

Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões

Modes of subjectivity production of nurses for decision making
Modos de producción de la subjetividad del enfermero para la toma de decisiones

Josefine Busanello¹, Wilson Danilo Lunardi Filho¹, Nalú Pereira da Costa Kerber¹, Valéria Lerch Lunardi¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Rio Grande-RS, Brasil.

Submissão: 09-10-2012 Aprovação: 06-05-2014

RESUMO

Objetivou-se analisar os modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar. Foi adotado o delineamento qualitativo de pesquisa. O cenário investigativo foi um hospital filantrópico do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram doze enfermeiros atuantes nessa instituição. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica do grupo focal, com três encontros focais, realizados em dezembro de 2011. A partir da análise, identificou-se que os modos de produção de subjetividade do enfermeiro oscilam entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, resultando no comportamento de autoproteção, de redundância e de dominação; ou uma relação de expressão e de criação, que resulta no comportamento proativo do enfermeiro. Os modos de produção de subjetividade do enfermeiro podem condicionar e definir comportamentos que prevalecem no processo de tomada de decisões na prática de cuidados.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Tomada de Decisões; Grupos Focais.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the nurse's ways of production of subjectivity in decision-making processes that involve nursing care. We adopted qualitative research design. The investigative scenario was a philanthropic hospital in the State of Rio Grande do Sul. The study participants were twelve nurses working in this institution. For data collection, it was used the technique of focus group, with three focal meetings conducted in December 2011. From discussions among nurses, it was found that the nurse's ways of production of subjectivity oscillate between two extremes: a relationship of alienation and oppression, resulting in a self-protection, redundancy and domination behavior, or an expression and creation ratio, resulting in proactive behavior of nurses. Nurse's ways of production of subjectivity can condition and define behaviors that prevail in the decision making in care practice.

Key words: Nursing; Nursing Care; Decision Making; Focus Groups.

RESUMEN

Objetivó-se analizar los modos de producción de la subjetividad del enfermero para tomar decisiones que involucran el proceso de atención. Se adoptó un diseño de investigación cualitativa. El escenario de investigación fue un hospital filantrópico en el estado de Rio Grande do Sul. Los participantes del estudio fueron doce enfermeros que trabajan en esta institución. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de grupos focales, con tres reuniones realizadas en diciembre de 2011. A partir del análisis se encontró que los modos de producción de la subjetividad de los enfermeros oscilan entre dos extremos: una relación de alienación y opresión, lo que resulta en el comportamiento de autoprotección, redundancia y dominación; o una relación de expresión y creación, lo que resulta en el comportamiento proactivo de los enfermeros. Los modos de producción de subjetividad del enfermero pueden condicionar y definir conductas que prevalecen en la toma de decisiones en la práctica asistencial.

Palabras clave: Enfermería; Atención de Enfermería; Tomada de Decisiones; Grupos Focales.

AUTOR CORRESPONDENTE Josefine Busanello E-mail: josefinebusanello@unipampa.edu.br

INTRODUÇÃO

A subjetividade se expressa no comportamento, no desejo, nas atitudes, na linguagem e na percepção de mundo dos indivíduos⁽¹⁾. No fazer do enfermeiro e das demais categorias de enfermagem, emergem diferentes modos de subjetividade⁽²⁾. O trabalho da Enfermagem possui características que o identifica, assim como a seus trabalhadores: a forma como os seus saberes estão constituídos; os instrumentos e objetos de trabalho; as formas de organização e submissão; e os movimentos no ambiente de cuidado. E é, na realidade cotidiana, que os trabalhos em saúde e em enfermagem (re)configuram essas características, permitindo a (re)construção da identidade profissional⁽³⁾. As mutações da subjetividade não funcionam apenas no registro das ideologias, mas, no próprio coração dos indivíduos, em sua maneira de perceber o mundo, de se articular com o tecido urbano, com os processos de trabalho e com a ordem social, suportes dessas forças produtivas⁽¹⁾.

Assim, emerge a importância de refletirmos acerca do significado do cuidado de enfermagem na dimensão humana, resgatando a subjetividade que permeia esse processo. Para tanto, é imprescindível considerar todas as formas de manifestação da subjetividade do enfermeiro, em especial o comportamento e as atitudes que são traçados, principalmente, a partir das decisões que envolvem o processo de cuidar. Frente a essas colocações, é pertinente o seguinte questionamento: Quais os modos de produção de subjetividade para o processo de tomada de decisão do enfermeiro, na implementação dos cuidados de enfermagem?

Nessa perspectiva, pode-se considerar que as decisões tomadas pelos enfermeiros constituem-se como a principal manifestação da sua subjetividade. Os comportamentos, resultantes da tomada de decisões refletem diretamente no processo de cuidar em enfermagem, constituindo-se, assim, na materialização da subjetividade do enfermeiro. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar os modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da Enfermagem.

REVISÃO DA LITERATURA

A noção de subjetividade é definida como o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial e autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade, ela mesma subjetiva⁽¹⁾. Na Enfermagem, a noção de subjetividade se estende por todos aqueles que estão envolvidos na produção cotidiana do cuidado, usuários, trabalhadores, equipes, gestores, familiares, que se encontram em territórios específicos, no momento das interações necessárias ao cuidar⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a noção de subjetividade não está relacionada somente no indivíduo. A individuação é apenas um dos múltiplos processos que projetam a subjetividade do indivíduo. A individuação do corpo, por exemplo, pode ser encontrada em diferentes componentes de subjetivação, como no nome próprio de cada indivíduo. Outros componentes da

subjetivação, tais como a produção da fala, das imagens, da sensibilidade e do desejo, não se relacionam à representação do indivíduo. Essa produção é adjacente a uma multiplicidade de agenciamentos sociais e de mutações de universos de valor e de história⁽¹⁾.

Assim, seria conveniente definir a noção de subjetividade, renunciando, totalmente, à ideia de que a sociedade e os fenômenos de expressão social são o resultado de um simples aglomerado ou somatório de subjetividades individuais. Ao contrário, é a subjetividade individual que resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia e tantos outros processos da constituição da subjetividade⁽¹⁾.

As características da configuração profissional do enfermeiro também são resultados de um processo de produção de subjetividade presente no âmbito dessa profissão. A história da constituição da Enfermagem como profissão contribuiu para a instituição de uma cultura de subjetivação que foi agregada ao âmbito da prática de cuidados, a partir de modos de produção da subjetividade que determinam manifestações importantes desses profissionais na tomada de decisões, o que define o estabelecimento de relações de cuidado, de interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado.

MÉTODO

Este manuscrito apresenta delineamento qualitativo, do tipo exploratório, que teve como cenário um hospital de grande porte, localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram doze enfermeiros atuantes nessa instituição, que atuavam ativamente, durante o período da pesquisa, ou seja, não se encontravam em qualquer tipo de afastamento da instituição.

Para a coleta de dados, realizada em dezembro de 2011, utilizou-se a técnica do grupo focal, que se propõe a investigar um tema em profundidade, permitindo que se construam novas ideias e respostas sobre o tema em foco, a partir de diferentes olhares e opiniões que são manifestados pelos participantes do grupo e, ao mesmo tempo, são elaboradas certas percepções, ainda mantidas na latência⁽⁴⁾. Foram realizados três encontros focais, com duração de, aproximadamente, duas horas.

Para conduzir os encontros focais a pesquisa contou com um moderador e a colaboração de um observador não participante para auxiliar no registro dos dados. Para conduzir as sessões focais, utilizou-se guias de tema, que consistiram em roteiros para a condução dos encontros, contendo os objetivos e as questões disparadoras necessárias para alcançá-los. Nesse estudo, foram analisadas as respostas dos participantes às seguintes questões disparadoras: Como você percebe a relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados? De que forma as decisões interferem no seu comportamento, frente às práticas de cuidado? Você considera que o enfermeiro assume o papel de decisor na prática de cuidados? Que situações exigem a tomada de decisão do enfermeiro? Todas as decisões que você toma, você

implementa? Que dificuldades você encontra para implementar as decisões?

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida, com o protocolo número 008/2011. Formalizou-se a participação dos enfermeiros no grupo focal, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também, garantiu-se a confidencialidade das informações, sem divulgar o nome dos participantes em qualquer fase do estudo. Para a identificação das falas dos enfermeiros, utilizou-se o código "ENF", seguido do número de ordenamento dos participantes (ENF 1, ENF 2, ENF 3... ENF 12).

O registro dos dados ocorreu por meio da gravação em áudio das sessões, e por meio do diário de campo, nos quais foram registradas as expressões e manifestações dos participantes, a partir das percepções do moderador e dos registros do observador não participante. Para o tratamento dos dados, inicialmente, foi realizada a transcrição literal das gravações em áudio obtidas nas três sessões focais.

O conjunto de dados formado pelas transcrições e pelo diário de campo foi submetido à análise de conteúdo que se compôs de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Inicialmente, realizou-se a leitura flutuante e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. Em seguida, os dados foram codificados, a partir das unidades de registro. Na última etapa, categorizou-se os dados, ou seja, os elementos foram classificados, segundo suas semelhanças e suas diferenciações, com posterior reagrupamento, a partir das características comuns. Para tanto, adotou-se a análise por categorias temáticas, por meio do desmembramento do texto em unidades, que foram categorizadas em classes de equivalências⁽⁵⁾, considerando as perspectivas teóricas apresentadas pelo referencial adotado⁽¹⁾ para abordar os modos de produção de subjetividade do enfermeiro nas tomadas de decisões que envolve o processo de cuidar.

RESULTADOS

A partir do relato dos enfermeiros participantes do estudo, foram identificados modos de produção de subjetividade que condicionam quatro comportamentos que prevalecem no processo de tomada de decisões que envolvem o cuidado de enfermagem: Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de autoproteção; Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de redundância; Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento dominante; e o Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento proativo, apresentados a seguir.

Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de autoproteção

Os enfermeiros relatam que o objetivo principal das decisões sempre é implementar as ações de cuidado com eficiência e segurança para o paciente. Todavia, afirmam que as possíveis consequências pessoais também fundamentam as decisões, determinando assim o modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de autoproteção.

No momento de decidir, a gente sofre influência de todos os lados. A gente pensa no outro. Mas, a gente pensa, também, no eu. (ENF 1)

Eu acho que a gente pensa no paciente e pensa na gente, também. (ENF 2)

Os nossos critérios na decisão levam em conta a preocupação com o paciente [...] Chegou um paciente do bloco, sem a enfermeira me comunicar, antes. O leito nem estava limpo e eu não tinha outro espaço seguro para colocar o paciente. Decidi voltar ele para o bloco. A família ficou de cara. E a enfermeira do bloco discutiu comigo. Mas, o que eu ia fazer? Deixaria um técnico, ali, ao lado dele e ele abandonaria os demais pacientes. E, se o paciente cai no corredor? Imagina uma hipotensão e, aí, o familiar vai dizer: Passou mal porque chegou do bloco e ficou no corredor. Quem seria a responsável? Eu, claro. (ENF 4)

Observa-se, de igual forma, que o comportamento de autoproteção pode ser resultado da defensiva à intensa mobilização de processos emotivos que fazem parte da esfera micropolítica de produção de subjetividade do enfermeiro. Segundo os participantes, em situações de decisões mais delicadas e específicas, há uma intensa manifestação de sentimentos, que podem interferir e limitar no seu comportamento decisor.

Também, tem toda aquela emoção que pode envolver o processo de decisão. E, aí, a gente pode dizer que ela vai interferir sim, com certeza. (ENF 3)

Às vezes, eu não me sinto bem, cuidando daquela paciente, tomando decisões sobre o cuidado, porque tem a mesma idade da minha mãe e a mesma situação de doença [...] e te traz lembranças de alguma coisa, que pode até limitar a decisão. (ENF 1)

Sinto que é muito mais difícil perder uma paciente jovem do que um paciente idoso. E isso interfere no que tu vais priorizar nos cuidados. Pode limitar a tua tomada de decisão, o teu envolvimento, sem negligenciar nada, mas, também, pensando em te proteger. (ENF4)

Esse modo de produção da subjetividade, que determina um comportamento de autoproteção, leva à tomada de decisões incompletas. Segundo os enfermeiros, nessas situações é mais seguro e cômodo decidir por não decidir, negligenciando, muitas vezes, algumas decisões que pertencem a sua esfera de competência.

As decisões que a gente toma têm por objetivo favorecer a prática de cuidado e a equipe. Mas, também, tem como objetivo nos proteger. Proteger o nosso trabalho como enfermeiro. E algumas decisões que a gente decide por não decidir, também, tem esse objetivo, de nos proteger. (ENF 7)

Esse sentimento, decidir por uma coisa, por justamente

saber que, de novo, tu vais ter que brigar e bater o pé. Tu até sabes quais são os possíveis resultados de algumas decisões. Por isso, tu te recolhes. (ENF 5)

A gente estava falando de proteção. E decidir por não decidir, também, faz parte. A gente pode sair da linha de conforto, a partir de uma decisão. Então, eu posso, às vezes, não querer colocar em prática aquela minha decisão. Essa decisão pode tirar a gente da zona de conforto. (ENF 6)

Os participantes relatam que a repercussão pessoal das decisões desponta nesse processo. Por isso, decidir por não decidir acaba sendo um comportamento de autoproteção, especialmente naquelas situações que podem tirar o profissional da zona de conforto.

Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento redundante

O modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de redundância envolve a tomada de decisões sobre ações assistenciais que já foram decididas e já estão estabelecidas nas rotinas do trabalho. Segundo os enfermeiros, essa percepção está relacionada à importância e à centralidade que são conferidas à prescrição médica no fazer da Enfermagem.

Boa parte das nossas decisões nasce a partir de um mando chamado prescrição. E nós, passamos boa parte do nosso tempo e do nosso dia em função disso. (ENF 5)

O problema é o que a gente prioriza no nosso fazer, no cuidado [...] e a valorização do nosso trabalho [...] O cuidado de Enfermagem, às vezes, ele é menos visto pelos próprios enfermeiros. Muitos enfermeiros cobram dos técnicos que eles vejam e cumpram o que está na prescrição médica. (ENF 1)

Por que o nosso trabalho tem que começar pela prescrição médica? [...] Eu vejo que temos que passar a ver nas entrelinhas das prescrições médicas. Se for estar prescrito passar sonda nasoentérica, podemos decidir junto com todas as decisões necessárias ao procedimento, os cuidados posteriores, como estabelecer a troca da fixação da sonda e cuidados com a alimentação. (ENF 4)

Os participantes destacam a ênfase dedicada a outras atividades, em detrimento das práticas de cuidado de domínio da Enfermagem que, por vezes, não são priorizadas. Por outro lado, os Enfermeiros afirmam que decidir sobre as decisões já estabelecidas, inclusive aquelas presentes na prescrição médica, é considerado um comportamento adequado, desde que as decisões sejam direcionadas para a esfera dos cuidados de enfermagem.

Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento dominante

Outro modo de produção da subjetividade que permeia o processo de tomada de decisões do enfermeiro tendência

a um comportamento dominante em todas as situações e decisões que envolvem as práticas assistenciais e gerenciais. Os enfermeiros afirmam que há um intenso envolvimento e controle nas situações de cuidado, o que, segundo eles, favorece o processo de tomada de decisões.

Decidir, também, envolve controlar tudo. E tu, como enfermeira tem essa possibilidade. Por exemplo, eu, lá, na minha unidade, eu estou escutando, estou cuidando tudo que se fala, eu estou vendo tudo e estou observando. Isso facilita, no momento das minhas decisões. (ENF 7)

Exatamente. E o controle da unidade, tu sabes tudo, tudo que está faltando ou tudo que está acontecendo, te dá um controle e te deixa mais claras e mais nítidas as alternativas de decisão. Pena que nem sempre conseguimos enxergar esse lugar que ocupamos na nossa unidade, frente à nossa equipe e demais profissionais. (ENF 12)

E o pior que a gente decide e faz tudo. Mas, a gente não assume e valoriza essa imagem que, de certa forma, nos coloca como o centro das decisões da nossa unidade. (ENF 2)

Conforme os enfermeiros, ser responsável e presenciar todas as situações e interações do ambiente de cuidados, os coloca em uma posição importante no cenário assistencial. Todavia, admitem que não há percepção nem valorização dessa imagem centralizadora das decisões, principalmente, entre os próprios enfermeiros.

Modo de produção da subjetividade que determina um comportamento proativo

A partir do relato dos enfermeiros, foi possível identificar um modo de produção da subjetividade que determina um comportamento proativo. Esse modo de subjetivação faz com que o enfermeiro assuma continuamente o papel de decisor, valorize essa posição e utilize essa perspectiva para qualificar e fundamentar suas práticas de cuidado.

Tudo que vamos decidir e definir no cuidado depende da nossa sensibilidade. O enfermeiro precisa desenvolver essa habilidade de decidir e, principalmente, ter consciência das suas decisões, o que elas vão repercutir. O cuidado nos coloca em situações de decisão. Eu preciso pensar o que eu vou fazer e como vou fazer e por que. (ENF 10)

A nossa capacidade de decidir, também, está na capacidade e sensibilidade de perceber as coisas. Isso é sensibilidade. Ver o problema. Seja ele clínico, quando eu preciso decidir por uma intervenção rápida e eficaz de cuidado. Ou, seja ele de causa interpessoal, ligado aos problemas pessoais entre os trabalhadores. Minha sensibilidade para isso é o ponto chave, na maneira como eu vou decidir. (ENF 2)

A sensibilidade para perceber os problemas e identificar as alternativas. A sensibilidade que envolve até os critérios para elencar as nossas prioridades de decisões. A tua

primeira conduta e qual é a tua segunda conduta? É, também, sensibilidade. (ENF 7)

O modo de produção da subjetividade que determina um comportamento proativo é caracterizado pela sensibilidade apurada do enfermeiro para conduzir os processos de tomada de decisões na implementação dos cuidados de enfermagem. Segundo os participantes, há maior sensibilidade para identificar os problemas e alternativas de decisão, avaliar as consequências e implementar as decisões, tanto na área clínica, quanto as situações que envolvem conflitos interpessoais.

DISCUSSÃO

Os comportamentos no processo de decisão são determinados por modos de produção da subjetividade que são permeados por agenciamentos coletivos de subjetivação que, em algumas circunstâncias e contextos sociais, podem se individualizar. Assim, a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos, sendo essencialmente social, assumida e vivida pelos indivíduos em suas existências particulares.

Especificamente, considerando o processo de tomada de decisões do enfermeiro nas ações de cuidado, pode-se identificar que os modos de subjetividade oscilam entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, a ponto de suas decisões serem exclusivamente condicionadas pelos agenciamentos sociais, resultando no comportamento de autoproteção, de redundância e de dominação; ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo de singularização que resulta no comportamento proativo do enfermeiro⁽¹⁾.

O modo de produção da subjetividade que determina o comportamento de autoproteção faz com que o enfermeiro mantenha percepções valorativas, apoiando-se em sistemas conceituais inefetivos, a fim de obter uma autopercepção favorável⁽¹⁾. Nesse modo de subjetivação, o enfermeiro considera a repercussão pessoal das decisões, optando, muitas vezes, por abster-se e fragilizar-se, comportamentos profundamente ligados aos agenciamentos sociais controlados pelo sistema capitalista.

Defensivamente, os enfermeiros limitam o seu envolvimento no processo de tomada de decisão, numa tentativa de autoproteção, frente aos processos emotivos e às dificuldades que podem ser encontradas na percepção de problemas, na identificação de alternativas de cuidado e na avaliação das ações implementadas. Não assumir algumas decisões, principalmente, em situações nas quais o resultado já é previsível, pode ser configurado como um comportamento de autoproteção correspondente às forças subjetivas que reprimem a manifestação do desejo.

O comportamento de autoproteção tem como base as racionalidades funcional, pragmática e objetiva, controladas pelos agenciamentos sociais. Essas racionalidades exacerbam os apelos produtivos da sociedade de mercado, que centraliza, única e exclusivamente, no trabalhador, a responsabilidade dos resultados das decisões, camuflando os demais aspectos que pertencem à macropolítica e que, também, influenciam

nesse processo, tais como: as condições de trabalho, a estrutura das instituições de saúde e os materiais humanos disponíveis⁽¹⁾.

Frente às decisões que levam à perplexidade, esse modo de subjetivação provoca a fragilidade, que corresponde à tendência da adoção de uma posição meramente defensiva, provocada pelo medo da marginalização, processo pelo qual o indivíduo é submetido, caso ouse criar territórios singulares, de compreensão e superação desses processos emotivos. Assim, esse processo de subjetivação tem a função de definir coordenadas semióticas, que se infiltram no comportamento dos indivíduos, fazendo com que suas funções e capacidades sejam controladas, impedindo e bloqueando a expressão do desejo⁽¹⁾.

Perpetua uma situação complexa da enfermagem frente à sociedade, uma vez que essa área necessita demonstrar a sua importância técnica, mercadológica e social no interior de uma equipe de saúde, em que enfrenta a sobreposição de atividades com outros profissionais, em muitas situações⁽⁷⁾. Assim, no âmbito do cuidado, a invisibilidade do enfermeiro perpassa pelo desconhecimento da riqueza das suas atribuições, da sua sensibilidade e da sua habilidade, características que permitem o envolvimento e participação nas situações de decisões para determinar as ações assistenciais nas práticas de saúde⁽⁸⁾. E isso fere a identidade do enfermeiro, mormente pela ideologia negativa, em face da autonomia profissional no pensar e agir, nas intervenções e decisões que envolvem o âmbito do cuidado de enfermagem⁽⁹⁾.

O modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de redundância envolve a tomada de decisões sobre ações assistenciais que já foram decididas e já estão estabelecidas, principalmente, aquelas definidas na prescrição médica. Esse modo de subjetivação tem como finalidade fortalecer a produtividade e o controle da instituição, a partir de equipamentos sociais e de dispositivos políticos, culturais e econômicos, que definem a esfera de alcance das decisões e dos comportamentos dos indivíduos⁽¹⁾.

A Enfermagem é uma prática social que responde, fielmente, às exigências definidas pelas organizações econômicas, políticas, sociais e ideológicas das instituições hospitalares. Assim, o modo de produção de subjetividade que determina um comportamento redundante, também, corresponde à prevalência do modelo biomédico de atenção à saúde na organização dos serviços de saúde, na sistematização da assistência e no próprio senso comum. Nesse contexto, a percepção, acerca das atribuições da Enfermagem, acaba sendo a de dar sustentação às práticas médicas, constituindo-se de um trabalho complementar a esta categoria profissional, assim sendo reconhecida pela sociedade e, muitas vezes, até pelos próprios enfermeiros⁽¹⁰⁾.

O processo envolvendo decisões já estabelecidas, inclusive aquelas presentes na prescrição médica, é considerado um comportamento adequado, desde que as decisões sejam direcionadas para a esfera dos cuidados de enfermagem. A redundância implica uma produção de subjetividade em série, que direciona o comportamento permanente de manter-se em um mesmo ponto, ou seja, permite a delimitação da esfera de decisões e das suas amplitudes no comportamento.

Não se trata de um movimento unilateral de poder como entidade que subjuga o indivíduo, mas modos de subjetivação capitalísticos que definem coordenadas semióticas determinadas, docilizando e naturalizando práticas e discursos dos profissionais⁽¹⁾.

No processo de tomada de decisões do enfermeiro, há uma tendência a um comportamento dominante, em todas as situações que envolvem as práticas assistenciais e gerenciais. Inevitavelmente, a tomada de decisão está presente em todas as fases do processo de trabalho da Enfermagem. Em um estudo realizado em uma unidade de internação clínica britânica, foi observado que, em um período de apenas três horas, o enfermeiro esteve envolvido em, aproximadamente, doze situações de tomada de decisões. As decisões estavam voltadas para a prática de cuidados diretos e indiretos ao paciente, tais como: decidir e realizar curativo com cobertura oclusiva de três dias, em paciente com úlcera por pressão em região sacral; decidir comunicar a possibilidade de alta de um paciente, a partir dos resultados laboratoriais; decidir que informações devem ser transmitidas aos familiares dos pacientes; e decidir sobre a suspensão da alta de um paciente, por algumas horas, para orientá-lo sobre o esquema medicamentoso no domicílio⁽¹¹⁾.

O comportamento de domínio e de controle são elementos subjetivos presentes no trabalho do enfermeiro e nas suas ações de cuidado, com o objetivo de favorecer a cura dos corpos individuais, através da organização do cuidado, do ambiente terapêutico e dos agentes de enfermagem. Nesse modo de subjetivação, o controle é o principal instrumento para o domínio do espaço, do tempo e dos trabalhadores, e para a definição dos papéis e das inúmeras relações que se dão, em especial, no sentido do domínio e subordinação⁽¹²⁾, inclusive sobre o comportamento do enfermeiro que, ao assumir todas as decisões apresentadas nas demandas de cuidado, se torna produtivo economicamente.

Nesse sentido, o capitalismo não se traduz, unicamente, no registro dos valores de troca, valores que são da ordem do capital, das semióticas monetárias ou dos modos de financiamento. A perspectiva capitalista, também, manifesta-se por meio de um modo de controle da subjetivação, como grandes máquinas produtivas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de cada ser humano perceber o mundo⁽¹⁾.

Assim, o enfermeiro passa a ser reconhecido como um profissional polivalente, ao qual são atribuídas inúmeras tarefas, colocando este profissional em uma posição central no cenário assistencial. Todavia, não há a percepção nem valorização dessa imagem centralizadora das decisões entre os profissionais, em especial para favorecer o processo de tomada de decisões. Nos discursos dos enfermeiros parece estar ausente a percepção das posições de poder e a necessidade de inserção social e política no campo da saúde⁽¹⁰⁾.

A origem desta invisibilidade do trabalho da Enfermagem pode ser buscada na própria evolução histórica da profissão que, primordialmente, era exercido apenas como caridade. Ademais, o resultado das decisões tomadas pelos enfermeiros na prática de cuidados nunca constituíram objeto de estimativa: em duração, número de doentes atendidos, tipos de cuidados realizados, sua penosidade, dentre outros. É um trabalho

inestimável, idealmente de tão grande valor que se torna impossível compará-lo a qualquer outro⁽¹³⁾.

Sendo assim, as práticas de cuidados mantêm um valor econômico que oscila entre o dom gratuito e o reconhecimento social e econômico. Esse panorama demonstra o controle dos agenciamentos sociais e capitalísticos sobre os modos de produção de subjetividade que permearam a constituição histórica da Enfermagem. A própria essência do lucro capitalista, desse ponto de vista, não se resume apenas ao campo da mais-valia econômica, mas, também, à tomada de poder da subjetividade.

Dessa forma, o capital, como modo de semiotização, constituiu-se em equivalente geral para as produções de poder. Em busca dessa dupla mais-valia: econômica, por meio do dinheiro, e de poder, por intermédio da cultura-valor, é que se mobilizam as elites dominantes⁽¹⁾. A atuação do enfermeiro é valorizada e reconhecida, quando possibilita o respeito entre os profissionais de saúde e confiabilidade pela equipe; o atendimento de necessidades e resolução de problemas pela clientela; e pela organização institucional, quando há retorno social e financeiro advindos da atuação racional e eficaz do profissional⁽⁸⁾.

O modo de produção da subjetividade que determina um comportamento proativo se constitui como um processo de singularização, que se diferencia dos modos de subjetivação de autoproteção, redundância e dominante. O *feeling* apurado do enfermeiro se torna a fonte principal de agenciamento dos processos de tomada de decisões, se traduzindo em um território para a singularização, no qual há a possibilidade do desenvolvimento de estratégias inovadoras e conscientes para as ações de cuidados. Nesse sentido, é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, a partir da recusa dos modos preestabelecidos e de manipulação. Os processos de singularização, são subsidiados por modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção e modos de criatividade, que produzam uma subjetividade singular⁽¹⁾.

A prática do enfermeiro é permeada de condições adversas, mas, também, de conquistas, pois os saberes que subsidiam a profissão podem ser constantemente construídos, desconstruídos e reconstruídos, possibilitando o desenvolvimento e a abertura de novos caminhos, que contemplem o exercício de cidadania e o desenvolvimento de suas competências e a autorrealização pessoal e profissional. Esses novos espaços, também, podem viabilizar a busca da satisfação das necessidades humanas individuais e coletivas, contribuindo para o reconhecimento e valorização profissional, a partir da instalação de modos de subjetividade fundamentados em uma perspectiva libertadora, solidária e emancipatória⁽¹⁴⁾.

Esse modo de subjetividade, que promove um comportamento proativo, envolve indivíduos que não aceitam mais serem meros objetos do sistema ou coniventes com valores diferentes dos seus. Ao contrário, envolve indivíduos que se sentem capazes e motivados para participar, intervir e mudar o sistema social, com a capacidade de colocar-se fora do cinturão ideológico e separar os seus ambientes internos e externos, com o intuito de compreendê-los melhor e de atuar sobre ambos de maneira sistêmica. Envolve indivíduos capazes de perceber o todo, que não restringem suas decisões apenas

pelos ditames da racionalidade funcional ou da sociedade de mercado, pois conseguem distinguir a identidade individual da integridade social. Envolve indivíduos autônomos na relação com o empregador porque têm consciência crítica de seu valor e da interdependência existente entre ambos⁽⁷⁾.

Assim, a função de autonomização corresponde à capacidade de operar seu próprio trabalho e sua cartografia, de se inserir em níveis de relações de força local e de fazer e desfazer alianças⁽¹⁾. Essa afirmação corrobora com a perspectiva de que na Enfermagem a dimensão subjetiva precisa ser enfocada a partir da necessidade da reconstrução coletiva das formas de interação, de comunicação e de ação, para fortalecer tanto o trabalhador, quanto o usuário que procura os serviços de saúde, a partir da reconfiguração da área relacional e das identidades profissionais⁽¹⁵⁾.

O processo de singularização da subjetividade permite que o indivíduo capte os elementos da situação, que construa seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, sem ficar na posição constante de dependência, em relação ao poder global, em nível econômico, do saber, técnico, das segregações e dos tipos de prestígio que são difundidos. A partir do momento em que o indivíduo adquire essa liberdade de viver seus processos, ele passa a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que passa em torno dele. Essa capacidade é que vai lhe dar um mínimo de possibilidade de criação e permitir preservar exatamente esse caráter de autonomia tão importante⁽¹⁾ para a consolidação de modos de produção de subjetividade para a tomada de decisões do enfermeiro na prática de cuidados.

Ademais, esses modos de produção de subjetividade do enfermeiro, apesar de estarem contextualizados em cenários de tomada de decisão na prática de cuidados, revelam, também, os modos pelos quais esses profissionais se constituem como sujeitos nas relações sociais que permeiam o espaço de práticas de cuidados de enfermagem. Nesse sentido, questiona-se: como é possível o enfermeiro apresentar-se como sujeito do trabalho, se há um processo de submissão, com diferentes intensidades, que influencia no comportamento desse profissional, consolidando características de docilidade e obediência? A configuração do enfermeiro como sujeito do seu trabalho pode estar relacionada à negação e superação da

cultura de submissão e abnegação, impregnada no processo de profissionalização da Enfermagem?

As respostas para esses questionamentos podem ser encontradas, a partir da instalação de modos de produção da subjetividade singularizados, que abarcam elementos identificados no comportamento proativo do enfermeiro no processo de tomada de decisões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir do presente estudo, que os modos de produção de subjetividade do enfermeiro podem condicionar e definir comportamentos que prevalecem no processo de tomada de decisões na prática de cuidados. Os modos de subjetividade evidenciados se diferenciam, de acordo com a natureza do comportamento do enfermeiro, nas decisões que envolvem o processo de cuidar.

Nos comportamentos de autoproteção, de redundância e de dominação, identifica-se uma relação de alienação e opressão. Por outro lado, evidencia-se um processo de singularização, que resulta no comportamento proativo do enfermeiro, no qual há reapropriação dos componentes da subjetividade, que permite uma relação de expressão de criação nas tomadas de decisões, que envolvem o processo de cuidar.

A produção de um novo tipo de subjetividade singularizada é aquela que encontra as vias de sua especificação, seus próprios modos de referência e suas próprias cartografias. O traço comum entre os diferentes processos de singularização é um devir diferencial que recusa a subjetivação capitalística, ancorada pela afirmação positiva da criatividade em uma espécie de resistência social.

Para tanto, é preciso mobilizar os agenciamentos sociais controlados, principalmente, pelas instituições formadoras dos enfermeiros, buscando delimitar estruturas pedagógicas para novas formas de produção de subjetividade, que permitam a criatividade, a sensibilidade e a resistência. Ademais, é importante que esses modos de produção de subjetividade do enfermeiro permitam que este identifique as situações que exigem a sua tomada de decisão, assuma o seu papel de decisor na prática de cuidados, e tenha a autopercepção da relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 2010.
2. Persegona KR, Lacerda MR, Zagone IPS. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2007 [acesso em 21 Abr 2011];9(2):518-25. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a18.htm>
3. Araújo Netto LFS, Ramos FRS. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. Rev Latinoam Enferm. 2004 Jan-Fev;12(1):50-7.
4. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev Bras Enferm. 2010 Mar-Abr;63(2):328-33.
5. Dall'Agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. A noção de tarefa nos grupos focais. Rev Gaúch Enferm. 2012 Mar;33(1):186-90.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
7. Gomes AMT, Oliveira DC. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2010 Jul-Ago;63(4):608-15.
8. Baggio MA, Erdmann AL. (In)visibilidade do cuidado e

- da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(6):745-50.
9. Carvalho V. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(6 n° esp):1797-802.
 10. Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paul Enferm.* 2006 Jan-Mar;19(Suppl. 1):82-7.
 11. Thompson C. Jan Forum: clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice: a response to Jean Harbison. *J Adv Nurs.* 2001 Jul;35(1):1-4.
 12. Araújo Netto LFSA, Ramos FRS. A realidade do trabalho e o processo de construção da identidade do enfermeiro. *Rev Gaúch Enferm.* 2002 Jan;23(1):47-69.
 13. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: Ed. Universitária; 2000.
 14. Vale EG, Pagliuca LMF, Quirino RHR. Saberes e práxis em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009 Jan-Mar;13(1):174-80.
 15. Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, Arrieiral CO, Dal Pai D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. *Rev Enferm Saúde.* 2011 Jan-Mar;1(1):190-8.
-