychiatric care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2000 [cited 2018 May 26];4(1):129-37. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718313015.pdf>
-